



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Ιατρικός\_τουρισμός**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Χαντζάρας Χρήστος**  
**ΠΕ Διοικητικού Οικονομικού**  
**Υπάλληλος ΕΟΠΥΥ**

Τριμελής εξεταστική επιτροπή :

Γείτονα –Κοντούλη Μαρία ,Αναπλ. καθηγήτρια –Επιβλέπουσα

Κυριάκος Σουλιώτης-Αναπλ .καθηγητής

Ξενοφών Παπαρηγόπουλος –Αναπλ. καθηγητής

Αθήνα ,Ιανουάριος 2018

## **Πνευματικά Δικαιώματα**

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- AOK - Allgemeine Ortskrankenkasse  
eH – eHealth  
EOT – Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού  
JCI – Joint Commission International  
NHS – National Health System  
PCT – Patient Care Technician  
ΑΚΕ – Αρχιτεκτονική Κλινικού Εγγράφου  
ΔΑΑ – Διακοινοτική Αναζήτηση Ασθενών  
ΔΠΠ – Διακοινοτική Πρόσβαση  
ΔΜ – Διαχειριστής Μετασχηματισμού  
ΔΟΠ – Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης  
ΕΑΕ – Εγγυητική Ανταλλαγή Εγγράφων  
ΕΔΑ – Ερώτημα Δημογραφικών Στοιχείων Ασθενών  
ΕΕΞ – Ελληνικό Επιμελητήριο Ξενοδοχείων  
ΕΚΑΑ – Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενείας  
ΕΟΧ – Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος  
ΕΣΕ – Εθνικό Σημείο Επαφής  
ΕΣΘ – Επιβεβαίωση Σχέσεων Θεραπείας  
ΕΥΠ – Επιχείρηση Υγειονομική Περιθαλψής  
ΗΔ – Ηλεκτρονική Διαταγή  
ΗΜΥ – Ηλεκτρομηχανολογική Υπηρεσία  
ΗΣ – Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση  
ΚΒΤ – Κατάλογος Βασικών Τιμών  
ΚΕΠ – Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών  
ΚΚΕ – Κοινή Κατανομή Εγγράφων  
ΠΑ – Περίληψη Ασθενούς  
ΠΑΥ – Προσωπικά Αρχεία Υγείας  
ΣΕΔ – Σύνδεση Ευρωπαϊκής Διευκόλυνσης  
ΥΣΑ – Υπηρεσίες Συμβολαίου Ασφαλείας

*Στους συναδέλφους μου στον ΕΟΠΥΥ*

## Πίνακας Περιεχομένων

Πνευματικά Δικαιώματα.....	2
Περίληψη .....	7
Κεφάλαιο 1.....	8
1. Εισαγωγή.....	8
1.1 Εισαγωγή στο Ερευνητικό Θέμα .....	8
1.2 Ορισμοί Βασικών Εννοιών .....	10
1.3 Σημασία Έρευνα .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	14
2. Ιατρικός Τουρισμός.....	14
2.1 Τάσεις & Οικονομικές Διαστάσεις .....	14
2.2 Ιατρικός Τουρισμός στην Ελλάδα .....	19
2.3 Ελληνικό Συμβούλιο Ιατρικής Τουρισμού - ΕΛΙΤΟΥΡ .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	24
3. Θεσμικό Πλαίσιο Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	24
3.1 Το Ισχύον Νομικό Καθεστώς .....	24
3.2 Ζητήματα των Διατάξεων περί Κινητικότητας.....	28
3.2.1 Ευκαιρίες και προκλήσεις για τους επιτρόπους.....	28
3.2.2 Ευκαιρίες και προκλήσεις για τους παρόχους .....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	33
4.1 Ελλάδα – Θεσμικό και Νομικό Πλαίσιο.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	37
5.1 Σχέδιο Δράσης Ηλεκτρονικής Υγείας Κύπρου 2020.....	37
5.2 Εθνική Αρχιτεκτονική.....	39

5.2.1 Επικύρωση .....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	43
6.1 Ιατρικός Τουρισμός - Φροντίδα Υγείας στην Παγκόσμια Οικονομία.....	43
6.1.1 Αυξανόμενη Δημοτικότητα .....	43
6.1.2 Ο Ιατρικός Τουρισμός είναι Διαφορετικός.....	44
6.2 Προορισμοί Ιατρικού Τουρισμού .....	47
6.3 Ασφάλεια και Ποιότητα Φροντίδας.....	48
6.4 Ανταπόκριση στον Ιατρικό Τουρισμό .....	49
6.5 Προκλήσεις και Ευκαιρίες .....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....	51
7.1 Συμπεράσματα .....	51
7.2 Προτάσεις Μελλοντικής Έρευνας .....	54
Βιβλιογραφία .....	56
Παραρτήματα.....	62
Παράρτημα Ι .....	62
Παράρτημα ΙΙ.....	63
Παράρτημα ΙΙΙ.....	64
Παράρτημα ΙV .....	65

## Περίληψη

Τον 21ο αιώνα, ο ιατρικός τουρισμός έχει αναδειχθεί ως μια ευημερούσα βιομηχανία. Η ανάπτυξή της ενισχύεται από την αύξηση του κόστους για την υγειονομική περίθαλψη, τους μακρύς καταλόγους αναμονής για μη έκτακτες επεμβάσεις και την έλλειψη υπηρεσίας σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό έχει οδηγήσει σε ένα αντίστροφο φαινόμενο των ασθενών, που ταξιδεύουν από ανεπτυγμένες χώρες σε αναπτυσσόμενες για να αναζητήσουν οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη και άμεσες υπηρεσίες. Ειδικότερα, οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν θεσπίσει ποικίλες στρατηγικές για να επωφεληθούν από αυτήν την κερδοφόρα αγορά. Ωστόσο, οι αρνητικές επιπτώσεις της διασυνοριακής κυκλοφορίας υπηρεσιών έχουν προκαλέσει ανησυχίες. Η ποιότητα των υπηρεσιών και η συνέχεια της περίθαλψης των ασθενών είναι βασικές ανησυχίες στις χώρες προέλευσης, και η ανησυχία στις χώρες προορισμού αφορά την ανισότητα όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες, την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και την «εσωτερική διαρροή εγκεφάλων» του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης.

Πιστεύεται ευρέως ότι υπάρχουν σημαντικά οικονομικά οφέλη από τον ιατρικό τουρισμό, αλλά αυτή η πεποίθηση δεν βασίζεται σε μια σταθερή εμπειρική βάση. Ομοίως, υπάρχει έλλειψη εμπειρικών στοιχείων σχετικά με τις επιπτώσεις στα συστήματα υγείας των χωρών προορισμού. Η απόκλιση των απόψεων και η συνολική έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων προσφέρει τη δυνατότητα πολιτικής ασυμφωνίας μεταξύ εμπορίου και υγείας. Η παρούσα μελέτη σκοπεύει να εξετάσει την έννοια του Ιατρικού Τουρισμού επικεντρώνοντας την προσοχή της στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζει τις τάσεις και τις οικονομικές διαστάσεις στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, συμπεριλαμβάνοντας τα θεσμικά και νομικά πλαίσια υπό τα οποία λειτουργεί ο Ιατρικός τουρισμός. Για μια καλύτερη κατανόηση, εξετάζεται η μελέτη περίπτωσης της Κύπρου για την ηλεκτρονική Υγεία (eHealth). Τέλος, το τελευταίο κεφάλαιο αποπειράται να κάνει μια αναφορά στην παγκόσμια οικονομική δραστηριότητα της αγοράς του ιατρικού τουρισμού. Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι ο ιατρικός τουρισμός είναι ένας αναπτυσσόμενος κλάδος, ωστόσο τα οικονομικά του οφέλη δεν έχουν ακόμα καταγραφεί αξιόπιστα.

# Κεφάλαιο 1

## 1. Εισαγωγή

### 1.1 Εισαγωγή στο Ερευνητικό Θέμα

Σύμφωνα με την ιατρική τουριστική ένωση, ο Ιατρικός Τουρισμός αναφέρεται σε ανθρώπους που ζουν σε μία χώρα και ταξιδεύουν σε μία άλλη προκειμένου να λάβουν ιατρική, οδοντιατρική και χειρουργική περίθαλψη. Παράλληλα λαμβάνουν ίση ή μεγαλύτερη φροντίδα από αυτή που θα είχαν στη δική τους χώρα και ταξιδεύουν για ιατρική περίθαλψη εξαιτίας της προσιτότητας, της καλύτερης πρόσβασης στην περίθαλψη ή ενός υψηλότερου επιπέδου ποιότητας φροντίδας (Medicaltourismassociation.com, 2018). Ο ιατρικός τουρισμός ξεκίνησε από την ανάγκη των ασθενών για μια πιο οικονομικά αποδεκτή ιατρική περίθαλψη με την ίδια ποιότητα και για να αποφευχθούν οι μακρές λίστες αναμονής. Ο ιατρικός τουρισμός είναι η νέα αναπτυσσόμενη τάση της αγοράς και πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές του 21ου αιώνα, η οποία συνεχώς κερδίζει δημοτικότητα μεταξύ των ιδιαίτερα βιομηχανικών χωρών. Παρόλο που η ιδέα του ιατρικού τουρισμού δεν θεωρείται κάτι νέο, καθώς και η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση του ιατρικού τουρισμού χρονολογείται εδώ και χιλιάδες χρόνια, σήμερα έχει γίνει πιο επείγουσα ανάγκη, ιδιαίτερα από τους κατοίκους των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Η υγειονομική περίθαλψη καθίσταται ολοένα και πιο δαπανηρή στις ΗΠΑ, σε σύγκριση με άλλα κράτη και, ταυτόχρονα, μεγάλο μέρος του πληθυσμού χάνει ακόμη και την πιο βασική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα γεγονότα παροτρύνουν έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών να αναζητήσουν θεραπεία εκτός των ΗΠΑ, σε άλλες χώρες με πολύ χαμηλότερο κόστος. Όπως αναφέρθηκε από τα στατιστικά στοιχεία της Deloitte (2008), μπορεί να επιτευχθεί μείωση έως και 90% των ιατρικών εξόδων ταξιδεύοντας στο εξωτερικό.

Σύμφωνα με την Bersin και Deloitte (2014), περίπου 5 εκατομμύρια ασθενείς, κυρίως από τις ανατολικές πολιτείες, ταξίδεψαν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια του 2011 για υπηρεσίες υγείας, εξίσου ποιοτικές, αλλά πιο οικονομικές με ειδικότητες κυρίως σε οδοντιατρικές, αισθητικές, ορθοπεδικές και καρδιαγγειακές. Η αξία της αγοράς υπολογίζεται σε 10 δισεκατομμύρια δολάρια με ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 20%. Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί για τους ασθενείς είναι η Βραζιλία, η Ινδία, η Κόστα Ρίκα, η Σιγκαπούρη, η Ουγγαρία, η Ταϊλάνδη



και η Μαλαισία, που αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 50% της παγκόσμιας αγοράς (Deloitte, 2008).

Οι Williams και Seus (2007) δηλώνουν ότι ο ιατρικός τουρισμός δεν είναι πανάκεια. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι θα αποτελέσει κεντρικό μέρος της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης με τον τρόπο που η εξωτερική ανάθεση έχει γίνει ένας τρόπος ζωής σε άλλες βιομηχανίες. Η βιομηχανία βρίσκεται ακόμα σε πολύ πρώιμο στάδιο - και θα επέλθουν σημαντικές αλλαγές τα επόμενα χρόνια. Οι Matoo και Rathindran (2005), ανέφεραν ότι οι καταναλωτές εκτιμούν τόσο την εγγύτητα όσο και την ποιότητα, αλλά δεν τους εμπόδισαν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για μια σειρά θεραπειών, όπως αισθητική, θεραπευτική αγωγή, εναλλακτική ιατρική και σε μερικές περιπτώσεις ακόμα και χειρουργική επέμβαση οφθαλμών και καρδιακών χειρουργικών επεμβάσεων.

Στο παρελθόν, όσοι ταξίδευαν διεθνώς για την υγειονομική περίθαλψη ενδιαφέρονταν συνήθως για θεραπείες που είτε δεν ήταν διαθέσιμες στη χώρα καταγωγής τους είτε δεν καλύπτονταν από ασφάλιση υγείας (συμπεριλαμβανομένων πολλών αισθητικών και οδοντιατρικών χειρουργείων). Ωστόσο, εξαιτίας των αυξημένων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Αμερική, μαζί με τους μεγάλους καταλόγους αναμονής σε χώρες μεμονωμένου πληρωτή όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νέα Ζηλανδία, πολλοί δυτικοί ταξιδεύουν τώρα σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ινδία, η Ταϊλάνδη και οι Φιλιππίνες για ιατρική περίθαλψη όπως χειρουργική επέμβαση καρδιάς, αντικαταστάσεις γόνατος και επίστρωση ισχίου.

Σύμφωνα με τη Deloitte (2008), η βιομηχανία του ιατρικού τουρισμού μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρεις ομάδες:

- **Εξερχόμενη:** ασθενείς που ταξιδεύουν σε άλλες χώρες για ιατρική περίθαλψη.
- **Εισερχόμενη:** ασθενείς που ταξιδεύουν στην ίδια χώρα, αλλά σε διαφορετικές περιοχές για ιατρική περίθαλψη.
- **Εντατική:** ασθενείς που ταξιδεύουν από άλλες χώρες για ιατρική περίθαλψη.

Η συντριπτική πλειοψηφία των τουριστών υγείας προέρχονται από τις ΗΠΑ, κυρίως λόγω των υπερβολικών τιμών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και της απουσίας ασφάλισης υγείας. Όπως αναφέρουν οι Bersin και Deloitte (2013), το 2012 περίπου 8 εκατομμύρια ασθενείς ταξίδεψαν για να έχουν υγειονομική περίθαλψη σε άλλη χώρα, πράγμα που σημαίνει ότι οι προβλέψεις για το μέλλον είναι πολύ πιο ενθαρρυντικές για τον ιατρικό τουρισμό.

Οι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

1. η διερεύνηση / εξέταση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα,
2. η εξέταση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ιατρικού τουρισμού τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη,
3. το ασφαλιστικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών τουρισμού,
4. η μελέτη της παγκόσμιας οικονομικής δραστηριότητας του Ιατρικού Τουρισμού.

Για την διεξαγωγή και ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν δευτερογενής πηγές έρευνας από δημόσιους φορείς, διαδίκτυο, ακαδημαϊκά βιβλία και άρθρα, καθώς και στοιχεία από δημόσιους φορείς που δημοσιεύουν πληροφορίες στο διαδίκτυο

## **1.2 Ορισμοί Βασικών Εννοιών**

Για την καλύτερη κατανόηση της παρούσας εργασίας, παρακάτω παρουσιάζονται βασικές έννοιες ορολογίας του Ιατρικού Τουρισμού.

### ***Ιατρικός Τουρισμός***

Όπως αναφέρουν Fetscherin και Stephano (2016), όταν ένα άτομο ταξιδεύει πέρα από τα σύνορα και έξω από το συνηθισμένο περιβάλλον, για να ζητήσει ιατρική βοήθεια, το τμήμα της διαδρομής του ταξιδιού ονομάζεται «ιατρικό ταξίδι». Ένα τέτοιο άτομο ονομάζεται «ιατρικός τουρίστας» και οι δραστηριότητες αυτές, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση ιατρικών υπηρεσιών από τον ιατρικό τουρισμό, είτε πρόκειται για άμεση είτε έμμεση φιλοξενία, πολιτιστική έκθεση ή τοποθεσία, ονομάζεται «Ιατρικός Τουρισμός».

Ως εκ τούτου, ο Ιατρικός Τουρισμός θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των δραστηριοτήτων στις οποίες ένα άτομο ταξιδεύει συχνά σε μεγάλες αποστάσεις ή πέρα από τα σύνορα, για να επωφεληθεί ιατρικών υπηρεσιών με άμεση ή έμμεση δέσμευση σε δραστηριότητες αναψυχής, για επαγγελματικούς ή άλλους σκοπούς.

### ***Κοινή Διεθνής Επιτροπή – Joint Commission International (JCI)***

Σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή Διαπίστευσης και Πιστοποίησης (*Joint Commission International-JCI*), η διαπίστευση και η πιστοποίηση είναι η αποδεδειγμένη διαδικασία που χρειάζεται ένας οργανισμός υγείας για να εξασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς, το προσωπικό και τους επισκέπτες (Joint Commission International, 2018). Αυτή η

εθελοντική διαδικασία δείχνει τη δέσμευση του οργανισμού να βελτιώνει συνεχώς την ασφάλεια των ασθενών.

Είναι αφιερωμένη, στην παροχή βοήθειας, σε διεθνείς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, οργανισμούς δημόσιας υγείας και υπουργεία υγείας για την αξιολόγηση, βελτίωση και επίδειξη της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, ενώ εξυπηρετεί τους συγκεκριμένους νομικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες εντός μιας χώρας.

### ***ISO***

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης είναι ο μεγαλύτερος προγραμματιστής και εκδότης διεθνών προτύπων παγκοσμίως. Το ISO είναι μη κυβερνητικός οργανισμός που αποτελεί γέφυρα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Από την άλλη πλευρά, πολλά από τα ινστιτούτα-μέλη της είναι μέρος της κυβερνητικής δομής των χωρών τους ή έχουν εντολή από την κυβέρνησή τους.

### ***Μεσολαβητές***

Οι μεσολαβητές στον ιατρικό τουρισμό βοηθούν τους ασθενείς να επιλέξουν έναν προορισμό για την επιθυμητή θεραπεία. Μερικοί διαμεσολαβητές έχουν συμφωνίες με ορισμένους παρόχους υπηρεσιών και αποστέλλουν αποκλειστικά στους πελάτες τους, ενώ άλλοι δημιουργούν ένα ευρύτερο δίκτυο παρόχων και προορισμών για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες διαφόρων χρηστών υπηρεσιών.

### ***Ταξιδιωτικοί Πράκτορες***

Τα ταξιδιωτικά γραφεία στον ιατρικό τουρισμό προάγουν τον ιατρικό τουρισμό με έμφαση σε όλες τις άλλες τουριστικές αξίες των ξένων προορισμών. Οι μικρές ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται συχνά στους χρήστες πακέτων διακοπών, ενώ η διαφορά στο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ της χώρας προέλευσης του ταξιδιώτη και της χώρας που παρέχει την υπηρεσία αντιπροσωπεύει σημαντική εξοικονόμηση που συχνά ξεπερνά το κόστος της ίδιας της τουριστικής δαπάνης. Ωστόσο, όταν πρόκειται για σοβαρά προβλήματα υγείας, η ελκυστικότητα των προορισμών είναι παράπλευρος παράγοντας.

### ***IVF Θεραπεία***

Η γονιμοποίηση In Vitro είναι ένας από τους διάφορους τύπους υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας που χρησιμοποιείται συνήθως για να βοηθήσει τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην απόκτηση παιδιού ή τη μεταφορά του παιδιού σε πλήρη κύηση.

### ***Αιμοκάθαρση***

Η αιμοκάθαρση είναι η διαδικασία απομάκρυνσης των αποβλήτων και της πλεονάζουσας ποσότητας νερού από το αίμα και χρησιμοποιείται κυρίως για την υποκατάσταση της βιολογικής νεφρικής λειτουργίας σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια.

### 1.3 Σημασία Έρευνας

Οι πιθανές ευκαιρίες από τον ιατρικό τουρισμό μπορούν να διακριθούν σε τρεις διαφορετικές ομάδες:

Από τη βιβλιογραφική και ακαδημαϊκή έρευνα, διαπιστώθηκε ότι από τις λίγες δημοσιεύσεις που δημοσιεύθηκαν για τον ιατρικό τουρισμό, οι περισσότεροι επικεντρώθηκαν στη θεωρητική προσέγγιση του ιατρικού τουρισμού, τις προοπτικές και τα οφέλη του, αλλά η πραγματική έρευνα των εταιρειών που πραγματικά ασχολούνται με τον ιατρικό τουρισμό, βασικά δεν υπάρχει. Όντας μια εξειδικευμένη αγορά, υπάρχει ακόμη έδαφος που πρέπει να διερευνηθεί. Στην πραγματικότητα, έχουν γίνει κυρίως δύο επίσημες έρευνες, οι οποίες δεν είναι ακαδημαϊκές στο επίκεντρό τους και βασίζονται μόνο στους Αμερικανούς ιατρικούς τουρίστες, που δείχνουν τις μεγάλες προσωπικότητες του ιατρικού τουρισμού. Σύμφωνα με τον Helble (2011), από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η έλλειψη μιας διεθνούς κοινής μεθοδολογίας για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τους ιατρικούς τουρίστες, είναι ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους υπάρχουν μόνο λίγες στατιστικές μελέτες για τους ιατρικούς τουρίστες, οι οποίοι συχνά δεν είναι συγκρίσιμοι μεταξύ των χωρών. Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται από τις χώρες διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, ορισμένες χώρες μετρούν ξένους ασθενείς επισκέψεις σε νοσοκομεία ενώ άλλοι μετράνε την είσοδο μεμονωμένων ασθενών στη χώρα. Άλλες χώρες καταγράφουν την εθνικότητα των ασθενών αλλά όχι τον τόπο διαμονής τους, γεγονός που μπορεί να είναι μη ορθο στην περίπτωση που οι μετανάστες επιστρέψουν στη χώρα τους για θεραπεία αλλά δεν καταγράφονται ως ιατρικοί ταξιδιώτες. Επιπλέον, οι χώρες συχνά συλλέγουν στατιστικά στοιχεία μόνο για τον αριθμό επισκέψεων ξένων ασθενών, αλλά όχι για τον τύπο θεραπείας, την πηγή χρηματοδότησης ή την έκβαση της θεραπείας (Helble, 2011). Πολλές φορές, τα δεδομένα αυτά θεωρούνται εμπιστευτικά και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να αναλυθούν περαιτέρω.

Όσον αφορά την ιατρική κοινότητα, οι ασθενείς επωφελούνται σε μεγάλο βαθμό από τον ιατρικό τουρισμό. Καταρχάς, καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας θα αυξηθεί. Για τη συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού, ο ιδιωτικός τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ ακριβός και μη προσβάσιμος. Ως αποτέλεσμα, καταλήγουν

στον δημόσιο τομέα όπου συναντούν μεγάλες λίστες αναμονής. Είναι λογικό για πολλούς ασθενείς να ψάξουν εναλλακτικούς τρόπους για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψής τους. Ο ιατρικός τουρισμός είναι ο καταλληλότερος τρόπος για να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους. Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι η ιατρική τουριστική εμπειρία θα είναι ένας ελκυστικός και ενδιαφέρον τρόπος για τους ασθενείς να συνδυάζουν την υγειονομική περίθαλψη και ένα ταξίδι αναψυχής. Αυτός ο συνδυασμός μπορεί επίσης να έχει θετικές επιπτώσεις στην ψυχολογία των ασθενών, λόγω του γεγονότος ότι θα αποφύγουν τη συνηθισμένη και συχνά μη ελκυστική εικόνα ενός ασθενούς που στερείται οποιασδήποτε ασφάλισης υγείας. Η απουσία οποιασδήποτε ιδιωτικής ασφάλισης μπορεί να οφείλεται είτε σε λόγους που σχετίζονται με το κόστος είτε στο κακώς οργανωμένο σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, πρόκειται για μια άλλη ομάδα που θα επωφεληθεί από τον ιατρικό τουρισμό.

Η τελευταία ομάδα που μπορεί να επωφεληθεί από τον ιατρικό τουρισμό είναι όλες οι συναφείς επιχειρηματικές βιομηχανίες. Όπως αναφέρθηκε, ο ιατρικός τουρισμός περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία εταιρειών από νοσοκομεία και κλινικές σε ξενοδοχεία και πρακτορεία ταξιδιών. Συνεπώς, ο ιατρικός τουρισμός θα πρέπει να βασίζεται σε μια οργανωμένη και ανεπτυγμένη υποδομή. Όσον αφορά τον κλάδο της υγείας, η εμφάνιση του υγειονομικού τουρισμού ανοίγει την ευκαιρία για τα νοσοκομεία να επεκτείνουν τη φήμη τους σε άλλες χώρες και κατ' αυτόν τον τρόπο να επωφεληθούν από μια αγορά με υψηλότερα περιθώρια κέρδους. Με αυτόν τον τρόπο, θα δημιουργήσουν παραγωγικές συμμαχίες, θα ενισχύσουν την οικονομία της χώρας είτε μέσω μειώσεων των ποσοστών ανεργίας είτε μέσω επενδύσεων σε παραγωγικό τομέα. Δεδομένου ότι ο ιατρικός τουρισμός περιλαμβάνει και μια μορφή ταξιδιού σε μια ξένη χώρα, θα υπάρξει ζήτηση για διαμονή είτε στο νοσοκομείο είτε στο ξενοδοχείο. Η τουριστική βιομηχανία μπορεί να συμπεριλάβει τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, τους ταξιδιωτικούς πράκτορες που θα αναλάβουν την περιήγηση στα αξιοθέατα και τη γενική ψυχαγωγία των επισκεπτών, την παροχή ταξιδιών από τις αεροπορικές εταιρείες και ακόμη τα τοπικά ταξίδια. Ως εκ τούτου, μπορεί να γίνει αποδεκτό ότι η ύπαρξη ιατρικών τουριστικών προϋποθέσεων δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για μια ολόκληρη βιομηχανία που μπορεί να γίνει κερδοφόρα και ανταγωνιστική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2. Ιατρικός Τουρισμός

#### 2.1 Τάσεις & Οικονομικές Διαστάσεις

Στη σύγχρονη εποχή πολλοί προτιμούν να ταξιδέψουν μια πολυ μακριά από τη χώρα τους προκειμένου να έχουν ιατρική περίθαλψη αντί να μείνουν στην περιοχή τους με ίδια ή ακόμα και πιο προηγμένη τεχνολογία. Ο λόγος είναι οι βελτιωμένες ιατρικές και υγειονομικές περιθάλψεις. Πριν από χρόνια, υπήρχαν περιφερειακά νοσοκομεία που παρείχαν τις βασικές ιατρικές υπηρεσίες στους κατοίκους, ωστόσο δεν διέθεταν εξειδίκευση. Όμως, από τη στιγμή που ξεκίνησε η εισροή ανθρώπων άλλων εθνικοτήτων, οι οποίοι αναζητούν ιατρική περίθαλψη, φαίνεται ότι η εικόνα των υπηρεσιών υγείας άρχισε να αλλάζει και να εκσυγχρονίζεται προκειμένου να καλυφθούν οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες. Έτσι, τα νοσοκομεία προμηθεύονταν ιατρικές συσκευές τελευταίας τεχνολογίας, προηγμένα διαγνωστικά κέντρα, 24ωρο κέντρο έκτακτης ανάγκης, εξυπηρέτηση πελατών μέσω δωρεάν κλήσης, πλήρως εξοπλισμένη μονάδα εντατικής θεραπείας και προηγμένες χειρουργικές υπηρεσίες. Μια άλλη συνιστώσα του ιατρικού τουρισμού είναι η ενίσχυση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Οι προηγμένες τεχνολογίες απαιτούν ένα πλήρως εκπαιδευμένο προσωπικό. Επιπλέον, η ζήτηση ιατρών με υψηλό προφίλ και φήμη, των οποίων οι δεξιότητες έχουν ήδη ωφελήσει ασθενείς είναι μεγάλη, ειδικά από τους ιατρικούς τουρίστες. Ο αριθμός και ο επιπολασμός των ιατρικών εμπειρογνομόνων και του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διασφάλιση της επιτυχίας της μονάδας υγειονομικής περίθαλψης. (Connell, 2013).

Ένα άλλο θέμα που αξίζει να αναφερθεί είναι η διασφάλιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία. Εκτός από τη φήμη του παρόχου υγείας, ένα νοσοκομείο πρέπει να πληροί και άλλες σημαντικές προϋποθέσεις. Είναι σημαντικό για τους ασθενείς να διασφαλιστεί ότι τα νοσοκομεία έχουν διαπιστεύσεις από εξουσιοδοτημένους οργανισμούς που αναγνωρίζονται και γίνονται δεκτοί σε διεθνές επίπεδο. (Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015).

Προφανώς, η πιστοποίηση ποιοτικού ελέγχου μιας μονάδας υγείας πρέπει να γίνεται συχνά και να βελτιώνεται σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ώστε να ικανοποιούνται οι διεθνείς απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών. Η εξασφάλιση των όρων ποιότητας πρέπει να δημοσιεύεται προκειμένου να είναι ευρέως γνωστή είτε από το νοσοκομείο είτε από τον οργανισμό πιστοποίησης (Jagyasi, 2010).

Εκτός από τις πιστοποιημένες ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες προσφερόμενες τιμές, η μεγαλύτερη επιτυχία του ιατρικού τουρισμού έγκειται στην παροχή ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι ασθενείς, για να ταξιδεύουν μακριά από τα σπίτια τους, λαμβάνουν επίσης υπόψη τις εγκαταστάσεις που θα έχουν εκεί για το χρονικό διάστημα που θα παραμείνουν στη χώρα. Οι εγκαταστάσεις αυτές έχουν να κάνουν με τις δυνατότητες φιλοξενίας, τη στέγαση, τα τρόφιμα και ακόμη και τις περιηγήσεις σε μια χώρα ανάλογα με τις προτιμήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους και την κατάσταση της υγείας τους. Ειδικά οι ασθενείς που θα κάνουν συνήθεις παρεμβάσεις ή εξετάσεις υγείας και δεν βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο, θα αντιμετωπίσουν τον ιατρικό τουρισμό ως ευκαιρία για διακοπές. Είναι επίσης σημαντικό ότι στις μέρες μας δεν υπάρχει λόγος να ενδιαφέρεται ο πελάτης να αναζητά για τον εαυτό του όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται, καθώς μπορεί να απευθυνθεί σε διαμεσολαβητικές εταιρείες. Η σημασία των διαμεσολαβητών έχει ήδη αναγνωριστεί και η ευθύνη τους είναι να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ πελατών και παρόχων ιατρικού τουρισμού. Τέτοιοι ενδιάμεσοι μπορούν να είναι «ιατρικοί μεσίτες», «ειδικοί του ιατρικού τουρισμού» ή «ιατρικό πρακτορείο ταξιδιών». Επίσης, οι παραδοσιακοί ταξιδιωτικοί πράκτορες μπορούν να εκπληρώσουν αυτό το ρόλο, καθώς και οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού (Horowitz, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός τουρισμός κερδίζει ολοένα και περισσότερο ενδιαφέρον για την ακαδημαϊκή κοινότητα τόσο στις μελέτες υγείας όσο και στον τομέα του τουρισμού, καθώς και σε άλλες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι στιγμής. (Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015).

Σε μια έρευνα σχετικά με τη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία διεξήχθη σε 27 ευρωπαϊκές χώρες από το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής τον Μάιο του 2007, προέκυψαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα για τον ιατρικό τουρισμό. Για την έρευνα αυτή διεξήχθησαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε κάθε χώρα, με εξαίρεση τη Βουλγαρία, την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την

Ουγγαρία, την Πολωνία, τη Ρουμανία και τη Σλοβακία, όπου διεξήχθησαν τηλεφωνικές και προσωπικές συνεντεύξεις. Κάθε εθνικό δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, το μέγεθος του δείγματος-στόχου ήταν περίπου 1000 ερωτώμενοι. Ένα σημαντικό ζήτημα ήταν αν οι Ευρωπαίοι πολίτες είναι πρόθυμοι να ταξιδέψουν σε άλλη χώρα της ΕΕ για να λάβουν ιατρική περίθαλψη και το 53% απάντησε ότι είναι πρόθυμοι, ενώ το 42,2% απάντησε «όχι». Επιπλέον, όσον αφορά τον λόγο για τον οποίο θα μετακινούνταν σε μια άλλη χώρα της ΕΕ για ιατρική περίθαλψη, η μεγάλη πλειοψηφία (91,3%) απάντησε ότι θα ταξιδεύουν για να λάβουν θεραπεία που δεν είναι διαθέσιμη στη χώρα τους, το 77,5% για καλύτερη θεραπεία από ό, τι στη χώρα τους, το 68,6% για θεραπεία από αναγνωρισμένο ειδικό, το 63,8% για να λάβει θεραπεία πιο γρήγορα από ό, τι στη χώρα τους και το 47,5% προκειμένου να λάβει θεραπεία φθηνότερη από ό, τι στη χώρα τους (Lunt & Carrera, 2010).

Σε μια άλλη έρευνα σχετικά με τη στάση των Ευρωπαίων απέναντι στον τουρισμό εν γένει (η οποία διεξήχθη το 2009 μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε 27 ευρωπαϊκές χώρες από το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής), υπήρξε μια ερώτηση σχετικά με το κύριο κίνητρο για τους Ευρωπαίους πολίτες προκειμένου να οργανώσουν ταξίδια διακοπών το 2009 και κατά μέσο όρο 3,2% απάντησαν για υγειονομική περίθαλψη. Σε αυτή την έρευνα μεταξύ εκείνων που απάντησαν το 46% των ανδρών και το 54% των γυναικών επέλεξαν τον υγειονομικό τουρισμό. Είναι επίσης ενδιαφέρον να αναφέρουμε ότι μεταξύ των πολιτών που επέλεξαν την υγειονομική περίθαλψη το 18% είναι αυτοαπασχολούμενοι, το 20% είναι υπάλληλοι, το 27% είναι εργαζόμενοι στο χέρι και το 35% είναι άνεργοι (Hall, 2011).

Η έρευνα των Crooks et al.. (2010) εξετάζει τους παράγοντες κινήτρου και ώθησης για τους οποίους οι ασθενείς αποφασίζουν να εγκαταλείψουν τη χώρα τους και να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό. Για την εφαρμογή της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 348 ακαδημαϊκά άρθρα, πηγές των μέσων ενημέρωσης και εκθέσεις βιβλιογραφίας. Όσον αφορά τη συγκεκριμένη μελέτη, καθοριστικοί παράγοντες για τους ιατρικούς τουρίστες είναι, πρώτον, το υψηλό κόστος και η έλλειψη ασφάλισης στη χώρα τους, καθώς και ο μεγάλος χρόνος αναμονής. Οι ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν προς ιατρικά τουριστικά νοσοκομεία που είναι γνωστά για την ποιότητα των υπηρεσιών, της περίθαλψης και των εγκαταστάσεων που προσφέρουν. Είναι επίσης πιο πιθανό για τους ασθενείς να επιλέξουν νοσοκομεία στα οποία το προσωπικό μιλά τη μητρική τους γλώσσα. Σχετικά με αυτό, η



θηρσκευτική προσβασιμότητα των ιατρικών τουριστικών εγκαταστάσεων και των εθνών προορισμού είναι μια άλλη πτυχή που μπορεί να τραβήξει τους ασθενείς σε μια θέση πάνω από μια άλλη. Επιπλέον, η πολιτική κατάσταση σε μια χώρα μπορεί είτε να παρακινήσει τον ασθενή να μην ταξιδέψει στη συγκεκριμένη χώρα. Επιπλέον, σημαντικός ρόλος στην απόφαση του ασθενούς για ιατρικό τουρισμό είναι η ευκαιρία που δόθηκε για να απολαύσει τις διακοπές σε μια ξένη χώρα, κατά την περίοδο της λήψης ιατρικής περίθαλψης. Τέλος, άλλοι παράγοντες κινήτρου μπορεί να είναι η πρόσβαση σε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την πιστοποίηση του ξένου νοσοκομείου και των γιατρών, καθώς και το διεθνές μάρκετινγκ εγκαταστάσεων και διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένου του κόστους τους, στο διαδίκτυο ή μέσω διαμεσολαβητών (Crooks et al., 2010).

Σύμφωνα με τους Johnston et al. (2010) σε μια μελέτη σχετικά με την πρόσληψη ξένων ασθενών στο Βέλγιο για θεραπεία υπογονιμότητας, η οποία διεξήχθη σε 18 κλινικές στις Βρυξέλλες, ο συνολικός αριθμός ξένων ασθενών αυξήθηκε από 1.456 το 2003 σε 2.117 το 2007. Οι ακόλουθες χώρες αντιπροσωπεύουν το 89% όλων των ξένων ασθενών που ζητούν θεραπεία στο Βέλγιο: Γαλλία (38%), Κάτω Χώρες (29%), Ιταλία (12%) και Γερμανία (10%). Η έρευνα δείχνει επίσης ότι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο η διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα προκαλεί τόσο μεγάλο ενδιαφέρον είναι το στοιχείο της φοροδιαφυγής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης, υπάρχει μια σαφής συσχέτιση μεταξύ ορισμένων νομικών απαγορεύσεων στη χώρα καταγωγής του ασθενούς και του αριθμού των ασθενών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό. Οι αλλαγές στον αριθμό των ασθενών που προέρχονται από μια συγκεκριμένη χώρα για συγκεκριμένη θεραπεία και οι αλλαγές στη νομοθεσία της χώρας αυτής συνδέονται σαφώς. Τέλος, η ελκυστικότητα αυτών των κλινικών σε ξένους ασθενείς μπορεί να εξηγηθεί από ορισμένους πρόσθετους παράγοντες όπως η προσβασιμότητα (διεθνής σιδηροδρομικός σταθμός και το αεροδρόμιο), η παρουσία μεγάλων κέντρων υπογονιμότητας με διεθνή φήμη και οι γλώσσες που ομιλούνται.

Οι Spasojevic και Susic (2010), αναφέρουν ότι μια σημαντική πτυχή της αύξησης του ιατρικού τουρισμού είναι η συμβολή ειδικευμένων διαμεσολαβητών που αποτελούν τη σύνδεση μεταξύ ξένων ασθενών και νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, οι μεσολαβητικές εταιρείες απασχολούν άτομα με ιατρικές γνώσεις ώστε να είναι σε θέση να προτείνουν στους ασθενείς την κατάλληλη θεραπεία και τον προορισμό ανάλογα με τις ασθένειες τους. Μερικοί διαμεσολαβητές έχουν συμφωνίες με ορισμένους παρόχους υπηρεσιών και αποστέλλουν αποκλειστικά στους πελάτες

τους, ενώ άλλοι δημιουργούν ένα ευρύτερο δίκτυο παρόχων και προορισμών για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες διαφόρων χρηστών.

Από την άλλη πλευρά, ο Hall (2011) εξέτασε ορισμένους από τους δυνητικούς κινδύνους βιοασφάλειας και νοσοκομειακών περιπτώσεων που συνδέονται με τον διεθνή ιατρικό τουρισμό. Τα συμπεράσματά του δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές ανησυχίες όσον αφορά το δυνητικό κόστος προσωπικής και δημόσιας υγείας του ιατρικού τουρισμού. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τους ατομικούς κινδύνους υπάρχουν και κίνδυνοι για την υγεία των χωρών του ιατρικού τουρισμού και ειδικότερα των ιατρικών εγκαταστάσεων που ενδέχεται να επισκεφθούν εάν έχουν μολυνθεί. Αναφέρεται επίσης ότι οι ιατρικοί τουρίστες αναγνωρίζονται από την ιατρική κοινότητα ότι παρουσιάζουν σημαντικούς κινδύνους για την εξάπλωση των πανδημιών καθώς και ότι συμβάλλουν περαιτέρω στην αύξηση της αντοχής στα αντιβιοτικά.

Επιπλέον, οι Han και Hyun (2015) επικεντρώθηκαν στον σημαντικότερο ενδιαφερόμενο φορέα, τον καταναλωτή, και εξέτασαν τα στοιχεία της απόφασης του καταναλωτή να αναζητήσει ιατρικό τουρισμό. Η μελέτη εντόπισε επίσης πολλούς άλλους ενδιαφερόμενους στη βιομηχανία και τον ρόλο τους στην επίδραση της απόφασης του καταναλωτή που διευκολύνει ή αναστέλλει το πραγματικό ταξίδι. Μερικά από τα συμπεράσματα έδειξαν ότι **(1)** όσο χαμηλότερη είναι η θεσμική και πολιτιστική απόσταση μεταξύ της χώρας προορισμού και της χώρας καταγωγής του καταναλωτή, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα του καταναλωτή που αναζητά ιατρικό τουρισμό στη χώρα αυτή, **(2)** όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία της μονάδας επεξεργασίας και η αντίληψη της ποιότητας της υπηρεσίας της θεραπείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα της ιατρικής τουριστικής επιχείρησης που παρέχει στον καταναλωτή στην εν λόγω εγκατάσταση και **(3)**, όσο μεγαλύτερη είναι η επιθυμία για προστασία της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας της επιθυμητής θεραπείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα του καταναλωτή να κάνει ιατρικό τουρισμό στο εξωτερικό.

Σύμφωνα με τους Lee και Fernando (2015), οι ασιατικές χώρες φαίνεται να έχουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα όσον αφορά τον ιατρικό τουρισμό και σε σύγκριση με άλλες χώρες, λόγω της υποστήριξης και της προώθησης από τις κυβερνήσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ασιατικές χώρες που ειδικεύονται στην προσέλκυση ιατρικών τουριστών δημιουργούν νέες επιχειρηματικές δραστηριότητες που μπορούν να οδηγήσουν σε μια κερδοφόρα και βιώσιμη τουριστική βιομηχανία στην περιοχή. Αναφέρεται επίσης ότι ορισμένες ασιατικές χώρες έχουν επηρεαστεί από τον δυτικό τρόπο ζωής λόγω των αποικιοκρατών που ζουν εκεί, έτσι ώστε να

είναι σε θέση να παρέχουν στους ασθενείς την κατάλληλη στέγαση, ικανοποιώντας τις ανάγκες τους. Επιπλέον, με έναν αυξανόμενο μορφωμένο ασιατικό πληθυσμό, μαζί με ένα σχετικά φθηνό εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό, το κόστος παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ φθηνότερο σε σχέση με το κόστος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στις δυτικές και ανεπτυγμένες χώρες.

Η μελέτη των Lunt και Carrera (2010) διεξήχθη με τη διανομή ενός δομημένου ερωτηματολογίου σε ξένους ασθενείς 13 νοσοκομείων που είχαν διαπιστευτεί με πιστοποίηση JCI (Joint Commission International), 17 από την NABH (Εθνική Επιτροπή Πιστοποίησης για Νοσοκομεία) και 4 νοσοκομεία που είχαν υποβάλει αίτηση για διαπίστευση NABH. Οι ερωτηθέντες προέρχονταν κυρίως από την Αφρική (51%) και τη Μέση Ανατολή (35%), μεταξύ των ευρημάτων, τα πιο σημαντικά είναι ότι **(1)** οι πιο σημαντικές ιατρικές υπηρεσίες που αναζητούνται είναι οι καρδιακές θεραπείες (30%) και οι ορθοπεδικές διαδικασίες.

Τέλος, η έρευνα της Mckinsey & Company στην Αθήνα (Galanos, 2013) επιβεβαιώνει ότι, ενώ η Ελλάδα πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ταχέως αναπτυσσόμενη αγορά του ιατρικού τουρισμού, στερείται ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης για τη βιομηχανία. Ενδεικτικά, μόνο μία μονάδα είναι διαπιστευμένη από τη Joint Commission International, διεθνή οργανισμό πιστοποίησης για οργανισμούς υγείας, σε σύγκριση με 43 στην Τουρκία, 21 στην Ιταλία και 14 στην Ταϊλάνδη. Παράλληλα, τα ελληνικά νοσοκομεία δεν έχουν ακόμη θεσπίσει επίσημες συμφωνίες με κορυφαία διεθνή νοσοκομεία, τα οποία θα μπορούσαν να ενισχύσουν το διεθνές ιατρικό προφίλ της χώρας. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι ο ιατρικός τουρισμός είναι ανεπαρκώς αναπτυγμένος στην Ελλάδα και σποραδικά μερικές ιδιωτικές ελληνικές κλινικές το παρέχουν.

## **2.2 Ιατρικός Τουρισμός στην Ελλάδα**

Ο ιατρικός τουρισμός είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος τομέας σε διεθνές επίπεδο τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια. Μεταξύ των δύο τμημάτων της, το τμήμα εξωτερικών ασθενών (οδοντιατρική περίθαλψη, ορισμένες αισθητικές διαδικασίες, επιλεγμένη χειρουργική επέμβαση οφθαλμού) είναι το μεγαλύτερο, που είναι 3-4 φορές μεγαλύτερο από το μέγεθος του τμήματος νοσηλείας (καρδιαγγειακές επεμβάσεις, ορθοπεδικές διαδικασίες) (Skountridaki, 2017).

Ο ιατρικός τουρισμός έχει δημιουργήσει ευκαιρίες για πολύ διαφορετικές χώρες να τοποθετηθούν ως ιατρικοί τουριστικοί προορισμοί, από τους παραδοσιακούς προορισμούς

υψηλής ποιότητας / υψηλής τεχνολογίας (Βόρεια Αμερική) έως την ανάπτυξη αγορών υγείας συνδυάζοντας χαμηλό κόστος σε καλή ποιότητα σε εξειδικευμένες παροχές υγείας (πλαστική χειρουργική, οδοντιατρικές θεραπείες, καρδιαγγειακή περίθαλψη).

Ενώ η Ελλάδα έχει ουσιαστικά τη δυνατότητα να ανταγωνιστεί στην ταχέως αναπτυσσόμενη «μεσαία αγορά» του ιατρικού τουρισμού, η χώρα δεν διαθέτει μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική ανάπτυξης (Skountridaki, 2017) του τομέα και την απαραίτητη υποδομή. Ενδεικτικά, διαθέτει μόνο μία διευκόλυνση που είναι διαπιστευμένη από τον Διεθνή Οργανισμό Παρακολούθησης (ΔΟΠ -JCI, Joint Committee International), σε σύγκριση με 43 στην Τουρκία, 21 στην Ιταλία και 14 στην Ταϊλάνδη (Darwazeh, 2011). Ταυτόχρονα, τα ελληνικά νοσοκομεία στερούνται συνεργατικών συμφωνιών με κορυφαία διεθνή ιατρικά ιδρύματα, τα οποία θα αυξήσουν το προφίλ της χώρας σε διεθνές επίπεδο.

Σε τομείς εξωτερικών ασθενών, μολονότι η χώρα διαθέτει διαθέσιμους πόρους, τεχνογνωσία και περιστασιακά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα τιμής (σε τομείς όπως η αναπαραγωγική γονιμότητα), εξακολουθεί να χρειάζεται να καθιερώσει μια φήμη ως ποιοτικό προορισμό (Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015).

Σύμφωνα και με τη νέα στρατηγική κατεύθυνση στον τουρισμό, υπάρχουν πέντε μοχλοί που θα επιτρέψουν στην τοπική βιομηχανία να αποτυπώσει την ευκαιρία ανάπτυξης που παρουσιάζει ο Ιατρικός Τουρισμός (Sarantopoulos, Vicky & Geitona, 2014· Bookman, 2007· Heung, Kucukusta & Song, 2010·, Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015,. Skountridaki, 2017):

1. **Ανάπτυξη εθνικής στρατηγικής** για τη θέση της Ελλάδας στη «μεσαία αγορά» με συγκεκριμένη εστίαση στο προϊόν και στην αγορά. Αυτές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν κυρίως εστίαση στα προϊόντα των εξωτερικών ασθενών (χειρουργική επέμβαση οφθαλμών, καλλυντικά, γονιμότητα, παχυσαρκία, αιμοκάθαρση), με εστιασμένη μόνο εστίαση (καρδιαγγειακή επέμβαση, αντικατάσταση ισχίου) και γεωγραφική εστίαση στη Ρωσία / Μέση Ανατολή και επιλεγμένες χώρες με υψηλότερο κόστος στην ΕΕ (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία). Αυτό θα πρέπει επίσης να συνεπάγεται την εξασφάλιση διεθνών πιστοποιήσεων (JCI) και εταιρικών σχέσεων με παγκόσμια ιατρικά κέντρα / οργανισμούς και κορυφαίους διεθνείς ιατρικούς οργανισμούς (όπως το νοσοκομείο Johns Hopkins, κλινική Cleveland, Sloan Kettering και Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ, Μεσογείου, το ιαπωνικό Νοσοκομείο Tokuda στη Σόφια), προκειμένου να αυξηθεί σημαντικά

το προφίλ των ελληνικών νοσοκομειακών φορέων στο εξωτερικό. Ο ιατρικός τουρισμός θα πρέπει να προωθηθεί στις προαναφερθείσες χώρες-στόχοι, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε σχετικές συνεδρίες ιατρικού τουρισμού, αλλά και της υπογραφής διμερών συμφωνιών με ξένους καλεσμένους (δημόσιους για μη κοινοτικούς, ιδιωτικούς για την ΕΕ και εκτός ΕΕ). Η δημιουργία ισχυρής μάρκας και φήμης για την Ελλάδα ως ιατρικού τουριστικού προορισμού θα ήταν καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία της νέας στρατηγικής.

2. **Δημιουργία σύγχρονων πλαισίων διασφάλισης της ποιότητας**, αδειοδότησης και ελέγχου, ιδίως για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένου μητρώου για την παρακολούθηση ασθενών και διαδικασιών (π.χ. για γονιμότητα). Θα ήταν επίσης σημαντικό να εφαρμοστεί ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας που θα ικανοποιούσε τις απαιτήσεις των οδηγιών της ΕΕ, να βελτιώσει την αντίληψη ποιότητας των ελληνικών κλινικών και να διευκολύνει ενδεχομένως την επιστροφή των διασυννοριακών θεραπειών στην Ελλάδα. Ομοίως, το ισχύον περιοριστικό καθεστώς των εγκαταστάσεων αδειοδότησης και οι διαδικασίες επιλεξιμότητας χειρουργικών επεμβάσεων (επιτρέποντας χειρουργικές επεμβάσεις μόνο σε νοσοκομεία άνω των 60 κλινών) θα μπορούσαν να επικαιροποιηθούν για να επιτρέψουν μεγαλύτερη ευελιξία (π.χ. εγκαταστάσεις σε νησιά, δαπάνες για διαδικασίες που απαιτούν έως και μία ημέρα νοσηλείας χωρίς ωστόσο να θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης).
3. **Ακολουθώντας και διατηρώντας την εξειδίκευση της προσφοράς** για τη μείωση του κόστους μέσω κλίμακας σε βασικές διαδικασίες. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα εξειδίκευσης επικεντρώνοντας στην αποτελεσματική παράδοση διαδικασιών υψηλής απόδοσης σε καλή ποιότητα και χαμηλό κόστος. Ένα παράδειγμα είναι το World Eye Hospital της Τουρκίας, το οποίο χειρίζεται πάνω από 5.500 χειρουργικές επεμβάσεις το μήνα, συμπεριλαμβανομένων 2.000 διεθνών ασθενών.
4. **Αξιοποίηση δικτύων για την προσέλκυση επισκεπτών τουριστών υγείας**. Η παρουσία των ελληνικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό αποτελεί μια καλή βάση για την προώθηση της ελληνικής προσφοράς υγειονομικής περίθαλψης. Άλλα διεθνή παραδείγματα από κορυφαία ιατρικά

κέντρα δείχνουν ότι υπάρχει η ευκαιρία να προσελκυστούν ασθενείς για εξειδικευμένη θεραπεία στη χώρα, ενισχύοντας τις συμμαχίες με ιατρικούς παρόχους και πόρους σε χώρες-κλειδιά και μη ιατρικούς εταίρους (π.χ. εξειδικευμένα ταξιδιωτικά πρακτορεία).

5. **Συμπληρώνοντας την προσφορά με τις απαραίτητες βοηθητικές υπηρεσίες** για ιατρικούς τουρίστες, όπως πολύγλωσση υποστήριξη, υποστήριξη εφοδιαστικής, ηλεκτρονικές διαβουλεύσεις και ηλεκτρονική ανταλλαγή αρχείων με τους ασθενείς, καθώς και στενότεροι δεσμοί με τον ταξιδιωτικό κλάδο (για τον τουρισμό ευεξίας). Αυτό θα μπορούσε επίσης να περιλαμβάνει την ανάπτυξη ολοκληρωμένων «θήρετρων υγείας», όπου μπορούν να προσφέρονται πολλαπλές θεραπείες σε άτομα και ομάδες σε όλο το φάσμα υπηρεσιών υγείας και ευεξίας.

### **2.3 Ελληνικό Συμβούλιο Ιατρικής Τουρισμού - ΕΛΙΤΟΥΡ**

Στην Ελλάδα λειτουργεί το Ελληνικό Συμβούλιο Ιατρικού Τουρισμού ΕΛΙΤΟΥΡ (ΜΚΟ) του οποίου ο κύριος σκοπός είναι να προωθήσει τον τουρισμό υγείας στην Ελλάδα και να συνεργαστεί με αντίστοιχους διεθνείς οργανισμούς σε παγκόσμια θέματα που σχετίζονται με τον ιατρικό τουρισμό. Η ΕΛΙΤΟΥΡ είναι ιδρυτικό μέλος του Παγκόσμιου Συμβουλίου Ταξιδιωτικής Υγείας (Elitour.org, 2018).

Η ΕΛΙΤΟΥΡ είναι υπεύθυνη για την προώθηση της Ελλάδας στο εξωτερικό ως κορυφαίο τουριστικό προορισμό υγείας. Επιπλέον, κύρια δράση της είναι ο συντονισμός των συμμετεχόντων με σκοπό την εξεύρεση κοινού πεδίου και περαιτέρω ανάπτυξης των επιχειρηματικών οντοτήτων τους στον τομέα του τουρισμού υγείας καθώς και η υποστήριξη του κράτους για τη διαμόρφωση κανονισμών και νομοθεσίας για την προώθηση του υγειονομικού τουρισμού στην Ελλάδα (Elitour.org, 2018).

Προσφέρει τεχνογνωσία και εξατομικευμένη κατάρτιση για προγράμματα διαπίστευσης ενώ φροντίζει για την ανάπτυξη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών του με διεθνείς οργανισμούς ιατρικού τουρισμού. Η ΕΛΙΤΟΥΡ είναι ιδρυτικό μέλος του «Παγκόσμιου Συμβουλίου Ταξιδιωτικής Υγείας» και για την πραγματοποίηση των δράσεων της κάνει προσφυγή σε ποικίλες πηγές χρηματοδότησης έργων και επιχειρήσεων κοινού ενδιαφέροντος (Elitour.org, 2018).

Επιπλέον, η ΜΚΟ ΕΛΙΤΟΥΡ στοχεύει στη διοργάνωση roadshow σε συνεργασία με το υπουργείο τουρισμού σε Αθήνα, Ηράκλειο και Θεσσαλονίκη. Έχει ως σκοπό τη διοργάνωση του Global Conference of medical tourism, στην Ελλάδα, με τη συμμετοχή όλων των χωρών μελών της Global Healthcare Travel Council. Επιπλέον, στις δράσεις της συγκαταλέγονται διεθνές προγράμματα εκπαίδευσης με αντικείμενο την επαγγελματική εξειδίκευση και πιστοποίηση για ειδικούς συντονιστές διαμεσολαβητές Ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα (Κοκορότσικος, 2018).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3. Θεσμικό Πλαίσιο Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι ευρωπαίοι ασθενείς μπορούν να αναζητήσουν χρηματοδοτούμενη από το κράτος υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό εντός της Ευρώπης υπό διάφορες συνθήκες - ως τουρίστες που χρειάζονται επείγουσα περίθαλψη, όταν ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό, ή ταξιδεύοντας ειδικά για να λάβουν φροντίδα. Το σχέδιο οδηγίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αποσκοπεί στο να καθορίσει οριστικά τα δικαιώματα των ασθενών για να λαμβάνουν δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Ένας υφιστάμενος κανονισμός του 2004, μαζί με διάφορες αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου σχετικά με την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών πέραν των συνόρων εντός της Ευρώπης, σημαίνει ότι οι ασθενείς έχουν ήδη μια σειρά δικαιωμάτων να αναζητούν προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (χώρες της ΕΕ συν Ισλανδία, Λιχτενστάιν και Νορβηγία) και στην Ελβετία. Η οδηγία αποτελεί προσπάθεια κωδικοποίησης των διαφόρων δικαστικών αποφάσεων και αποσαφήνισης των σημερινών γκρίζων περιοχών.

#### 3.1 Το Ισχύον Νομικό Καθεστώς

Υπάρχουν δύο κύριες νομικές οδοί μέσω των οποίων οι ευρωπαίοι πολίτες μπορούν να ζητούν και να έχουν πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό εντός της Ευρωπαϊκή Οικονομικής Περιοχής. Το ένα βασίζεται σε έναν κανονισμό του 2004 σχετικά με τη δυνατότητα μεταφοράς των δικαιωμάτων κοινωνικής ασφάλισης, γνωστός ως οδός E112 (τώρα S2), μετά το διοικητικό έντυπο που πρέπει να εκδοθεί πριν το ταξίδι (άρθρο 22, κανονισμός 1408/71, πρόσφατα αναδιατυπωμένος όπως τα άρθρα 20 και 27 παράγραφος 3 του κανονισμού ΕΚ 883/2004 – (Παράρτημα Ι) (Eur-lex.europa.eu, 2018). Το άλλο προέρχεται από την απαγόρευση κάθε περιορισμού της παροχής υπηρεσιών στα σύνορα της ΕΕ, όπως ορίζεται στο άρθρο 56 της Συνθήκης της Λισαβόνας (Παράρτημα ΙΙ) (Eur-lex.europa.eu, 2018). Το τι σημαίνει αυτό για τους ασθενείς και τις υπηρεσίες υγείας έχει οριστεί από διάφορες αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και το Υπουργείο Υγείας ενώ έχει θεσπίσει νομικά δεσμευτικούς



κανονισμούς και κατευθυντήριες γραμμές για τις εμπιστοσύνη πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCTs), καθορίζοντας τις υποχρεώσεις τους.

Οι ασθενείς που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου έχουν σήμερα τα ακόλουθα δικαιώματα:

**Ταξίδι στο εξωτερικό για μη νοσοκομειακή περίθαλψη.** Εάν οι ασθενείς χρησιμοποιούν το E112, η θεραπεία που αναζητούν πρέπει να είναι κάτι που θα δικαιούνταν να λάβουν στο σπίτι και συνήθως πρέπει να ζητήσουν προηγούμενη έγκριση από τον επίσημο επίτροπο ή το ασφαλιστικό τους σύστημα πριν ταξιδέψουν (κάτι που πρέπει να χορηγηθεί εάν ο ασθενής αντιμετώπισε «αδικοιολόγητη καθυστέρηση»). Ο επίτροπος καταγωγής πληρώνει απευθείας τον πάροχο και πρέπει να καταβάλει το ποσό που συνήθως επιστρέφεται από το κράτος στη χώρα στην οποία ταξιδεύει ο ασθενής, ακόμα και αν αυτό υπερβαίνει το κόστος της θεραπείας. Ο ασθενής έχει πρόσβαση στη φροντίδα μόνο στις δημόσιες εγκαταστάσεις. Σύμφωνα με τη διαδρομή του άρθρου 56 και τους συναφείς νέους κανονισμούς του 2010, ο ασθενής για την ίδια τη θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιήσει ιδιωτικές ή δημόσιες εγκαταστάσεις, και στη συνέχεια επιστρέφεται από τον επίτροπό του στο σπίτι μέχρι το επίπεδο που θα είχε το κόστος στο σπίτι (ή το πραγματικό κόστος. Η προηγούμενη έγκριση δεν απαιτείται, υπό τον όρο ότι η θεραπεία είναι ιατρικά αναγκαία, είναι η ίδια ή ισοδύναμη με τη θεραπεία που θα λάμβανε στο σπίτι και δεν απαιτεί διανυκτέρευση ή καταστολή ή ορισμένα είδη αναισθησίας.

**Ταξίδι στο εξωτερικό για προγραμματισμένη νοσοκομειακή περίθαλψη.** Οι ασθενείς E112 θα απαιτούν προηγούμενη έγκριση από τον επίτροπο καταγωγής τους. Σύμφωνα με τους κανονισμούς του 2010 σχετικά με τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τη διαδρομή του άρθρου 56 (Παράρτημα III), απαιτείται προηγούμενη έγκριση για θεραπεία που συνεπάγεται καταστολή, αναισθησία ή διανυκτέρευση σε νοσοκομείο και για οποιαδήποτε υπηρεσία που δεν είναι η ίδια ή ισοδύναμη με μια υπηρεσία που το PCT θα θέσει στη διάθεση ο ασθενής. Όπως και για την έξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ασθενείς E112 έχουν το κόστος που καταβάλλεται απευθείας από τον επίτροπό τους στον πάροχο, ενώ οι ασθενείς του άρθρου 56 πρέπει να πληρώσουν το ίδιο το κόστος και να ζητήσουν επιστροφή. Και πάλι, οι ασθενείς του άρθρου 56 μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες, ενώ οι ασθενείς E112 περιορίζονται σε δημόσιες εγκαταστάσεις.

**Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη** σε μια χώρα όπου εργάζονται και ζουν είτε στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο είτε στην Ελβετία, στην ίδια βάση με τους πολίτες αυτής της

χώρας (Κανονισμός ΕΚ 883/2004) (Παράρτημα IV). Ο επίτροπος ή ασφαλιστής του ασθενούς (για παράδειγμα, ο ΡCΤ) πρέπει να πληρώσει απευθείας τον πάροχο.

**Απόκτηση πρόσβασης σε οποιαδήποτε επείγουσα θεραπεία** χρειάζονται ενώ είναι επισκέπτης σε χώρα του ΕΟΧ ή στην Ελβετία με την ίδια βάση με τους πολίτες αυτής της χώρας, εφόσον διαθέτουν Ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας (ΕΚΑΑ) (Κανονισμός ΕΚ 883/2004) (Παράρτημα IV). Ο επίτροπος ή το ασφαλιστικό σύστημα του ασθενούς πρέπει να πληρώσουν απευθείας τον πάροχο. Αυτό το δικαίωμα δεν ισχύει εάν ο μόνος λόγος για ταξίδι είναι να λάβει ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό (αν και αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να αποδειχθεί).

Έτσι οι κύριες διαφορές μεταξύ των δύο διαδρομών είναι ότι:

- Σύμφωνα με τη διαδρομή E112, ο ασθενής μπορεί να πάει μόνο σε δημόσιες και όχι ιδιωτικές εγκαταστάσεις, ο ασθενής πρέπει σχεδόν πάντα να ζητήσει προηγούμενη άδεια από τον επίτροπό του και ο πάροχος φροντίδας πληρώνεται απευθείας από τον επίτροπο του ασθενούς
- Σύμφωνα με τη διαδρομή του άρθρου 56, ο ασθενής μπορεί να μεταβεί σε ιδιωτικές και δημόσιες εγκαταστάσεις και χρειάζεται προηγούμενη άδεια για ορισμένες μορφές νοσοκομειακών και μη νοσοκομειακών θεραπειών, αλλά πρέπει να πληρώσει για την ίδια τη φροντίδα και στη συνέχεια να ζητήσει επιστροφή από τον Επίτροπό τους.

Επιπλέον, η διαδρομή E112 περιλαμβάνει ταξίδια προς και από την Ελβετία, καθώς και εντός του ΕΟΧ, αλλά η διαδρομή του άρθρου 56 ισχύει μόνο για τις χώρες του ΕΟΧ.

Το σχέδιο οδηγίας της ΕΕ για την κινητικότητα των ασθενών που διέρχεται επί του παρόντος από την ευρωπαϊκή νομοθετική διαδικασία αποσκοπεί στην αποσαφήνιση του τρόπου με τον οποίο μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη τα εν λόγω δικαιώματα και να διασφαλίσει ότι, όταν οι ασθενείς ταξιδεύουν εντός της ΕΕ για την υγειονομική τους περίθαλψη, η φροντίδα που λαμβάνουν είναι ασφαλής και αποτελεσματική.

Αρχικά αναμενόταν ότι και οι δύο υφιστάμενες νομικές οδοί πρόσβασης στην περίθαλψη θα εξακολουθήσουν να ισχύουν μετά την επικύρωση οποιασδήποτε οδηγίας. Ωστόσο, υπάρχει κάποια έλλειψη σαφήνειας σχετικά με αυτό και η επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνέστησε το 2009 ότι οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων της ΕΕ θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης των σχετικών τμημάτων του κανονισμού του 2004 στο κείμενο της οδηγίας

Η ενημέρωση αυτή βασίζεται στο σχέδιο της οδηγίας που δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2009 (Regulations, 2009).

- **Οι κανόνες επιστροφής για την υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό έχουν αποσαφηνιστεί.** Η αρχή είναι ότι τα έξοδα στα οποία υποβάλλονται οι ασθενείς θα πρέπει να επιστραφούν στο επίπεδο του κόστους της θεραπείας στην πατρίδα τους, υπό τον όρο ότι αυτό δεν υπερβαίνει το πραγματικό κόστος θεραπείας. Οι ασθενείς θα πρέπει να πληρώσουν εκ των προτέρων αυτές τις δαπάνες μόνο εάν θα το έκαναν κανονικά, διαφορετικά θα πρέπει να οργανωθεί άμεση πληρωμή μεταξύ του επίσημου επιτρόπου και του παρόχου. Αυτό θα σήμαινε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με NHS που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για θεραπεία σύμφωνα με το άρθρο 56 δεν θα έπρεπε πλέον να ζητούν αναδρομική επιστροφή. Τα κράτη μέλη θα μπορούσαν επίσης να επιλέξουν να καλύψουν άλλες συναφείς δαπάνες, όπως η θεραπευτική αγωγή, τα έξοδα διαμονής και τα έξοδα ταξιδιού.
- Οι πάροχοι υπηρεσιών δεν θα είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν ή να δίνουν προτεραιότητα στη φροντίδα των **πολιτών της ΕΕ που δεν έχουν την ιθαγένεια** όταν θα επηρεάσουν αρνητικά τη μεταχείριση των υπηκόων με παρόμοια ανάγκη. Για παράδειγμα, εάν η αύξηση της ζήτησης για συγκεκριμένη μεταχείριση από μη κατοίκους, οδήγησε τους κατοίκους της περιοχής που περιμένουν να έχουν πρόσβαση σε αυτή τη θεραπεία, η διάταξη αυτή θα επιτρέψει στους παρόχους να κάνουν διακρίσεις υπέρ των κατοίκων τους.
- Σε περίπτωση **επιπλοκών** ή απαιτούμενης **παρακολούθησης**, το κράτος καταγωγής θα πρέπει να παρέχει φροντίδα σε κάποιον που έχει λάβει θεραπεία στο εξωτερικό στην ΕΕ.
- Οι **συνταγές** που εκδίδονται σε άλλο κράτος της ΕΕ θα πρέπει να αναγνωρίζονται σε όλα τα κράτη της ΕΕ.
- Θα πρέπει να δημιουργηθούν **εθνικά σημεία επαφής** σε όλες τις χώρες της ΕΕ για την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και τους επαγγελματίες σχετικά με τη διαθέσιμη περίθαλψη στην αντίστοιχη χώρα τους και σε γλώσσες και μορφές που μπορούν να κατανοήσουν όλοι οι πολίτες της ΕΕ.
- Τα **συστήματα πληροφοριών και επικοινωνιών** στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την ΕΕ πρέπει να καταστούν διαλειτουργικά.

## 3.2 Ζητήματα των Διατάξεων περί Κινητικότητας

Οι ισχύοντες κανόνες κινητικότητας των ασθενών έχουν διαφορετικές επιπτώσεις για τους επιτρόπους και τους παρόχους περίθαλψης και για τις δύο ομάδες προσφέρουν δυνητικές ευκαιρίες καθώς και κινδύνους.

### 3.2.1 Ευκαιρίες και προκλήσεις για τους επιτρόπους

Θεωρητικά, οι κανόνες ανοίγουν ευκαιρίες για τους επιτρόπους να κάνουν χρήση παρόχων σε άλλα μέρη της Ευρώπης. Μερικοί εκπρόσωποι των PCT ανέφεραν ότι έχουν αναθέσει ενεργά τη φροντίδα από παρόχους υπηρεσιών στη Γαλλία, τις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο - πρωτίστως ως μέσο μείωσης των χρόνων αναμονής και, σε μια περίπτωση, της διαθεσιμότητας κοινοτικής οδοντιατρικής (Cross Border Healthcare and Patient Mobility in Europe, 2013).

Σε άλλες περιοχές της Ευρώπης, οι αρμόδιοι για την υγειονομική περίθαλψη και οι ασφαλιστές ήταν πιο καινοτόμοι εκμεταλλευόμενοι ευκαιρίες για καλύτερη ή και φθηνότερη υγειονομική περίθαλψη. Διάφορα παραδείγματα είναι τα εξής: Οι Γερμανοί ασφαλιστές ΑΟΚ αγοράζουν θεραπεία στα από παρόχους στην Τσεχική Δημοκρατία. Η Φινλανδία ανέθεσε την πλαστική χειρουργική σε παρόχους στην Εσθονία και οι Επίτροποι Υγείας τόσο στη Νορβηγία όσο και στις Κάτω Χώρες έχουν ρυθμίσεις για την αγορά στήριξης για τους συνταξιούχους τους που προτιμούν να ζουν στην Ισπανία. Είναι επίσης ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι τα περισσότερα από τα παραδείγματα δεν σχετίζονται με την «υγειονομική περίθαλψη» του είδους που το NHS τείνει να αναθέσει στους ασθενείς του (Caballero-Danell & Mugomba, 2007).

Τα κύρια ζητήματα που μπορούν να αντιμετωπίσουν οι επίτροποι κατά τη διεκπεραίωση των μεμονωμένων αιτήσεων αφορούν την ισότητα πρόσβασης σε φροντίδα για τους πληθυσμούς που εξυπηρετούν την πολυπλοκότητα του χειρισμού των διευθετήσεων δύο επιπέδων: καθήκον τους να διασφαλίζουν ότι η φροντίδα που παρέχεται από τους ευρωπαϊούς παρόχους είναι ασφαλής και αποτελεσματική· και προστίθενται οι προκλήσεις γύρω από τη διανομή θεραπείας (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

**Δικαιοσύνη.** Καθώς οι χρόνοι αναμονής μειώθηκαν, υπάρχει λιγότερη πιθανότητα οι άνθρωποι να αναζητήσουν θεραπεία στο εξωτερικό λόγω αδικαιολόγητης καθυστέρησης. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες υπηρεσίες όπου παραμένουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής και όπου οι καθυστερήσεις ενδέχεται να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η

θεραπεία της υπογονιμότητας είναι ένα παράδειγμα. Όπου οι επίτροποι προσφέρουν περιορισμένο μόνο αριθμό κύκλων για τη θεραπεία της γονιμότητας ή / και έχουν αυστηρά όρια ηλικίας για την πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής καθίστανται όλο και περισσότερο προβληματικοί για τις γυναίκες καθώς πλησιάζουν τα όρια ηλικίας. Δεν είναι όλες οι γυναίκες πρόθυμες να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για θεραπεία, αλλά οι Επίτροποι μπορεί να χρειαστεί να εξετάσουν τα ζητήματα που αφορούν την ισότητα που εμπλέκονται σε πιθανές αιτήσεις. Πρώτον, υπάρχει το θέμα της συνειδητοποίησης της δυνατότητας να αναζητηθεί θεραπεία στο εξωτερικό. Δεύτερον, υπάρχουν οι οικονομικές επιπτώσεις για όσους μπορεί να θέλουν θεραπεία, αλλά δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τα έξοδα ταξιδιού ή τυχόν πρόσθετα ασφάλιστρα που ενδεχομένως θα πρέπει να πληρώσουν εάν η θεραπεία είναι ακριβότερη. Τρίτον, υπάρχουν σκέψεις σχετικά με το κατά πόσον τα άτομα που μπορούν να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία στο εξωτερικό πρέπει να υποστηριχθούν για να αποκτήσουν ταχύτερη πρόσβαση στη θεραπεία από όσους παραμένουν στο σπίτι. Δεν υπάρχουν εύκολες απαντήσεις εδώ, αλλά οι Επίτροποι θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι το καθήκον τους για δίκαιη μεταχείριση των ασθενών αντικατοπτρίζεται στις τοπικές τους διαδικασίες για την εξέταση αιτήσεων για θεραπεία στο εξωτερικό, προκειμένου να αποφευχθούν οι διακρίσεις ή να συμβάλουν άθελά στη διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία και στην πρόσβαση στην περίθαλψη (Caballero-Danell & Mugomba, 2007).

**Ποιότητα και καθήκον φροντίδας.** Σημαντικό ποσοστό των ασθενών που υποβάλλουν αιτήσεις για θεραπεία στο εξωτερικό είναι πιθανό να έχουν κάνει την έρευνά τους για το ποια χώρα θέλουν να ταξιδέψουν και ποιος πάροχος θέλουν να αναλάβει τη φροντίδα τους. Αλλά σαφώς οι εξωχώριοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας δεν καλύπτονται από τους ίδιους κανονισμούς όπως εκείνοι στην χώρα τους και θα είναι πιο δύσκολο για τους Επιτρόπους να ελέγξουν την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο εξωτερικό. Κάθε μεμονωμένο ερώτημα από ασθενείς μπορεί να χρειαστεί αρκετές ώρες έρευνας σε περιοχές όπου τα δεδομένα μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθούν και η γλώσσα μπορεί να παρουσιάσει εμπόδιο. Το ίδιο επίπεδο ελέγχου ενδέχεται να μην υπάρχει σε άλλες χώρες. Οι Επίτροποι πρέπει να εξετάσουν την ποιότητα της περίθαλψης που χρηματοδοτούν και τα τυχόν συναφή έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας (Caballero-Danell & Mugomba, 2007).

**Ροή θεραπειάς.** Οι επικείμενες πιέσεις στα οικονομικά του ασφαλιστικού φορέα θα μπορούσαν να προσθέσουν ένα ακόμη επίπεδο πολυπλοκότητας στις διαδικασίες έγκρισης και

αποζημίωσης για θεραπεία στο εξωτερικό. Τα PCT ενδέχεται να επιδιώξουν να αποκλείσουν ορισμένες θεραπείες ή να εισαγάγουν αυστηρότερα όρια διαχείρισης των παραπομπών ως μέσο μείωσης των δαπανών τους. Αυτό θα μπορούσε να προκαλέσει μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τους ασθενείς για θεραπεία σε άλλα μέρη της Ευρώπης, εάν το αντιληφθούν αυτό ως τρόπο «να πλησιάσουν τους κανόνες». Οι τοπικές πολιτικές PCT μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δικαιολογία για την άρνηση των αιτήσεων E112 από ασθενείς που αναζητούν θεραπεία στο εξωτερικό, αλλά δεν εμποδίζουν την αναζήτηση διεθνούς θεραπείας (η οποία δεν απαιτεί κυρίως προηγούμενη έγκριση) σύμφωνα με τη διαδρομή του άρθρου 56. Ένας άλλος τομέας κινδύνου για τα PCT είναι εκείνοι που δεν αποκλείουν ρητά τις θεραπείες αλλά αρνούνται τις αιτήσεις από ασθενείς που αναζητούν θεραπείες στο εξωτερικό, όχι μόνο για λόγους οικονομικούς παρά για κλινικούς, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος πιθανής νομικής πρόκλησης (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

### 3.2.2 Ευκαιρίες και προκλήσεις για τους παρόχους

Η κινητικότητα των ασθενών σε όλη την Ευρώπη παρουσιάζει τρεις ιδιαίτερες προκλήσεις για τους μη υπηκόους της ΕΕ, όσον αφορά την επιστροφή των εξόδων, την κλινική διακυβέρνηση και την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

**Αποζημίωση.** Η διασφάλιση της αποζημίωσης για τις θεραπείες είτε στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης υγείας είτε μέσω της διαδρομής E112 μπορεί να είναι δύσκολη. Δεν θα έχουν όλες οι χώρες συστήματα έγκρισης και μεταφοράς των απαραίτητων κεφαλαίων και ενδέχεται να χρειαστεί χρόνος για να διευθετηθούν οι απαιτήσεις. Όπου υπάρχουν προγραμματισμένες θεραπείες, οι πάροχοι μπορεί να αντιμετωπίσουν πολλαπλές συννοσηρότητες που μπορούν να κλιμακώσουν το πραγματικό κόστος της περίθαλψης πέρα από το χρηματοδοτούμενο όριο. Ενώ ο ασφαλιστής / επίτροπος του ασθενούς υποχρεούται να πληρώσει, αυτές οι καταστάσεις θα μπορούσαν να προσθέσουν καθυστερήσεις στις διαδικασίες αποζημίωσης (Widdows, 2011).

**Κλινική διακυβέρνηση.** Οι πάροχοι πρέπει να είναι σαφείς όταν αρχίζουν και τελειώνουν οι ευθύνες τους για τη φροντίδα των ασθενών. Η υγειονομική περίθαλψη δεν μπορεί να είναι μια δραστηριότητα που βασίζεται αποκλειστικά στο μενού. Ενώ οι ασθενείς μπορεί να έχουν προηγούμενη έγκριση για μια συγκεκριμένη θεραπεία, μπορεί να προκύψουν επιπλοκές, οι κλινικοί γιατροί μπορεί να διαφέρουν ως προς την ερμηνεία των αναγκών του ασθενούς ή τους

κινδύνους που συνδέονται με τις θεραπείες και οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από πολλαπλούς όρους διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους έχουν ζητήσει θεραπεία (Widdows, 2011).

Οι ρυθμίσεις για την αποστολή και τη λήψη ιατρικών αρχείων απαιτούν διευκρίνιση, ιδίως όταν αυτές είναι σε διαφορετική γλώσσα. Επιπλέον, δεν είναι σαφές εάν η ευθύνη για τη χρηματοδότηση της μετάφρασης των κλινικών αρχείων ανήκει στην οργάνωση παροχής παροχών, στον επίτροπο ή στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Caballero-Danell & Mugomba, 2007).

**Αυξημένη ζήτηση.** Η οδηγία για την κινητικότητα των ασθενών μπορεί να ενθαρρύνει περισσότερους ασθενείς να ταξιδεύουν σε χώρες, όπου η ζήτηση για υπηρεσίες είναι υψηλή, υπάρχει ο κίνδυνος οι κάτοικοι της περιοχής να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Δεδομένου του σχετικά υψηλού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης σε κάποιες χώρες και της σχετικά ισορροπημένης εισροής και εκροής ασθενών μέχρι σήμερα, ο φόβος αυτός μπορεί να μην είναι βάσιμος. Επιπλέον, η οδηγία θα επέτρεπε στους παρόχους να αρνηθούν να παρέχουν ή να δώσουν προτεραιότητα στην περίθαλψη για τους πολίτες της ΕΕ που δεν διαμένουν, εφόσον η παροχή θεραπείας θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στον τοπικό πληθυσμό. Η διάταξη αυτή μπορεί να είναι πιο κατάλληλη για τους παρόχους στην ηπειρωτική Ευρώπη, όπου υπάρχει μεγαλύτερη κυκλοφορία ανθρώπων πέρα από τα σύνορα των χωρών (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009).

Η οδηγία για την κινητικότητα των ασθενών παρουσιάζει επίσης ευκαιρίες για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τόσο στην εμπορία των υπηρεσιών τους σε ασθενείς σε άλλες χώρες της ΕΕ όσο και στην αναζήτηση συμφωνιών συνεργασίας ή κοινοπραξιών με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009). Οι εκπρόσωποι των σεμιναρίων έδωσαν αρκετά παραδείγματα συμμαχιών παροχής υπηρεσιών και κοινοπραξιών, όπως παρόχους κοντά στα εθνικά σύνορα στην Ιταλία και τη Σλοβενία, τη Γαλλία και το Βέλγιο, αναπτύσσοντας νέες υπηρεσίες διαμοιράζοντας εγκαταστάσεις και προσωπικό. Οι συνεργασίες αυτές είναι πιο απλές για τις οργανώσεις που εργάζονται στην ηπειρωτική Ευρώπη. Ωστόσο, οι εξελίξεις στην τηλεϊατρική, όπως η ανταλλαγή ψηφιακών ακτινολογικών εικόνων που επιτρέπουν τη διερμηνεία από απόσταση, παρουσιάζουν επίσης ευκαιρίες για διασυνοριακές συμμαχίες, χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να ταξιδέψει εκτός χώρας (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

Τέλος, υπάρχει επίσης μια ευκαιρία για κεφάλαια με ισχυρό εμπορικό σήμα ή για προσφορά εξειδικευμένων θεραπειών με υψηλά ποσοστά επιτυχίας για να ενθαρρυνθούν οι αιτήσεις από τους τουρίστες υγείας ως μέσο αύξησης του εισοδήματος (Widdows, 2011).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Ελλάδα – Θεσμικό και Νομικό Πλαίσιο

Νομικό και θεσμικό πλαίσιο είναι κάθε κανονισμός που λαμβάνει υπόψη βασικά και κρίσιμα ζητήματα προκειμένου να διασφαλιστεί η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στον ιατρικό τουρισμό. Στην Ελλάδα, πρέπει να τηρούνται κάποιες αυστηρές προδιαγραφές προκειμένου τα ιατρικά κέντρα και τα κέντρα τουρισμού υγείας να μπορούν να δέχονται ασθενείς από το εξωτερικό και να λειτουργούν με ασφάλεια και υπευθυνότητα.

Το βασικό νομικό πλαίσιο λειτουργίας για τον ιατρικό τουρισμό αφορά:

- **Την έγγραφη συγκατάθεση του ασθενή**, το οποίο θεωρείται απαραίτητο βήμα για να γίνει δεκτή η περίθαλψή του.
- **Τα νομικά ζητήματα ταξιδιού και οι απαιτούμενες διαδικασίες**, που αφορά το νομικό πλαίσιο που βρίσκεται σε ισχύ για την εκάστοτε χώρα. Μπορεί να αφορά ενέργειες που ο ασθενής πρέπει να κάνει και αφορούν ταξιδιωτικά έγγραφα, βίζα κ.α. Επίσης, εδώ εξετάζονται και οι περιορισμοί που μπορεί να αποκλείσουν έναν ασθενή από επίσκεψη σε κάποια χώρα για ιατρικούς λόγους.
- **Τη νομική εκπροσώπηση του ασθενή στη χώρα υποδοχής**, το οποίο αφορά τα δικαιώματα του ασθενή στη δυνατότητα να ορίζει εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για τη λήψη κάποιας απόφασης.
- **Τις πληρωμές, απαιτήσεις και ασφαλιστικά θέματα για την κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών**. Αφορά κυρίως περιπτώσεις δαπανηρών περιθάλψεων καθώς και τη δυνατότητα πληροφόρησης που οφείλει να προσφέρει η χώρα υποδοχής.
- **Τη διακίνηση και διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών των διεθνών ασθενών**.
- **Την ιδιωτικότητα και ατομικότητα του ασθενή**, που αφορά τα προσωπικά δεδομένα του ατόμου που διασφαλίζονται από τις αρχές του κράτους και τις ρυθμιστικές αρχές υγειονομικής περίθαλψης.
- **Την ιατρική αμέλεια με κάλυψη της αστικής ευθύνης**. Αποτελεί μείζον νομικό θέμα καθώς αφορά ενδεχόμενες επιπλοκές που ίσως προκύψουν. Ο ασθενής, έχει

δικαίωμα να γνωρίζει εκ των προτέρων τα δικαιώματα του (αποζημίωση, περαιτέρω απαιτήσεις κ.α.).

Τέλος, ο νόμος 4213 ΦΕΚ Α 261/09.12.2013 (ΕΤ, 2018) θεωρείται συμμόρφωση του εθνικού δικαίου με την οδηγία 2011/24 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eur-lex.europa.eu, 2018). Σύμφωνα με τον νόμο 4213 τα δικαιώματα των ασθενών εξασφαλίζονται στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

Το Υπουργείο Τουρισμού ένωσε τις δυνάμεις του με αντίστοιχους θεσμικούς φορείς για τη δημιουργία ενός θεσμικού και τεχνολογικού πλαισίου για την ανάπτυξη και την εμπορία των εθνικών προϊόντων ιατρικού τουρισμού. Το νέο πλαίσιο στοχεύει στην υποστήριξη και την τυποποίηση της ανάπτυξης και προώθησης προϊόντων ιατρικού τουρισμού από οποιονδήποτε σωματείο, οργανισμό και επιχείρηση που επιθυμεί να προσφέρει τα προϊόντα σε Έλληνες ή ξένους καταναλωτές (Paraskou & George, 2017).

Το θεσμικό πλαίσιο αποτελεί τη βάση για την επεξεργασία και τη θέσπιση ενός επίσημου νομοθετικού πλαισίου που θα περιγράφει την εμπορική και οικονομική χρήση αυτών των προϊόντων. Το τεχνολογικό πλαίσιο περιγράφει τις απαραίτητες λεπτομέρειες για την εκπόνηση ενός ιστοτόπου για την προώθηση των προϊόντων ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα και τη δημιουργία αιτήσεων για την εμπορική και οικονομική διαχείριση τους. Το πλαίσιο ενισχύει τον ιατρικό τουρισμό ως σημαντική δραστηριότητα για τη βιομηχανία και την εθνική οικονομία. (Γείτονα-Σαραντοπουλος 2015).

Ο τουρισμός είναι ένας σημαντικός οικονομικός τομέας στην Ελλάδα. Ο τουρισμός συνέβαλε άμεσα στην ελληνική οικονομία το 2013 με 8,5 δισ. Ευρώ, δηλαδή το 5,3% του ΑΕΠ. Ο τουρισμός είναι επίσης σημαντική πηγή απασχόλησης, απασχολώντας άμεσα περίπου 320 000 άτομα ή ποσοστό 9,1% της συνολικής απασχόλησης (Antonakakis, Dragouni & Filis, 2015).

Περίπου 22 εκατομμύρια διεθνείς επισκέπτες επισκέφθηκαν την Ελλάδα το 2014, δημιουργώντας έσοδα ύψους 13,4 δισεκατομμυρίων ευρώ, ενώ αυξήθηκαν οι λειτουργίες αδειοδότησης και παρακολούθησης του Ε.Ο.Τ., συμπεριλαμβανομένων των 14 περιφερειακών γραφείων του, μεταφέρθηκαν στο Υπουργείο (Paraskou & George, 2017). Τα Περιφερειακά Γραφεία έχουν την ευθύνη για την αδειοδότηση και τον έλεγχο των τουριστικών επιχειρήσεων, τη διενέργεια ποιοτικού ελέγχου, την παρακολούθηση της επίσημης ταξινόμησης και την επιβολή διοικητικών κυρώσεων στις τουριστικές επιχειρήσεις (Sarantopoulos, Vicky & Geitona, 2014).

Σε τοπικό επίπεδο, οι αρχές (περιφέρειες και δήμοι) καταρτίζουν και εφαρμόζουν προγράμματα και δραστηριότητες για την ανάπτυξη και την προώθηση του τουρισμού στις περιοχές τους. Ωστόσο, όλες οι δημόσιες αρχές υποχρεούνται να λάβουν εκ των προτέρων έγκριση των δραστηριοτήτων προώθησης από τον ΕΟΤ, με σκοπό την εναρμόνιση των εκστρατειών τους με τη γενική στρατηγική προώθησης του τουρισμού της χώρας (Antonakakis, Dragouni & Filis, 2015).

Το 2013, διάφορα τουριστικά κέντρα εκπαίδευσης και κατάρτισης, τα οποία διαχειρίζονταν προηγουμένως ο Οργανισμός Τουριστικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΟΤΕΚ), μεταφέρθηκαν στο Υπουργείο ως Περιφερειακές Μονάδες Τουρισμού (Paraskou & George, 2017). Το Ελληνικό Επιμελητήριο Ξενοδοχείων (ΕΕΞ) είναι δημόσιος φορέας που εποπτεύεται από το Υπουργείο, τα μέλη του οποίου είναι ξενοδοχεία που λειτουργούν στην Ελλάδα. Από τον Ιανουάριο του 2015 έγινε η αρμόδια αρχή, υπεύθυνη για την επίσημη ταξινόμηση ξενοδοχείων, δωματίων και διαμερισμάτων προς ενοικίαση (Sarantopoulos, Vicky & Geitona, 2014).

Το 2014, ο υπουργικός προϋπολογισμός για τον τουρισμό ήταν 74 εκατομμύρια ευρώ. Από αυτά, τα 27 εκατ. Ευρώ ήταν ο τακτικός προϋπολογισμός και τα άλλα 47 κάλυπταν το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων (32 εκατ. Ευρώ συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση και 15 εκατ. Εθνικά χρηματοδοτούμενα). Το 2014, ο Ε.Ο.Τ. είχε προϋπολογισμό 11,3 εκατ. Ευρώ, κυρίως για να καλύψει τη δραστηριότητα του τουριστικού μάρκετινγκ (Paraskou & George, 2017).

Το 2013-14, η Ελλάδα εφάρμοσε πρόγραμμα «Τουρισμός για όλους» σε περιόδους χαμηλής τουριστικής ζήτησης. Αυτές οι επιδοτούμενες επιχειρήσεις τουριστικού καταλύματος προκειμένου να παρέχουν χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες με διακοπές χαμηλού κόστους. Το πρόγραμμα ήταν δημοφιλές στους τουρίστες και στις συμμετέχουσες επιχειρήσεις. Βοήθησε στην προώθηση του εγχώριου τουρισμού και οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά πληρότητας και σε μια εκτεταμένη τουριστική περίοδο, ενισχύοντας έτσι την απασχόληση και βελτιώνοντας τη ρευστότητα για τη βιομηχανία (Kuznetsov et al., 2017).

Το 2014-2015 εφαρμόστηκε πρόγραμμα από το Υπουργείο για την κατάρτιση των εργαζομένων και των εποχικά ανέργων στην τουριστική βιομηχανία στην Ελλάδα. Χρηματοδοτήθηκε από το εθνικό μηχανισμό του εθνικού στρατηγικού πλαισίου αναφοράς και ευθυγραμμίστηκε με τις στρατηγικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την απασχόληση, την επαγγελματική κατάρτιση και τους ανθρώπινους πόρους. Ο στόχος ήταν να βοηθηθούν οι άντρες

που δεν έχουν επαγγελματική κατάρτιση, ορισμένοι από τους οποίους είχαν ήδη εργαστεί στον τομέα του τουρισμού, προκειμένου να λαμβάνουν επαρκή κατάρτιση που θα τους παρέχει τις απαραίτητες δεξιότητες για να καταστούν ανταγωνιστικότερες στην αγορά εργασίας (Kuznetsov et al., 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Σχέδιο Δράσης Ηλεκτρονικής Υγείας Κύπρου 2020

Η Κύπρος, ευθυγραμμίζεται με τις απαιτήσεις διαλειτουργικότητας (τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και μεταξύ των χωρών μελών της ΕΕ) στο πλαίσιο του σχεδίου δράσης για την ηλεκτρονική υγεία 2012-2020 (Union, 2012) και ανταποκρινόμενη στα κοινωνικά αιτήματα για διασυνοριακή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, με στόχο τη δημιουργία ενός εθνικού διαλειτουργικού διανομέα για την ανταλλαγή ασφαλών ιατρικών δεδομένων. Στο πλαίσιο αυτό, οι προτεινόμενες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας που αναπτύσσονται στο πλαίσιο του μέσου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για τη Σύνδεση της Ευρωπαϊκής Διευκόλυνσης (ΣΕΔ/CEF-Connecting European Facility), θα φιλοξενούν λειτουργίες για την ασφαλή ανταλλαγή δεδομένων των ασθενών, αξιοποιώντας μια διαλειτουργική, ασφαλή και αξιόπιστη υποδομή.

Ειδικότερα, η Κύπρος δεσμεύεται να αναπτύξει και να προσφέρει διασυνοριακή υπηρεσία ηλεκτρονικής υγείας στο πλαίσιο του χρονοδιαγράμματος e-Health του CEF 2015 (2017-2020) (Rise.org.cy, 2018). Ο κύριος στόχος αυτού του έργου είναι να υποστηρίξει τις προσπάθειες της Κύπρου να αποτελέσει μέρος ενός ασφαλούς δικτύου από ομότιμους, το οποίο θα επιτρέπει την περίληψη ασθενών (ΠΑ) (Public Health, 2018) ή / και ηλεκτρονικών συνταγών (ΗΣ) (eHealth Network GUIDELINE, 2016). Οι τελευταίες θα ανοίξουν το δρόμο για τους ακόλουθους ξεχωριστούς στόχους: **(α)** να διευκολύνουν την απρόσκοπτη διασυνοριακή περίθαλψη και την ασφαλή πρόσβαση στις πληροφορίες για την υγεία των ασθενών μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. **(β)** Συμβολή στην ασφάλεια των ασθενών μειώνοντας τη συχνότητα των ιατρικών σφαλμάτων και παρέχοντας γρήγορη πρόσβαση στις πληροφορίες για την υγεία των ασθενών, καθώς και αυξάνοντας την προσβασιμότητα των ίδιων των συνταγών των ασθενών, ακόμη και όταν βρίσκονται στο εξωτερικό. **(γ)** Παροχή ιατρικού προσωπικού με πιθανές πληροφορίες για τη ζωή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μειώνοντας ταυτόχρονα την επανάληψη των διαγνωστικών διαδικασιών.

Στόχος της Κύπρου είναι η παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας τόσο για τους πολίτες της που διαμένουν στο εξωτερικό, όσο και για την επίσκεψη πολιτών από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Ως τουριστικός προορισμός, είναι εύλογο να αναμένεται ότι η ανάπτυξη διασυνοριακών υπηρεσιών θα έχει περαιτέρω αντίκτυπο στην οικονομική

ανάπτυξη της Κύπρου. Κατά τη θερινή περίοδο, μπορεί να προβλεφθεί ότι η χρήση των υπηρεσιών που προέρχονται από αυτό το έργο θα πραγματοποιείται σε καθημερινή βάση. Εκτός από την ασφαλέστερη και φιλικότερη προς τον ασθενή χώρα, η Κύπρος βελτιώνει την καθημερινή ποιότητα ζωής όχι μόνο για τους πολίτες της, αλλά κυρίως για τους πολίτες της ΕΕ στο σύνολό της. Εν ολίγοις, όταν ένας πολίτης πραγματοποιεί μια απρογραμματίστη διασυνοριακή επίσκεψη υγειονομικής περίθαλψης σε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης εντός της ΕΕ, ο επαγγελματίας στον τομέα της υγείας θα έχει πρόσβαση στη περίληψη ασθενούς αυτού του ατόμου καθώς και σε πρόσθετες σχετικές πληροφορίες για τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας.

Από τεχνικής απόψεως, η ΠΑ παράγεται με διπλό τρόπο, συγκεκριμένα σε μορφή δεκάσιμης γλώσσας σήμανσης (XML) και σε μορφή φορητού εγγράφου (PDF), έτσι ώστε να είναι ευανάγνωστη από τον χρήστη. Και οι δύο μορφές είναι τα έγγραφα της αρχιτεκτονικής κλινικού εγγράφου (AKE) (Dolin et al., 2001) που καθορίζουν την κωδικοποίηση, τη δομή και τη σημασιολογία των κλινικών εγγράφων. Το τελευταίο βασίζεται στον πιο πρόσφατο κατάλογο βασικών τιμών eρSOS (KBT), εξασφαλίζοντας έτσι τη διαλειτουργικότητα. Το eρSOS KBT περιέχει όλα τα σύνολα τιμών που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο που παρέχεται από το AKE και χρησιμοποιούνται στο σύστημα eρSOS.

Ο πλήρης φάκελος των διευκολυνόμενων υπηρεσιών περιλαμβάνει επιπλέον την Ηλεκτρονική Διαφήμιση και την Ηλεκτρονική Διαταγή (ΗΔ) που βεβαιώνουν ότι ένας ασθενής που βρίσκεται στο εξωτερικό μπορεί να λάβει την ισοδύναμη φαρμακευτική αγωγή που θα λάμβανε στη χώρα του (Jossif et al., 2007). Με άλλα λόγια, η διασυνοριακή διανομή φαρμάκων βασίζεται στη συνταγή που λαμβάνεται στη χώρα της επίσκεψης. Με την αξιοποίηση των δεδομένων ανταλλαγής φαρμάκων από το φαρμακείο διανομής στη χώρα προσωρινής διαμονής, οι υπηρεσίες υγείας στην πατρίδα του ασθενούς μπορούν να ενημερώσουν το ιατρικό φάκελο του ασθενούς, βελτιώνοντας την υγειονομική περίθαλψη και κάνοντας τις συνταγές ασφαλέστερες.

Η λύση που προτείνεται από το τρέχον σχέδιο στοχεύει στην επίτευξη του επιπέδου τεχνολογικής ετοιμότητας 9 - πραγματικού συστήματος που αποδεικνύεται σε επιχειρησιακό περιβάλλον - συγκεκριμένα από την έναρξη παροχής λειτουργικών διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (ΠΑ ή ΗΣ) μέχρι το 2018 και το 2019 αντίστοιχα. Πρέπει να εφαρμοστεί το ακόλουθο χρονοδιάγραμμα: Τα ΠΑ Α και Β που αντιστοιχούν στη χώρα ασφάλισης και στη χώρα

θεραπείας αντίστοιχα θα τεθούν σε λειτουργία το πρώτο τρίμηνο του 2018. Στη συνέχεια, η ΗΣ και η ΗΔ θα τεθούν σε λειτουργία το πρώτο τρίμηνο του 2019.

Η κοινοπραξία της Κύπρου αποτελείται από το Εργαστήριο Ηλεκτρονικής Υγείας του Τμήματος Πληροφορικής του Πανεπιστημίου Κύπρου και το Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας. Επιπλέον, η GNOMON INFORMATICS ανατίθεται με υπεργολαβία για την παροχή εμπειρογνομosύνης και υποστήριξης για την εγκατάσταση, σύνδεση και επικύρωση των στοιχείων του ΕΣΕ.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες στις υποδομές ψηφιακής υπηρεσίας CEF eHealth είναι με αλφαβητική σειρά (Papadopoulos, 2010): Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ελλάδα, Εσθονία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κροατία, Κύπρος, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Σουηδία, Τσεχική Δημοκρατία, Φινλανδία.

## 5.2 Εθνική Αρχιτεκτονική

Η εθνική αρχιτεκτονική για την ανάπτυξη γενικών υπηρεσιών διασυνοριακής ηλεκτρονικής υγείας στην Κύπρο (Antonίου et al., 2015) αποτελείται από τα εξής έξι επίπεδα: **Επίπεδο 1:** Επίπεδο τελικού χρήστη. **Επίπεδο 2:** Επίπεδο διαλειτουργικότητας. **Επίπεδο 3:** Επίπεδο Εθνικής Σημείων Επαφής Χώρα-Α. **Επίπεδο 4:** TRC, Επίπεδο Ελέγχου και Μετασχηματισμού. **Επίπεδο 5:** Επίπεδο Συνδετικού Πελάτη. **Επίπεδο 6:** Εθνικό σημείο επαφής Χώρα-Β.

### A. Επίπεδο 1: Επίπεδο τελικού χρήστη

#### 1. Αριάδνη Single-sign-on

Η Αριάδνη είναι η πύλη κυβέρνησης που επιτρέπει στους πολίτες να κάνουν χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών (eServices) που παρέχει η κυβέρνηση της Κύπρου. Τα άτομα, οι οργανώσεις και οι πράκτορες πρέπει να εγγραφούν για να έχουν πρόσβαση στην Αριάδνη. Η λειτουργία SSO της πιστοποίησης του χρήστη Αριάδνη υιοθετείται στην πύλη CEF CY PS / eP / eD. Αυτή η λειτουργικότητα είναι απαραίτητη για τη διαμόρφωση της πύλης CEF CY PS / eP / eD ως αξιόπιστου μέρους αναμετάδοσης. Όταν η πύλη έχει ρυθμιστεί ως έμπιστο μέρος, η κυβερνητική πύλη θα εκδίδει μάρκες. Η πύλη θα καταναλώνει στη συνέχεια αυτές τις μάρκες γλώσσας σήμανσης επιβεβαίωσης ασφαλείας (Antonίου et al., 2015) για να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες ενέργειες αδειοδότησης. Συνολικά, η Αριάδνη παρέχει ασφαλείς συνδέσεις, κρυπτογράφηση και χρήση ψηφιακών πιστοποιητικών και αναγνωριστικών χρηστών.

## *2. CEF CY PS/eP/eD Πύλη*

Η πύλη CEF CY PS / eP / eD θα περιέχει όλα τα απαιτούμενα έντυπα με βάση τις προδιαγραφές epSOS και την ενσωμάτωση των πρωτοκόλλων διαλειτουργικότητας της επιχείρησης υγειονομικής περίθαλψης (ΕΥΠ) έτσι ώστε να δημιουργούνται και να ανταλλάσσονται οι ΠΑ, τα φάρμακα ΗΣ και ΗΔ. Μόνο οι πιστοποιημένοι χρήστες που έχουν συνδεθεί μέσω του SSA του Αριάδνη θα έχουν πρόσβαση στην πύλη.

## *3. Σύστημα ΗΜΥ*

Όλα τα εγκατεστημένα συστήματα ΗΜΥ στην Κύπρο, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος πύλης ΗΣ / ΗΔ του ασφαλιστικού φορέα υγείας, των συστημάτων ΠΑ τρίτων και των συστημάτων των δημόσιων νοσοκομείων, θα παράγουν έγγραφα συμβατά με την epSOS που υποστηρίζουν τις ΠΑ. Το σύστημα ΗΙΟ eHealth θα είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση και επεξεργασία δεδομένων σχετικά με τους ισχυρισμούς των ασθενών μετά από επίσκεψη.

### **Επίπεδο 2: Επίπεδο διαλειτουργικότητας**

Το επίπεδο διαλειτουργικότητας θα βασίζεται στο μητρώο κοινής κατανομής εγγράφων ΙΗΕ (ΚΚΕ) και στο χώρο αποθήκευσης XDS.

#### *1. Ερώτημα Δημογραφικών στοιχείων Ασθενών (ΕΔΑ)*

Το προφίλ ενσωμάτωσης ΕΔΑ ερωτά έναν προμηθευτή ΕΔΑ προκειμένου να ανακτήσει τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και να συναντήσει πληροφορίες. Μια αποθήκη εγγράφων είναι υπεύθυνη για την αποθήκευση των εγγράφων με διαφανή, ασφαλή, αξιόπιστο και επίμονο τρόπο και για την ανταπόκριση σε αιτήματα ανάκτησης εγγράφων.

### **Επίπεδο 3: Εθνικό σημείο επαφής Χώρα-Α Επίπεδο (ΕΣΕ)**

#### *1. Εθνικός σύνδεσμος*

Ο εθνικός σύνδεσμος είναι το στοιχείο «απομόνωσης» μεταξύ του ΕΣΕ-Α και της εθνικής υποδομής. Ο ρόλος της είναι να (i) να συνδέει τον «κόσμο ΕΣΕ» με τον «συγκεκριμένο κόσμο για κάθε χώρα»· (ii) επιβολή εθνικών πολιτικών (επίπεδο ελέγχου ταυτότητας, προφίλ χρηστών, κριτήρια αναζήτησης κ.λπ.)· (iii) επιβάλλει διαδικασία συναίνεση (iv) ενεργοποίηση της δημιουργίας της περίληψης ασθενούς και (v) τροποποίηση του περιεχομένου των αρχείων που επιστράφηκαν με τη διεξαγωγή αντιστοιχιών.

#### *2. OpenNCP-A*

Η αρχιτεκτονική epSOS βασίζεται στα προφίλ ΕΥΠ (epSOS Technical Aspects, 2014) που υλοποιούνται ως υπηρεσίες ιστού. Η επικοινωνία μεταξύ του καταναλωτή και του παρόχου



υπηρεσιών αρχίζει πάντα από τον καταναλωτή. Κάθε συμμετέχουσα χώρα (ΣΧ) παρέχει αυτές τις υπηρεσίες μέσω του ΕΣΕ που ενεργεί ως πάροχος υπηρεσιών σε άλλη ΣΧ και ως πύλη για τους καταναλωτές. Το ΕΣΕ μπορεί είτε να ενεργεί ως ΕΣΕ-B (χώρα θεραπείας) είτε / και ως ΕΣΕ-A (χώρα ασφάλισης του ασθενούς).

#### **Επίπεδο 4: TRC, επίπεδο ελέγχου και μετασχηματισμού**

##### *1. ΥΣΑ-ΕΣΘ*

Οι Υπηρεσίες Συμβολαίου Ασφαλείας Επιβεβαίωσης Σχέσεων Θεραπείας (ΥΣΑ-ΕΣΘ) είναι υπεύθυνες για την έκδοση του ισχυρισμού ΥΣΑ μετά την αποκάλυψη ενός ασθενούς και την έκδοση της ταυτότητας. Μετά από μια επιτυχημένη ανακάλυψη ασθενούς, ο πάροχος υγείας ανακτά τα σχετικά έγγραφα.

##### *2. Αρχείο καταγραφής ελέγχου*

Το ΕΣΕ πρέπει να συντάξει μια καταχώριση διαδρομής ελέγχου για την επιβεβαίωση σχέσης θεραπείας (π.χ. μετά την υπογραφή της βεβαιωτικής υπογραφής στον ισχυρισμό της ΥΣΑ).

##### *3. Διαχειριστής μετασχηματισμού*

Ο διαχειριστής μετασχηματισμού (ΔΜ) είναι υπεύθυνος για τη μετατροπή δεδομένων από μια εθνική γλώσσα στην ορολογία αναφοράς epSOS. Τα κύρια σενάρια είναι (α) ο μετασχηματισμός δεδομένων από μια εθνική γλώσσα στην ορολογία αναφοράς epSOS (μετασύνδεσης) και (β) ο μετασχηματισμός δεδομένων από την ορολογία αναφοράς epSOS σε μια εθνική γλώσσα (μετάφραση).

#### **Επίπεδο 5: Επίπεδο συνδέσμου πελάτη**

##### *1. Διακοινοτική αναζήτηση ασθενών (ΔΑΑ)*

Το προφίλ epSOS ΔΑΑ: Η υπηρεσία ταυτοποίησης και ελέγχου ταυτότητας ασθενούς epSOS χρησιμοποιείται για να ανακαλύψει ένα έγκυρο αναγνωριστικό ασθενούς από μια αρχή εκχώρησης ταυτότητας, παρέχοντας δεδομένες αναγνωριστικές ή / και δημογραφικά δεδομένα επαρκή για την ταυτοποίηση του ασθενούς

##### *2. Εγγυητική ανταλλαγή εγγράφων μεταξύ επιχειρήσεων (ΕΑΕ)*

Η ΕΑΕ παρέχει ανταλλαγή εγγράφων χρησιμοποιώντας ένα αξιόπιστο σύστημα ανταλλαγής μηνυμάτων. Αυτό επιτρέπει την άμεση ανταλλαγή, των Προσωπικών Αρχείων Υγείας (ΠΑΥ) και άλλων συστημάτων πληροφορικής για την υγειονομική περίθαλψη, ελλείψει υποδομής κοινής χρήσης εγγράφων, όπως το μητρώο και τα αποθετήρια ΕΑΕ

##### *3. Διακοινοτική πρόσβαση (ΔΠΠ)*

Το προφίλ ePSOS ΔΙΠ (Εγγραφο λήψης και ανάκτησης): Αυτή η υπηρεσία υποστηρίζει τα μέσα διερεύνησης και ανάκτησης σχετικών ιατρικών δεδομένων ασθενών που κατέχουν άλλες κοινότητες. Μια κοινότητα ορίζεται ως σύζευξη εγκαταστάσεων / επιχειρήσεων που συμφώνησαν να συνεργαστούν χρησιμοποιώντας ένα κοινό σύνολο πολιτικών με σκοπό την ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών μέσω ενός καθιερωμένου μηχανισμού.

#### **Επίπεδο 6: Εθνικό σημείο επαφής χώρας-B επιπέδου**

##### *1. Ανοιχτό ΕΣΕ Β*

Το ΕΣΕ αναφέρεται στο ΕΣΕ-Β, όπου η χώρα-Β είναι η χώρα στην οποία ο ασθενής επισκέπτεται και σε ποιες πληροφορίες χρειάζεται αυτός ο ασθενής, σε περίπτωση που ένας ασθενής επιδιώκει την υγειονομική περίθαλψη. Στη χώρα-Β, θα υπάρχει διαθέσιμος μηχανισμός για την επικύρωση της ταυτότητας του ασθενούς και τη χειραγώγηση της συγκατάθεσης του ασθενούς κατά της χώρας-Α στο PS του αιτούμενου ασθενή.

#### **5.2.1 Επικύρωση**

Δύο πενθήμερες προπαρασκευαστικές δοκιμαστικές εκδηλώσεις Projectathon πραγματοποιήθηκαν τον Ιούνιο και το Σεπτέμβριο του 2017, αντίστοιχα. Η δοκιμαστική στρατηγική καθόρισε ένα σύνολο φάσεων δοκιμών που θα έπρεπε (προαιρετικά) να έχουν οι εξειδικευμένες χώρες του eHealth και να υποχρεώνονται (υποχρεωτικά) να αποδεικνύουν με απόδειξη την συμμόρφωση της τεχνικής πύλης ΕΣΕ για την ηλεκτρονική υγεία (ΕΣΕeH) με τις προδιαγραφές eHealth. Τα σενάρια δοκιμών περιλαμβάνουν τις συμμετέχουσες χώρες που συνδέονται μεταξύ τους και ανταλλάσσουν ΠΑ. Στη συνέχεια, επικύρωσαν τις ΠΑ μέσω επιγραμμικών επικυρωτών για να διασφαλίσουν ότι όλες οι κωδικοποιήσεις και οι ενότητες ΠΑ συνέδεαν την κωδικοποίηση ePSOS. Η υποδομή ΣΕΔ Κύπρου πέρασε επιτυχώς όλες τις δοκιμές και στις δύο δοκιμαστικές εκδηλώσεις.

Παρομοίως, τα προκαταρκτικά δοκιμαστικά συμβάντα του Projectathon διάρκειας 5 ημερών θα πραγματοποιηθούν το 2018 σχετικά με την ΗΣ και ΗΔ με την ανταλλαγή έγκυρων εγγράφων συνταγής και διανομής.

Εδώ, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μια δοκιμασία κατάρτισης προηγείται πάντα μιας online προπαρασκευαστικής δοκιμαστικής εκδήλωσης Projectathon, για να διασφαλιστεί ότι όλες οι λειτουργίες των συμμετεχουσών αναπτυσσόμενων χωρών λειτουργούν σωστά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Ιατρικός Τουρισμός - Φροντίδα Υγείας στην Παγκόσμια Οικονομία

Παρόλο που τα στελέχη των ιατρών γνωρίζουν ασφαλώς ότι μερικοί ασθενείς παρακάμπτουν το νοσοκομειακό, κλινικό ή περιπατητικό κέντρο χειρουργικών επεμβάσεων τους στο δρόμο προς το αεροδρόμιο για να λάβουν φροντίδα σε άλλες πόλεις, μπορεί να είναι κάπως έκπληκτοι να μάθουν ότι ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών ταξιδεύει σε μεγάλη ποικιλία προορισμών σε όλο τον κόσμο για ιατρική, χειρουργική και οδοντιατρική περίθαλψη.

Οδηγούμενοι από διάφορες δυνάμεις έξω από τα τυπικά συστήματα ιατρικής παραπομπής, αυτοί οι «ιατρικοί τουρίστες» αναζητούν σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη σε προσιτές τιμές σε χώρες με διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης. Ο ιατρικός τουρισμός είναι διαφορετικός από την παραδοσιακή μορφή της διεθνούς ιατρικής περίθαλψης, όπου οι ασθενείς συνήθως ταξιδεύουν από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες σε μεγάλα ιατρικά κέντρα σε χώρες με υψηλό βαθμό ανάπτυξης για προηγμένη ιατρική περίθαλψη.

#### 6.1.1 Αυξανόμενη Δημοτικότητα

Δεν υπάρχουν οριστικές πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των ασθενών που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη στο μοντέλο του ιατρικού τουρισμού. Μία μεγάλη δυσκολία στον προσδιορισμό του μεγέθους του ιατρικού τουρισμού είναι το γεγονός ότι οι αναφερόμενοι αριθμοί μπορεί να περιλαμβάνουν εκπατρισμένους από άλλες χώρες, επαγγελματίες ταξιδιώτες και τουρίστες που χρειάζονται ιατρική περίθαλψη ενώ βρίσκονται σε αυτούς τους προορισμούς για άλλους σκοπούς (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

Επίσης, οι υπηρεσίες Ayurveda και ευεξίας, όπως η γιόγκα και το μασάζ στα ιαματικά θέρετρα, μπορούν να συμπεριληφθούν στον κατάλογο των αλλοδαπών που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη. Τέλος, η ακρίβεια των αναφερόμενων πληροφοριών δεν μπορεί να επικυρωθεί. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, είναι σαφές ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών συμμετέχουν στον ιατρικό τουρισμό (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

Το 2003, περίπου 350.000 ασθενείς από βιομηχανοποιημένα έθνη ταξίδεψαν σε διάφορες λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες για την υγειονομική περίθαλψη. 750.000 Αμερικανοί επισκέφθηκαν ανοικτή θάλασσα για ιατρική περίθαλψη το 2007, ενώ ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε έξι εκατομμύρια το 2010 (Pocock & Phua, 2011).

Το 2004, 1,18 εκατομμύρια ασθενείς από όλο τον κόσμο ταξίδεψαν στην Ινδία για ιατρική περίθαλψη και η Ταϊλάνδη φρόντισε για περίπου 1,1 εκατομμύρια ιατρικούς τουρίστες από πολλές χώρες της Ασίας, της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής (Teh & Chu, 2005).

Η Συνομοσπονδία Ινδικής Βιομηχανίας, σε συνεννόηση με την McKinsey και την Εταιρεία, αναφέρει ότι ο ιατρικός τουρισμός στην Ινδία παράγει ετήσια έσοδα ύψους 300 εκατομμυρίων δολαρίων, με προβλεπόμενη αύξηση στα 2 δισεκατομμύρια δολάρια μέχρι το 2020 (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013). Τα άρθρα και οι εκπομπές στον ιατρικό τουρισμό εμφανίζονται στον Τύπο αυξανόμενη συχνότητα και έχουν εκδοθεί πρόσφατα αρκετοί οδηγοί. Μια αναζήτηση του Google στο Διαδίκτυο στις 12 Ιανουαρίου 2018 με τη χρήση του όρου «ιατρικός τουρισμός» επέστρεψε 821.000 αποτελέσματα, ενώ με τον όρο «medical tourism» τα αποτελέσματα ήταν ύψους 78.700.000.

### **6.1.2 Ο Ιατρικός Τουρισμός είναι Διαφορετικός**

Ο ιατρικός τουρισμός είναι καθοδηγούμενος από την αγορά - διαμορφώνεται από τις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μυριάδων ιατρικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δυνάμεων. Οι λόγοι για τους οποίους οι ιατρικοί τουρίστες ξεκινούν ταξίδια σε παγκόσμιο επίπεδο για την υγειονομική περίθαλψη αφορά πρώτιστος το χαμηλό κόστος (Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015).

Οι ασθενείς στο μοντέλο του ιατρικού τουρισμού θα προτιμούσαν να κάνουν σοβαρή χειρουργική επέμβαση στο νοσοκομείο της πατρίδας τους ή στο τοπικό κέντρο παραπομπής. Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς αισθάνονται πιεσμένοι για να εξισορροπήσουν τις ανάγκες τους για την υγεία με άλλους παράγοντες. Είναι διατεθειμένοι να δεχτούν αβεβαιότητες σχετικά με την ποιότητα, προκειμένου να λάβουν φροντίδα σε τιμές που μπορούν πιο άνετα να αντέξουν οικονομικά (Leng, 2010).

Οι ασθενείς από τις Ηνωμένες Πολιτείες συνήθως ταιριάζουν σε ένα από τα δύο προφίλ (Lee, Baylon Verances & Song, 2009):

- Οι ενήλικες της εργατικής τάξης που χρειάζονται υποχρεωτική χειρουργική επέμβαση αλλά δεν έχουν καμία ασφάλιση υγείας ή ανεπαρκή ασφαλιστικά οφέλη.

- Ασθενείς που επιθυμούν διαδικασίες που δεν καλύπτονται από ασφάλιση, όπως αισθητική χειρουργική, οδοντιατρική ανασυγκρότηση, πράξεις αλλαγής φύλου ή θεραπεία γονιμότητας.

Το βασικό σημείο είναι ότι οι πόροι είναι ανεπαρκείς για να αγοράσουν άνετα την περίθαλψη στην τοπική τους αγορά, αλλά επαρκείς για να αγοράσουν φροντίδα σε ξένες εγκαταστάσεις χαμηλού κόστους. Για τους ασθενείς από τη Βρετανία, τον Καναδά και άλλες χώρες όπου ένα κυβερνητικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ρυθμίζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ο λόγος για να εγκαταλείψει την τοπική αγορά είναι η επιθυμία για έγκαιρη μεταχείριση, παρακάμπτοντας τις καθυστερήσεις που συνδέονται με μακρούς καταλόγους αναμονής (Connell, 2013).

Επειδή τα εθνικά προγράμματα υγείας δεν χρηματοδοτούν την αισθητική χειρουργική και παρόμοιες υπηρεσίες, οι ασθενείς που επιδιώκουν αυτές τις υπηρεσίες οδηγούνται να επιδιώξουν τον ιατρικό τουρισμό από τις ίδιες οικονομικές δυνάμεις με εκείνες των Ηνωμένων Πολιτειών.

Οι ασθενείς ταξιδεύουν επίσης σε προορισμούς ιατρικού τουρισμού για διαδικασίες που δεν είναι διαθέσιμες στις χώρες τους. Για παράδειγμα, η θεραπεία με βλαστοκύτταρα για καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία δεν μπορεί να επιτευχθεί από πολλούς ασθενείς σε βιομηχανικές χώρες, είναι διαθέσιμη στην αγορά ιατρικού τουρισμού (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013). Μια μακρινή χώρα παρέχει ιδιωτικότητα και εμπιστευτικότητα για ασθενείς που υποβάλλονται σε πλαστική χειρουργική, διαδικασίες αλλαγής φύλου και αποκατάσταση φαρμάκων. Επιπλέον, τα ιατρικά τους αρχεία δεν μπορούν να προβληθούν από τα μυριάδα των επιχειρήσεων που έχουν πρόσβαση στα έγγραφα αυτά στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Υπάρχει, επί του παρόντος, ουσιαστική απουσία συμμετοχής των ιατρών αναφοράς στον ιατρικό τουρισμό. Οι γιατροί σε βιομηχανικά έθνη, που δεν είναι εξοικειωμένοι με τους ασκούμενους και τις πρακτικές στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, διστάζουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να συνεχίσουν τη φροντίδα τους από άγνωστους παρόχους σε απομακρυσμένες χώρες (Hall, 2011).

Επιπλέον, ο γιατρός μπορεί να πιστεύει βαθιά ότι είναι παράλογο να επιλέξει έναν πάροχο για ενδεχομένως επικίνδυνη ιατρική θεραπεία βασισμένη σε οτιδήποτε άλλο εκτός από ιατρικούς λόγους. Τέλος, οι γιατροί σε εξαιρετικά προτεσταντικά έθνη μπορεί να είναι ιδιαίτερα απρόθυμοι να υποστηρίξουν την υπεράκτια θεραπεία λόγω ανησυχίας σχετικά με την εμπιστευτική ευθύνη (Hall, 2011).

Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς που επιθυμούν υπεράκτια ιατρική και χειρουργική περίθαλψη. Αυτές οι υπηρεσίες βοηθούν τους ασθενείς να επιλέξουν χώρα, εγκατάσταση και πάροχο. Καθορίζουν τις τιμές και εισπράττουν την πληρωμή, συγκεντρώνουν και διαβιβάζουν ιατρικά αρχεία και οργανώνουν ταξίδια και καταλύματα. Επιπλέον, μπορούν να φροντίζουν για μετεγχειρητική παρακολούθηση στην κοινότητα του ασθενούς μετά την επιστροφή τους (Connell, 2013).

Παρόλο που ορισμένοι επαγγελματίες ταξιδιού προωθούν την «τουριστική» πτυχή της υπεράκτιας φροντίδας, καθώς η σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης αυξάνεται, οι ψυχαγωγικές πτυχές των ταξιδιών έχουν μειούμενη σημασία. Τα ιατρικά τουριστικά πρακτορεία μπορούν εύκολα να βρεθούν στο Διαδίκτυο ή σε οποιοδήποτε ιατρικό ταξιδιωτικό οδηγό.

Η διαθεσιμότητα των πόρων είναι το ζήτημα που διαφοροποιεί περισσότερο τον παραδοσιακό διεθνή ιατρικό ασθενή από τον ασθενή στο μοντέλο του ιατρικού τουρισμού. Στο μοντέλο του ιατρικού τουρισμού, η έλλειψη πόρων επηρεάζει ή οδηγεί την απόφαση για ταξίδια για ιατρικές υπηρεσίες, ενώ ο παραδοσιακός διεθνής ιατρικός ασθενής έχει εύκολη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο ως συνέπεια των διαθέσιμων οικονομικών πόρων (Connell, 2013) .

Στο μοντέλο ιατρικού τουρισμού, τα φτωχά έθνη εξάγουν τεχνογνωσία και υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς από βιομηχανικές χώρες. Η κατεύθυνση του διεθνούς εμπορίου είναι αντίθετη προς εκείνη του παραδοσιακού μοντέλου. Κατά συνέπεια, τα έθνη, τα οποία κάποτε εξήγαγαν κατά κύριο λόγο ιατρικές υπηρεσίες σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, αγοράζουν τώρα υγειονομική περίθαλψη από τις ίδιες αυτές χώρες. Ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ιατρικοί τουριστικοί προορισμοί είναι σε θέση να προσφέρουν υπηρεσίες τόσο ανέξοδα σχετίζεται με το επίπεδο της εθνικής τους οικονομικής ανάπτυξης (Lee, Baylon Verances & Song, 2009).

Κατά συνέπεια, το χαμηλότερο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι κατάλληλο για το οικονομικό περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη. Ένας άλλος λόγος για το χαμηλό κόστος στο εξωτερικό σχετίζεται με το ιατρικό περιβάλλον - το ασφάλιστρο επαγγελματικής αστικής ευθύνης για έναν χειρουργό στην Ινδία είναι 4 τοις εκατό από αυτό που είναι στη Νέα Υόρκη (Lunt, Mannion & Exworthy, 2013).

## 6.2 Προορισμοί Ιατρικού Τουρισμού

Πολλές χώρες εργάζονται για να ανταγωνιστούν επιτυχώς στην ιατρική τουριστική αγορά προσφέροντας μεγάλη ποικιλία ιατρικών, χειρουργικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών σε άνετες σύγχρονες εγκαταστάσεις. Οι ιατρικοί τουρίστες ταξιδεύουν στις τέσσερις γωνιές του κόσμου για τις εκτελεστικές εκτιμήσεις υγείας, την οφθαλμολογική φροντίδα, την αισθητική οδοντιατρική και τη χειρουργική επέμβαση, τις βαριατρικές διαδικασίες, την κοινή επανεμφάνιση ή αντικατάσταση, την καρδιακή χειρουργική επέμβαση, τη μεταμόσχευση οργάνων και βλαστοκυττάρων, τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου και τη γονιμοποίηση in-vitro. Αρκετές χώρες στην Κεντρική και Νότια Αμερική έχουν αναπτύξει ισχυρές φήμες για την καλλυντική και πλαστική χειρουργική, τις βαριατρικές διαδικασίες και την οδοντιατρική περίθαλψη (Cohen, 2011).

Οι προορισμοί στην Ασία είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς για την ορθοπεδική και την καρδιοχειρουργική. Η Ινδία, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη είναι παγιωμένοι ιατρικοί τουριστικοί προορισμοί, προσελκύοντας μεγάλο αριθμό αλλοδαπών ασθενών και δημιουργώντας σημαντικά έσοδα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτές οι χώρες διαθέτουν μεγάλες, σύγχρονες ιατρικές εγκαταστάσεις που στελεχώνουν άρτια καταρτισμένοι γιατροί που εκτελούν πολύπλοκες διαδικασίες όπως χειρουργική επέμβαση ελάχιστης διάρκειας εισβολής / εξουσίας, διόρθωση συγγενών καρδιακών ανωμαλιών στα παιδιά, μεταμόσχευση θωρακικού οργάνου και εμφύτευση μηχανικών καρδιακών βοηθητικών συσκευών (Crooks et al., 2011).

Ένα άρθρο στην Washington Post (Smith, 2012) αναφέρει ένα καρδιακό νοσοκομείο στην Ινδία που έχει εξαιρετικά αποτελέσματα με τη χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας. Τα διεθνή νοσοκομεία της Ταϊλάνδης έχουν τη φήμη ότι διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας, άριστης ποιότητας ιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες ανώτερης φιλοξενίας.

Η Ινδία έχει το σημαντικό πλεονέκτημα χαμηλότερου κόστους από ό, τι οι περισσότεροι άλλοι προορισμοί, περίπου στο 10% του κόστους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Νότια Αφρική ήταν πολύ επιτυχημένη στην πώληση ιατρικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με τουριστικές δραστηριότητες όπως τα σαφάρι (Mishra & Shailesh, 2012).

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι τα σύγχρονα άρτια εξοπλισμένα νοσοκομεία σε ορισμένες περιοχές του κόσμου εξυπηρετούν ταυτόχρονα τον ρόλο των περιφερειακών κέντρων παραπομπής για ασθενείς από φτωχές γειτονικές χώρες, ενώ παράλληλα λειτουργούν ως

προορισμοί ιατρικού τουρισμού χαμηλού κόστους για ασθενείς από ιδιαίτερα ανεπτυγμένες χώρες. Πολλά ανεπτυγμένα έθνη, μεταξύ των οποίων ο Καναδάς, η Γερμανία, η Ιταλία και το Ισραήλ, προσελκύουν ξένους ασθενείς από τα έθνη σε όλα τα στάδια της οικονομικής ανάπτυξης υπό την αιγίδα του ιατρικού τουρισμού (Smith, 2012). Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται με έντονη προσοχή στις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων σε τουριστικά αξιοθέατα. Οι ιατρικές υπηρεσίες, το κόστος και η κατεύθυνση του ταξιδιού που συνδέονται με τη φροντίδα σε αυτές τις άκρως ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο χαρακτηριστικές του παραδοσιακού μοντέλου των διεθνών ιατρικών υπηρεσιών.

### **6.3 Ασφάλεια και Ποιότητα Φροντίδας**

Η κρίσιμη πρόκληση για πιθανούς ιατρικούς τουρίστες είναι να επιλέξουν τον καλύτερο δυνατό προορισμό για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που χρειάζονται. Βεβαίως, καλά εκπαιδευμένοι ιατροί και σύγχρονα, άρτια εξοπλισμένα νοσοκομεία παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα σε έναν αριθμό προορισμών ιατρικού τουρισμού.

Ωστόσο, οι ασθενείς που εξετάζουν την υπεράκτια ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζουν ένα αποθαρρυντικό καθήκον να διαφοροποιήσουν τους επιθυμητούς off-shore προορισμούς από εκείνους με ανεπαρκείς επαγγελματίες που εργάζονται σε μη ασφαλείς εγκαταστάσεις. Ορισμένοι πράκτορες ιατρικού τουρισμού με φόντο την υγειονομική περίθαλψη, και ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα και τα αποτελέσματα, μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμο πόρο για τους ασθενείς.

Η διαπίστευση από τη Διεθνή Κοινή Επιτροπή ή / και από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο και καθησυχαστικό σημείο αναφοράς για τους ασθενείς κατά την επιλογή εξωχώριων ιατρικών εγκαταστάσεων. Η Μικτή Επιτροπή ξεκίνησε την αξιολόγηση ξένων νοσοκομείων το 1999 και έχει διαπιστεύσει περισσότερα από 120 νοσοκομεία σε 23 χώρες (Han & Hyun, 2014).

Υπάρχουν ιδιαίτερες ανησυχίες σχετικά με τις πιθανές δυσμενείς συνέπειες των δραστηριοτήτων διακοπών και των ταξιδιών στην μετεγχειρητική περίοδο καθώς και με τις αβεβαιότητες σχετικά με την παρακολούθηση της περίθαλψης (Buzinde & Yarnal, 2012). Η ευθύνη για τη διαχείριση και το κόστος των επιπλοκών που συμβαίνουν μετά την παραμονή του ασθενούς είναι ένα σημαντικό θέμα που παραμένει άλυτος.

Οι συνέπειες ενός αρνητικού αποτελέσματος, όπως ένα σοβαρό εγκεφαλικό επεισόδιο ή θάνατο, σε μια ξένη χώρα χιλιάδες μίλια από το σπίτι θα ήταν ιδιαίτερα δύσκολο για την



οικογένεια ενός ασθενή με περιορισμένα κεφάλαια. Τέλος, εάν ένας ασθενής ήθελε να κινήσει μια διαφορά για δυσμενή έκβαση, η αξίωση πρέπει να εκδικαστεί σε αλλοδαπό δικαστήριο.

#### **6.4 Ανταπόκριση στον Ιατρικό Τουρισμό**

Η Αμερικανική Εταιρεία Πλαστικών Χειρουργών, η πρώτη ιατρική οργάνωση που ασχολείται με τον ιατρικό τουρισμό, δημοσίευσε ένα ενημερωτικό έντυπο στην ιστοσελίδα της το 2005 παρέχοντας πληροφορίες σε ασθενείς που εξετάζουν την αισθητική χειρουργική σε ξένες χώρες. Το 2006, άλλες ιατρικές οργανώσεις άρχισαν να δίνουν προσοχή στον ιατρικό τουρισμό, απαντώντας με ειδοποιήσεις στις ιστοσελίδες τους και παρουσιάζοντας σε συναντήσεις για να παρέχουν πληροφορίες και γνώμες στο κοινό και στην ένταξή τους (Chen & Wilson, 2013).

Τον Ιούνιο του 2006, η Ειδική Επιτροπή για τη γήρανση των Ηνωμένων Πολιτειών πραγματοποίησε ακροάσεις για το ζήτημα του ιατρικού τουρισμού, μετά την οποία ο πρόεδρος, ο γερουσιαστής Γκόρντον Σμιθ, κάλεσε μια ομάδα εμπειρογνομόνων να διερευνήσει τις επιπτώσεις και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης χαμηλότερου κόστους στο εξωτερικό (Martimianakis & Hafferty, 2013). Αμερικανοί κατασκευαστές και ασφαλιστικές εταιρείες μελετούν και επιδιώκουν επιλογές υπεράκτιας υγείας σε μια προσπάθεια να μειώσουν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η Mercer Health & Benefits, μια εξέχουσα εταιρία παροχής συμβουλών σε εργαζόμενους, έχει διατηρηθεί από τρεις εταιρείες Fortune 500 για να καθορίσει τη σκοπιμότητα της διευθυντικής επιλογής μεγάλης χειρουργικής επέμβασης σε ξένους ιατρικούς προορισμούς (Chen & Wilson, 2013).

Επί του παρόντος, η Blue Shield της Καλιφόρνια και η Health Net πωλούν εκπρωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας τα οποία ενθαρρύνουν τους ασθενείς να πάρουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας τους στο Μεξικό και τα United Group Programs, ένας διαχειριστής τρίτου μέρους, προωθούν την εκλεκτική χειρουργική φροντίδα στην Ταϊλάνδη (Ormond & Sulianti, 2017).

Στη Δυτική Βιρτζίνια εισήχθη νομοθεσία που παρέχει οικονομικές εκπτώσεις σε κρατικούς υπαλλήλους που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε ιατρικούς τουριστικούς προορισμούς. (Ormond & Sulianti, 2017).

## 6.5 Προκλήσεις και Ευκαιρίες

Είναι αναπόφευκτο ότι ένας αυξανόμενος αριθμός σχεδίων ασφάλισης υγείας θα επεκτείνει τα δίκτυα παροχέα τους ώστε να συμπεριλάβει επιλεγμένα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και θα παράσχει κίνητρα για να ενθαρρύνει τους δικαιούχους να χρησιμοποιούν υπεράκτιες δομές για δαπανηρές εκλεκτικές χειρουργικές διαδικασίες.

Η απώλεια ακόμη και ενός μικρού αριθμού επικερδών ασφαλισμένων χειρουργικών ασθενών θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα ορισμένων προγραμμάτων και ιδρυμάτων που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματικό για τα μικρότερα προγράμματα και για εκείνα με προϋπάρχουσα δυσμενή σύνθεση.

Η ανάλυσή τους υποδηλώνει ότι η υπεράκτια χειρουργική επέμβαση θα μπορούσε να μειώσει τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών για την υγειονομική περίθαλψη κατά 1% έως 2% (Milstein & Smith, 2006). Ο Mattoo (ένας οικονομολόγος της Παγκόσμιας Τράπεζας) και ο Rathindran (2006) αναφέρουν ότι πολλές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι άμεσα εμπορεύσιμες και ότι τα δυνητικά κέρδη από το εμπόριο θα μπορούσαν να ωφελήσουν όλα τα μέρη, με την αμερικανική υγειονομική περίθαλψη να εξοικονομεί τεράστια ποσά .

Τα ιατρικά ιδρύματα στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες ωφελούνται εξυπηρετώντας ξένους ασθενείς. Οι δεξιότητες και οι οικονομικοί πόροι που προέρχονται από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην παγκόσμια αγορά επιτρέπουν σε αυτές τις εγκαταστάσεις να φροντίζουν καλύτερα τους κατοίκους της περιοχής οι οποίοι διαφορετικά θα είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε σύγχρονες ιατρικές εγκαταστάσεις και υπηρεσίες (Mattoo & Rathindran, 2006).

Ο ιατρικός τουρισμός δίνει τη δυνατότητα σε χώρες που διαθέτουν μακρές λίστες αναμονής για ορισμένες διαδικασίες να μειώσουν την αναμονή τους στέλνοντας ασθενείς σε ξένες χώρες για την κατάλληλη περίθαλψη, με χαμηλό κόστος, χωρίς να επεκτείνουν την τοπική δυναμικότητα (Lancaster, 2004).

Τέλος, υπάρχουν ευκαιρίες για τα καινοτόμα στελέχη ιατρών και άλλους leader της υγειονομικής περίθαλψης να διερευνήσουν τρόπους καλύτερης χρηματοδότησης της φροντίδας των φτωχών ασθενών, κατευθύνοντας ορισμένες υπηρεσίες σε νοσοκομεία χαμηλότερου κόστους σε ξένους προορισμούς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7.1 Συμπεράσματα

Η παγκοσμιοποίηση έχει δημιουργήσει μια ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών που ταξιδεύουν σε όλο τον κόσμο για φθηνότερες, καλύτερες και πιο ευέλικτες υπηρεσίες και αυτό είναι πιθανόν να συνεχιστεί όσο παραμένουν οι διαφορές στις υπηρεσίες υγείας σε κάθε χώρα. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τουριστικής βιομηχανίας σε πολλές χώρες, προκειμένου να συλλάβει αυτούς τους προσοδοφόρους πελάτες.

Προκειμένου να συνεχιστεί η πολιτική αυτή, είναι αναγκαίο οι κυβερνήσεις να εξετάσουν προσεκτικά το συνολικό τους κόστος. Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών που σχετίζονται με τις λειτουργικές δραστηριότητες, το κόστος των φορολογικών κινήτρων που παρέχονται στον ιδιωτικό τομέα για επενδύσεις στις υποδομές που εξυπηρετούν αλλοδαπούς, τα έξοδα εμπορίας, όπως οι διεθνείς οδικές εκθέσεις, οι διαφημιστικές εκστρατείες και οι ιστοσελίδες (Γείτονα, Σαραντοπουλος 2015).

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ιατρικοί τουρίστες συμβάλλουν άμεσα στην εθνική οικονομία. Είναι προφανές ότι κάθε ιατρικός τουρίστας και όλοι οι σύντροφοι δαπανούν πολλά, όχι μόνο για το ιατρικό στοιχείο της επίσκεψής τους, αλλά και για τα τουριστικά στοιχεία. Πρόκειται για κερδοφόρους πελάτες, διότι, όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες, ξοδεύουν περισσότερα και, από την άποψη του τουρισμού, ξοδεύουν επίσης περισσότερο από τους γενικούς διεθνείς τουρίστες. Ωστόσο, το βασικό σημαντικό εύρημα είναι ότι ο συνολικός αριθμός των «γνήσιων» ιατρικών τουριστών είναι πολύ μικρότερος από ό, τι πιστεύεται γενικά. Πρέπει να θεωρηθούν ως μια εξειδικευμένη αγορά σε σύγκριση με τον σημαντικό αριθμό μη ιατρικών τουριστών που επισκέπτονται τις χώρες. Ως εκ τούτου, τα συνολικά έσοδα από αυτά είναι πολύ οριακά σε σύγκριση με τα συνολικά έσοδα από τους μη ιατρικούς τουρίστες. Είναι πολύ σημαντικό να εξεταστεί το καθαρό όφελος που αποκομίστηκε από την επιδίωξη της πολιτικής ενθάρρυνσης των ιατρικών τουριστών, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι κάθε χώρα θα κερδίσει από την εξυπηρέτησή τους.

Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί πηγή ανάπτυξης για πολλές χώρες ή περιφέρειες, με γνώμονα την επιθυμία των ανθρώπων να συνδυάσουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και

χαμηλότερου κόστους με ένα φιλόξενο τουριστικό περιβάλλον. Με την αφθονία του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού, την εγγύτητά του με μεγάλες αγορές όπως η Ευρώπη και τη Μέση Ανατολή και τις άριστες και περιβαλλοντικές συνθήκες, η Ελλάδα μπορεί να είναι σημαντικός παίκτης σε διάφορους τομείς του ιατρικού τουρισμού.

Οι επενδύσεις στην ανάπτυξη εξειδικευμένων ιατρικών κέντρων, στις εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων ή σε μακρόχρονη αποκατάσταση και ευημερία μπορούν να ωθήσουν τον υψηλό αριθμό διαθέσιμων ιατρών και ιατρικού προσωπικού και να αποδώσουν υψηλές αποδόσεις στους επενδυτές. Τέτοιες επενδύσεις υποστηρίζονται περαιτέρω από την ύπαρξη σημαντικής πλεονάζουσας παραγωγικής ικανότητας σε ιατρικές εγκαταστάσεις που θα ήταν διαθέσιμες για αγορά σε λογικές τιμές και από το προσαρμοσμένο κανονιστικό πλαίσιο, επιτρέποντας στους ξένους επενδυτές να εισέλθουν ευκολότερα στην ιατρική αγορά στην Ελλάδα.

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα είναι ένας πολύ δημοφιλής τουριστικός προορισμός, λόγω των μοναδικών φυσικών και ιστορικών χαρακτηριστικών της. Τα υπέροχα τοπία της Ελλάδας, καθώς και πολλά ιστορικά μνημεία, μοναδικές παραδόσεις και η «ελληνική φιλοξενία» προσελκύουν κάθε χρόνο εκατομμύρια τουρίστες από όλο τον κόσμο. Παρόλο που η Ελλάδα είναι «υψηλού επιπέδου» στον τομέα του τουρισμού και υπάρχουν όλες οι κατάλληλες συνθήκες για να συνδυαστούν οι ιατρικές υπηρεσίες με τον τουρισμό, ωστόσο τα στοιχεία και τα γεγονότα του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα δείχνουν μια σχεδόν ανύπαρκτη αγορά με ασήμαντη παγκόσμια επιρροή.

Αναμφισβήτητα, υπάρχουν πολλές βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν στην Ελλάδα, αρχίζοντας από μακροοικονομικές πολιτικές που θα σταθεροποιήσουν την ελληνική οικονομία και θα τερματιστούν με πολιτικές μικρο-εμπορίας που θα δημιουργούν, θα προωθούν, θα τιμολογούν και θα διανέμουν τις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες κάθε ιατρικής μονάδας τουριστικού χώρου. Η κύρια προσπάθεια θα πρέπει να στοχεύει σε μια οργανωμένη στρατηγική συνέργεια, τόσο μεταξύ του δημόσιου (κρατικού) όσο και του ιδιωτικού τομέα (ιατρικών μονάδων), για τη συστηματική διερεύνηση και εκμετάλλευση των ευκαιριών ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.

Οι Κανονισμοί, Κατευθύνσεις και Οδηγίες που εκδόθηκαν από το Υπουργείο Υγείας έχουν δώσει κάποια σαφήνεια σε αυτόν τον πολύπλοκο τομέα. Ο αντίκτυπος της οδηγίας της ΕΕ για τους ασθενείς θα εξαρτηθεί από τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται και, ειδικότερα, εάν αυξάνει την ευαισθητοποίηση του κοινού και την υιοθέτηση των υφιστάμενων δικαιωμάτων για

ταξίδια στο εξωτερικό για περίθαλψη μεταξύ των ασθενών άλλων χωρών του ΕΟΧ. Η ζήτηση μεταξύ των Ευρωπαίων ασθενών είναι μέχρι στιγμής σχετικά χαμηλή και ο αντίκτυπος της ίδιας της οδηγίας είναι αρκετά μικρός. Ωστόσο, οι κανόνες που η οδηγία επιδιώκει να αποσαφηνίσει θέτουν ήδη σημαντικά ζητήματα γύρω από την ικανοποίησή τους για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς στο εξωτερικό στην Ευρώπη και τη διαχείριση των πιθανών κινδύνων για την ισότητα που μπορεί να προκύψουν εάν στην πράξη, είναι σε θέση να ασκήσουν αυτά τα δικαιώματα.

Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας στην Κύπρο διαφάνηκε πως αυτή χαρακτηρίζεται ως ένας από τους τομείς υψηλής προτεραιότητας από το Υπουργείο Υγείας για την επίτευξη υψηλής ποιότητας και βιώσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας των ΣΕΔ θα βοηθήσουν σημαντικά την Κύπρο στην επίτευξη των πολιτικών προτεραιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και θα διαδραματίσουν αποφασιστικό ρόλο στην ενίσχυση τόσο της ποιότητας της φροντίδας όσο και της ποιότητας ζωής των πολιτών της.

Η χρηματοδότηση των ΣΕΔ θα συμβάλει στην εκτέλεση των αρχικών καθηκόντων που απαιτούνται για την υλοποίηση διασυνοριακών υπηρεσιών πληροφόρησης για την ηλεκτρονική υγεία, όπως η δοκιμή, η διάδοση και η κατάρτιση. Από τη στιγμή που οι υπηρεσίες θα τεθούν σε σταθερή βάση, αναμένεται ότι θα ενσωματωθούν καλά στις εθνικά χρηματοδοτούμενες δομές που παρέχουν συνεχή λειτουργία, υποστήριξη, διάδοση, διαχείριση και αξιολόγηση των υπηρεσιών πληροφόρησης και συνεπώς δεν θα απαιτούν πλέον ειδική χρηματοδότηση μέσω των ΣΕΔ.

Επιπλέον, ότι αφορά τον παγκόσμιο ιατρικό τουρισμό μπορεί να μην είναι καινούργιος, αλλά το σχήμα που παίρνει τώρα διαφέρει από τις προηγούμενες εποχές. Η ανασκόπηση των υφιστάμενων γνώσεων που μπορούν να αναζητηθούν σχετικά με τον «τι, ποιος, γιατί και όπου» ο ιατρικός τουρισμός επιτρέπει αρκετά συνοπτικά σημεία:

- Μια μετατόπιση των ροών με τις αναπτυσσόμενες χώρες να γίνονται πιο σημαντικοί προορισμοί που ανταγωνίζονται για πλουσιότερους ασθενείς από γειτονικές χώρες ή ανεπτυγμένες χώρες, ιδίως τις ΗΠΑ
- Μια αναδυόμενη συναίνεση ότι οι ροές αυτές είναι πιθανό να αυξηθούν καθώς οι δημογραφικές πιέσεις στις προηγμένες οικονομίες δημιουργούν περισσότερα προβλήματα αναμονής σε δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης

- Η δημιουργία μεγάλων «πόλεων υγείας» σε πολλές χώρες προορισμού που προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπερσύγχρονων ιατρικών και χειρουργικών υπηρεσιών
- Τα επιτηρούμενα δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με το ποιος ωφελεί περισσότερο και πόσο θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν καλύτερα οι αμφιλεγόμενες διαδικασίες όπως η μεταμόσχευση οργάνων ή η υποκατάσταση των οργάνων
- Η ισορροπία, εάν μπορεί να επιτευχθεί, μεταξύ του παγκόσμιου και επιχειρηματικού χαρακτήρα του ιδιωτικού ιατρικού τουρισμού και των εθνικών και αναδιανεμητικών στόχων των συστημάτων δημόσιας υγείας

## 7.2 Προτάσεις Μελλοντικής Έρευνας

Ενώ υπάρχει μια αυξανόμενη βιβλιογραφία για αυτά τα ζητήματα, το πιο εντυπωσιακό συμπέρασμα της επισκόπησής μας είναι η έλλειψη δεδομένων σχετικά με το μέγεθος του ιατρικού τουρισμού, με ανέκδοτα, μεσιτικές δηλώσεις και θεωρητικά συμπεράσματα για μια πιο εκλεπτυσμένη μελέτη.

Υπάρχει μια σημαντική έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων σχετικά με την κλίμακα των εσόδων που δημιουργούνται, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, καθώς και από λεπτομερείς απολογισμούς για το ποιος επωφελείται και ποιος μπορεί να χάνει (αν όχι καθόλου) από την πιθανή (αν και όχι οριστικά καθορισμένη) αυτή τη βιομηχανία. Οι εθνικές στατιστικές για την υγεία και την οικονομία μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη μετρήσεων των δημόσιων / ιδιωτικών εσόδων, των ωφελειών και των συνολικών ωφελημάτων ευημερίας που προκύπτουν από τον ιατρικό τουρισμό, αν και θα απαιτηθούν λεπτομερείς μελέτες εντός της χώρας για να εξακριβωθεί η κατανομητική επίδραση των καθαρών κερδών και ζημιών στην υγεία. Ορισμένες μετρήσεις των ροών ασθενών θα μπορούσαν να εκτιμηθούν από δεδομένα που συλλέχθηκαν από πρακτορεία ιατρικού τουρισμού ή εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης προορισμού. Ωστόσο, οι πληροφορίες αυτές μπορούν να θεωρηθούν εμπιστευτικές ή οι εμπλεκόμενες εταιρείες ενδέχεται να μην επιθυμούν να την απελευθερώσουν. Οι έρευνες ασθενών που λαμβάνουν διασυννοριακή περίθαλψη αποτελούν άλλες πιθανές πηγές χρήσιμων δεδομένων, αλλά αυτό απαιτεί και πάλι τη συνεργασία των εγκαταστάσεων ιατρικού τουρισμού.

Εν συντομία, δεν θα είναι εύκολη η απόκτηση μιας ικανής εμπειρικής διαχείρισης της φύσης αυτής της βιομηχανίας. Επιπλέον, οποιαδήποτε νέα έρευνα στον τομέα του ιατρικού

τουρισμού θα πρέπει επίσης να εντοπίσει τα ερωτήματα και τις αναλύσεις της στο ευρύτερο πλαίσιο της παγκόσμιας μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας, η οποία εδώ και αρκετές δεκαετίες χαρακτηρίστηκε από μείωση της δημόσιας ή μη κερδοσκοπικής παροχής και αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα (Gilson, et al., 2007). Το γεγονός αυτό δεν μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αύξηση του αριθμού των ασθενών.

Στη βάση, το βασικό ερώτημα σχετικά με τον ιατρικό τουρισμό είναι κατά πόσον η ικανότητα των ελίτ να επωφεληθεί από αυτό επιβάλλει κόστος πρόσβασης για φτωχότερες ομάδες. Το ότι αυτό το ερώτημα στηρίζει πολλές άλλες πτυχές των συστημάτων και της πολιτικής υγείας, και μάλιστα της ίδιας της σύγχρονης παγκοσμιοποίησης, δεν καθιστά λιγότερο σημαντική ή επείγουσα την αντιμετώπιση.

## Βιβλιογραφία

Γείτονα, Μ – Σαραντόπουλος, Ιωάν. (2015) *Ιατρικός τουρισμός – Επένδυση στην Υγεία και την Οικονομία* – (Παπαζήση) (σελ. 26-32, 119, 134, 141-146, 159, 160-164, 221-230)

Κοκορότσικος, Π. (2018). *Προοπτικές της Ελλάδας ως προορισμού Ιατρικού Τουρισμού*. [ebook] Greek Medical Tourism Council. Available at: [https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/al19895\\_us147\\_20170328094045\\_kokorotsikos\\_paroysiastrikosynedrio.pdf](https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/al19895_us147_20170328094045_kokorotsikos_paroysiastrikosynedrio.pdf) [Accessed 3 Jan. 2018].

Antonakakis, N., Dragouni, M., & Filis, G. (2015). Tourism and growth: The times they are a-changing. *Annals of Tourism Research*, 50, 165-169.

Antoniou, Z. C., Schiza, E. C., Neokleous, K. C., Angastiniotis, M., Pattichis, C. S., & Schizas, C. N. (2015, July). eHealth Services for the European Reference Network on Rare Anaemias (eENERCA). In *ICIMTH* (pp. 153-156).

Bersin, J., & by Deloitte, B. (2013). Predictions for 2014. *Bersin by Deloitte*.

Bookman, M. (2007). *Medical tourism in developing countries*. Springer.

Buzinde, C. N., & Yarnal, C. (2012). Therapeutic landscapes and postcolonial theory: A theoretical approach to medical tourism. *Social Science & Medicine*, 74(5), 783-787.

Caballero-Danell, S., & Mugomba, C. (2007). *Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities-A conceptual framework for entry into the industry. rapport nr.: Master Thesis 2006: 91.*

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.

Cohen, I. G. (2011). *Medical tourism, access to health care, and global justice*.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.

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(1), 266.



Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726-732.

Cross Border Healthcare and Patient Mobility in Europe. (2013). 1st ed. [ebook] UK: Department of Health. Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/252940/Cross\\_Border\\_Healthcare\\_Information.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252940/Cross_Border_Healthcare_Information.pdf) [Accessed 9 Jan. 2018].

Darwazeh, D. (2011). *Medical Tourism: Establishing a Sustainable Medical Facility* (Master's thesis, University of Waterloo).

De Arellano, A. B. R. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1), 193-198.

Deloitte, L. (2008). Medical tourism: Consumers in search of value. *Retrieved on*, 2, 12.

Dolin, R. H., Alschuler, L., Beebe, C., Biron, P. V., Boyer, S. L., Essin, D., ... & Mattison, J. E. (2001). The HL7 clinical document architecture. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8(6), 552-569.

eHealth Network GUIDELINE on the electronic exchange of health data under CrossBorder Directive 2011/24/EU Release 2 ePrescriptions and eDispensations. (2016). 2nd ed. [ebook] Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev\\_20161121\\_co091\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co091_en.pdf) [Accessed 12 Jan. 2018].

Elitour.org. (2018). *Elitour - Greek Medical Tourism Council*. [online] Available at: <http://www.elitour.org/> [Accessed 12 Jan. 2018].

epSOS Technical Aspects. (2014). 1st ed. [ebook] IST PSP, pp.1-2. Available at: [http://www.epsos.eu/uploads/tx\\_epsosfileshare/epSOS\\_Technical\\_Aspects\\_2014.pdf](http://www.epsos.eu/uploads/tx_epsosfileshare/epSOS_Technical_Aspects_2014.pdf) [Accessed 3 Jan. 2018]

Eur-lex.europa.eu. (2018). *EUR-Lex - 12012E/TXT - EN - EUR-Lex*. [online] Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Eur-lex.europa.eu. (2018). *EUR-Lex - 32011L0024 - EN - EUR-Lex*. [online] Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>

Eur-lex.europa.eu. (2018). *EUR-Lex - c10516 - EN - EUR-Lex*. [online] Available at: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=LEGISSUM%](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=LEGISSUM%20c10516) [Accessed 28 Dec. 2017]

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

Galanos, G. (2013). The Greek Tourism Industry and the Challenge of the Economic Crisis. In *Greece's Horizons* (pp. 131-145). Springer Berlin Heidelberg.

Germanwordsexplained.com. (2018). *AOK / Abbreviations / German Words Explained*. [online] Available at: <http://www.germanwordsexplained.com/blog/abbreviations/aok/#.WlhbI6iWaUk> [Accessed 3 Jan. 2018]

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). Challenging inequity through health systems. *Final report of the Knowledge Network on health systems*.

Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?. *Tourism review*, 66(1/2), 4-15.

Han, H., & Hyun, S. S. (2014). Medical hotel in the growth of global medical tourism. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 31(3), 366-380.

Han, H., & Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.

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.

Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.

Horowitz, M. D. (2007). Medical tourism-health care in the global economy. *Physician executive*, 33(6), 24.

Jagyasi, P. (2010). Medical Tourism: Research & Survey Report. Dr Prem.

Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., & Kingsbury, P. (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), 24.

Joint Commission International. (2018). *Patient Safety, Accreditation Resources, Quality Improvement, Health Care Consulting | Joint Commission International*. [online] Available at: <https://www.jointcommissioninternational.org/> [Accessed 3 Jan. 2018].

- Jossif, A., Pattichis, C. S., Kyriakides, M., Pitsillides, A., Kyriacou, E., & Dikaiakos, M. (2007). Selected eHealth applications in Cyprus from the training perspective. *Methods of information in medicine*, 46(1), 84.
- Kuznetsov, N. G., Savvidy, I. I., Rodionova, N. D., & Tsepilova, E. S. (2017). Economic Cooperation of Russia and Greece during the Sanction Restrictions period and the Policies to Strengthen the Integration Process. *European Research Studies Journal*, 20(1), 22-35.
- Lancaster, J. (2004). Surgeries, Side Trips for ‘Medical Tourists’; Affordable Care at India’s Private Hospitals Draws Growing Number of Foreigners. *Washington Post*, 21.
- Lee, H. K., & Fernando, Y. (2015). The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain. *Tourism Management*, 46, 148-157.
- Lee, H., Baylon Verances, J., & Song, W. (2009). The tourism-environment causality. *International Journal of Tourism Sciences*, 9(3), 39-48.
- Leng, C. H. (2010). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, 10(3), 336-357.
- Lunt, N. T., Mannion, R., & Exworthy, M. (2013). A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flows. *Social Policy & Administration*, 47(1), 1-25.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32.
- Martimianakis, M. A. T., & Hafferty, F. W. (2013). The world as the new local clinic: a critical analysis of three discourses of global medical competency. *Social Science & Medicine*, 87, 31-38.
- Mattoo, A., & Rathindran, R. (2005). *Does health insurance impede trade in health care services?* (Vol. 3667). World Bank Publications.
- Mattoo, A., & Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs*, 25(2), 358-368.
- Medicaltourismassociation.com. (2018). *Medical Tourism Association - Medical travel & health tourism :: Medical Tourism Association*. [online] Available at: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html> [Accessed 3 Jan. 2018].
- Milstein, A., & Smith, M. (2006). America's new refugees—seeking affordable surgery offshore. *New England Journal of Medicine*, 355(16), 1637-1640.

Mishra, R., & Shailesh, K. (2012). Making Indian healthcare market a global medical tourism destination. *IOSR J Business Manag*, 2(4), 23-8.

Ormond, M., & Sulianti, D. (2017). More than medical tourism: lessons from Indonesia and Malaysia on South–South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 94-110.

Papadopoulos, H. (2010). Tile-Ippokratis: The experience of an ehealth platform for the provision of health care services in the island of Chios and Cyprus. *International journal of telemedicine and applications*, 2010, 4.

Paraskou, A., & George, B. P. (2017). The market for reproductive tourism: an analysis with special reference to Greece. *Global Health Research and Policy*, 2(1), 16.

Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7(1), 12.

Public Health. (2018). *Public Health - European Commission*. [online] Available at: [https://ec.europa.eu/health/home\\_en](https://ec.europa.eu/health/home_en) [Accessed 12 Jan. 2018].

Publications.parliament.uk. (2009). *House of Lords - Asylum directives: scrutiny of the opt in decisions - European Union Committee*. [online] Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200910/ldselect/lddeucom/6/602.htm> [Accessed 9 Jan. 2018].

Regulations. (2009). 1st ed. [ebook] Official Journal of the European Union. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ENG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745&from=EN> [Accessed 9 Jan. 2018].

Rise.org.cy. (2018). *Deployment of Generic Cross Border eHealth Services in Cyprus*. [online] Available at: <http://www.rise.org.cy/CMSPages/GetFile.aspx?nodeguid=6c0f36ea-1f2a-47fa-a4b1-fc6da9ecae4b> [Accessed 12 Jan. 2018].

Sarantopoulos, I., Vicky, K., & Geitona, M. (2014). A supply side investigation of medical tourism and ICT use in Greece. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 148, 370-377.

Skountridaki, L. (2017). Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professionals. *Tourism Management*, 59, 254-266.

Smith, K. (2012). The problematization of medical tourism: a critique of neoliberalism. *Developing world bioethics*, 12(1), 1-8.

Spasojevic, M., & Susic, V. (2010). Modern medical tourism as a market niche of health tourism. *Economics and Organization*, 7(2), 201-208.

Teh, I., & Chu, C. (2005). Special report—supplementing growth with medical tourism. *Asia-Pacific Biotech News*, 9(08), 306-311.

Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization.

Union, E. (2012). eHealth Action Plan 2012-2020-Innovative healthcare for the 21st century.

Widdows, H. (2011). Localized past, globalized future: towards an effective bioethical framework using examples from population genetics and medical tourism. *Bioethics*, 25(2), 83-91.

Williams, D. E., & Seus, J. (2007). Medical tourism: implications for participants in the US health care system. *Boston: MedPharma Partners LLC & MedTripInfo. com. Retrieved November, 24(2008), 2010-07.*

## Παραρτήματα

### Παράρτημα Ι

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 883/2004 του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης [Επίσημη Εφημερίδα L 166 της 30.4.2004].

Για την απλούστευση και την αποσαφήνιση των κοινοτικών κανόνων σχετικά με το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών μελών, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο εξέδωσαν τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 883/2004, ο οποίος αποτελεί το νέο σημείο αναφοράς στον τομέα του συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών μελών. Ο εν λόγω κανονισμός διευκολύνει σημαντικά τη ζωή των ευρωπαίων πολιτών που μπορούν ευκολότερα να ασκούν το δικαίωμά τους να κυκλοφορούν ελεύθερα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τέλος ενισχύει τις υποχρεώσεις συνεργασίας μεταξύ των διοικήσεων σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης και καταργεί τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 από την ημερομηνία κατά την οποία αρχίζει να ισχύει (η οποία έχει προβλεφθεί για το τέλος του 2009). Επιπλέον, τα παραρτήματα του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1408/71 τροποποιούνται από τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 592/2008 του Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 17ης Ιουνίου 2008, σχετικά με την εκτέλεση μέτρων, προκειμένου να ληφθεί υπόψη η εξέλιξη των εθνικών νομοθεσιών.

Ωστόσο, ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1407/71 εξακολουθεί να ισχύει και τα νομικά αποτελέσματά του παραμένουν έγκυρα για τους σκοπούς των ακόλουθων πράξεων:

Ο κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 883/2004 καθιστά επίσης υποχρεωτική την ηλεκτρονική ανταλλαγή στοιχείων μεταξύ των διοικήσεων των κρατών μελών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του κανονισμού εφαρμογής του. Η γραμματεία της τεχνικής επιτροπής (που προβλέπεται από τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 1290/97, της 27ης Ιουνίου 1997, για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71, προετοιμάζει αυτή την ηλεκτρονική ανταλλαγή βάσει μιας κοινής ευρωπαϊκής δομής που θα χρησιμοποιεί το πρότυπο XML (eXtended markup language).

## **Παράρτημα II**

Άρθρο 57 - (πρώην άρθρο 50 της ΣΕΚ)

Κατά την έννοια των Συνθηκών, ως υπηρεσίες νοούνται οι παροχές που κατά κανόνα προσφέρονται αντί αμοιβής, εφόσον δεν διέπονται από τις διατάξεις τις σχετικές με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων.

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ιδίως:

- α) βιομηχανικές δραστηριότητες,
- β) εμπορικές δραστηριότητες,
- γ) βιοτεχνικές δραστηριότητες,
- δ) δραστηριότητες των ελευθέρων επαγγελμάτων.

Με την επιφύλαξη των διατάξεων του κεφαλαίου που αφορά το δικαίωμα εγκαταστάσεως, εκείνος που παρέχει υπηρεσία δύναται για την εκτέλεση αυτής να ασκήσει προσωρινά τη δραστηριότητά του στο κράτος μέλος όπου παρέχεται η υπηρεσία με τους ίδιους όρους που το κράτος αυτό επιβάλλει στους δικούς του υπηκόους.

### **Παράρτημα ΙΙΙ**

Άρθρο 56 - (πρώην άρθρο 49 της ΣΕΚ)

Στο πλαίσιο των κατωτέρω διατάξεων, οι περιορισμοί της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό της Ένωσης απαγορεύονται όσον αφορά τους υπηκόους των κρατών μελών που είναι εγκατεστημένοι σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο του αποδέκτου της παροχής.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία, δύνανται να επεκτείνουν το ευεργέτημα των διατάξεων του παρόντος κεφαλαίου και σε υπηκόους τρίτου κράτους που παρέχουν υπηρεσίες και είναι εγκατεστημένοι στο εσωτερικό της Ένωσης.



## Παράρτημα IV

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΚ) αριθ. 883/2004 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 29ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας.

Οι κανόνες συντονισμού των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας εγγράφονται στο πλαίσιο της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων και θα πρέπει να συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου της ζωής τους και των συνθηκών εργασίας τους.

Εκτός από τις εξουσίες του άρθρου 308, η συνθήκη δεν προβλέπει άλλες εξουσίες για

2) τη λήψη ενδεδειγμένων μέτρων στον τομέα της κοινωνικής ασφάλειας προσώπων πέραν των μισθωτών.

Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, περί

3) εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και στα μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας (<sup>4</sup>) τροποποιήθηκε και ενημερώθηκε με διάφορες ευκαιρίες, προκειμένου να ληφθούν υπόψη όχι μόνον οι εξελίξεις σε κοινοτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των αποφάσεων του Δικαστηρίου, αλλά και οι αλλαγές της νομοθεσίας, σε εθνικό επίπεδο. Οι παράγοντες αυτοί συνέτειναν ώστε οι κοινοτικοί κανόνες συντονισμού να καταστούν περίπλοκοι και μακροσκελείς. Κατά συνέπεια, είναι θεμελιώδους σημασίας να αντικατασταθούν οι εν λόγω κανόνες και, παράλληλα, να εκσυγχρονισθούν και να απλουστευθούν, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων.

Είναι ανάγκη να γίνουν σεβαστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εθνικών

4) νομοθεσιών κοινωνικής ασφάλειας και να εκπονηθεί απλώς ένα σύστημα συντονισμού.

Στο πλαίσιο του συντονισμού αυτού, είναι ανάγκη να εξασφαλισθεί, εντός της

5) Κοινότητας, ίση μεταχείριση των ενδιαφερομένων προσώπων, δυνάμει των διαφόρων εθνικών νομοθεσιών.

Η στενή σχέση μεταξύ της νομοθεσίας κοινωνικής ασφάλειας και των συμβατικών

6) διατάξεων που την συμπληρώνουν ή την αντικαθιστούν, τις οποίες οι δημόσιες αρχές με απόφασή τους κατέστησαν υποχρεωτικές ή επέκτειναν το πεδίο εφαρμογής τους, ενδέχεται να

απαιτεί παρεμφερή προστασία για την εφαρμογή αυτών των διατάξεων με εκείνη που παρέχει ο παρών κανονισμός. Ως πρώτο βήμα, θα ήταν σκόπιμο να αξιολογηθεί η εμπειρία των κρατών μελών που έχουν κοινοποιήσει συστήματα αυτού του είδους.

Λόγω των σημαντικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των εθνικών νομοθεσιών

- 7) όσον αφορά τα καλυπτόμενα πρόσωπα, είναι προτιμότερο να θεσπισθεί η αρχή ότι ο παρών κανονισμός εφαρμόζεται στους υπηκόους κράτους μέλους ή τους ανιθαγενείς και τους πρόσφυγες που κατοικούν στο έδαφος κράτους μέλους, και υπάγονται ή είχαν υπαχθεί στη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλειας ενός ή περισσότερων κρατών μελών, καθώς και στα μέλη της οικογένειάς τους και στους επιζώντες τους.

Η γενική αρχή της ίσης μεταχείρισης έχει ιδιαίτερη σημασία για εργαζομένους, οι

- 8) οποίοι δεν κατοικούν στο κράτος μέλος όπου απασχολούνται, συμπεριλαμβανομένων των μεθοριακών εργαζομένων.

Το Δικαστήριο εξέφρασε κατ' επανάληψη τη γνώμη του για τη δυνατότητα ίσης

- 9) μεταχείρισης των παροχών, των εισοδημάτων και των γεγονότων· αυτή η γενική αρχή θα πρέπει να υιοθετηθεί ρητώς και να αναπτυχθεί περαιτέρω, τηρουμένης της ουσίας και του πνεύματος των δικαστικών αποφάσεων.

Ωστόσο, η αρχή της εξομοίωσης ορισμένων γεγονότων ή καταστάσεων

- 10) επισυμβαινόντων στο έδαφος άλλου κράτους μέλους ως εάν είχαν λάβει χώρα στο έδαφος του κράτους μέλους η νομοθεσία του οποίου εφαρμόζεται, δεν θα πρέπει να συγχέεται με την αρχή του συνυπολογισμού των περιόδων ασφάλισης, μισθωτής δραστηριότητας ή μη μισθωτής δραστηριότητας ή κατοικίας που πραγματοποιούνται δυνάμει της νομοθεσίας άλλου κράτους μέλους με τις περιόδους που πραγματοποιούνται δυνάμει της νομοθεσίας του αρμόδιου κράτους μέλους. Κατά συνέπεια, οι περίοδοι που πραγματοποιούνται δυνάμει της νομοθεσίας άλλου κράτους μέλους, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο κατ' εφαρμογήν της αρχής του συνυπολογισμού των περιόδων.

Η εξομοίωση γεγονότων ή καταστάσεων επισυμβαινόντων σε κράτος μέλος δεν είναι

- 11) δυνατόν να καθιστά αρμόδιο άλλο κράτος μέλος ή εφαρμοστέα τη νομοθεσία του.

Υπό το πρίσμα της αναλογικότητας, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα ώστε η αρχή της

- 12) εξομοίωσης γεγονότων ή καταστάσεων να μην οδηγήσει σε αντικειμενικώς αδικαιολόγητα

αποτελέσματα ή στη συρροή παροχών του ιδίου είδους για την ίδια περίοδο.

Οι κανόνες συντονισμού πρέπει να εξασφαλίζουν στα πρόσωπα που διακινούνται

- 13) στο εσωτερικό της Κοινότητας, καθώς και στα άτομα που εξαρτώνται από αυτούς και στους επιζώντες αυτών, τη διατήρηση των κεκτημένων και των υπό απόκτηση δικαιωμάτων και πλεονεκτημάτων.

Οι στόχοι αυτοί πρέπει να επιτευχθούν, ιδίως, με τον συνυπολογισμό όλων των

- 14) περιόδων που λαμβάνονται υπόψη δυνάμει των διαφόρων εθνικών νομοθεσιών για τη θεμελίωση και τη διατήρηση δικαιώματος σε παροχές και για τον υπολογισμό του ποσού των παροχών καθώς και με τη χορήγηση παροχών στις διάφορες κατηγορίες προσώπων που καλύπτονται από τον παρόντα κανονισμό.

Τα πρόσωπα που διακινούνται στο εσωτερικό της Κοινότητας είναι ανάγκη να

- 15) υπάγονται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας ενός μόνον κράτους μέλους, ώστε να αποφεύγεται η συρροή των εφαρμοστέων εθνικών νομοθεσιών και οι περιπλοκές που είναι δυνατόν να προκύψουν από αυτήν.

Στο εσωτερικό της Κοινότητας, δεν αιτιολογείται, κατ' αρχήν, να εξαρτώνται τα

- 16) δικαιώματα κοινωνικής ασφάλειας από τον τόπο κατοικίας του ενδιαφερομένου. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδίως όσον αφορά τις ειδικές παροχές που συνδέονται με το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον του ενδιαφερομένου, ο τόπος κατοικίας θα μπορούσε να λαμβάνεται υπόψη.

Για να εξασφαλισθεί, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, η ίση μεταχείριση για όλα τα

- 17) πρόσωπα που εργάζονται στο έδαφος ενός κράτους μέλους, είναι σκόπιμο να προσδιορίζεται, κατά γενικό κανόνα, ως εφαρμοστέα νομοθεσία, η νομοθεσία του κράτους μέλους στο έδαφος του οποίου ο ενδιαφερόμενος ασκεί τη μη μισθωτή ή τη μη μισθωτή δραστηριότητά του.

Μόλις η νομοθεσία κράτους μέλους καταστεί εφαρμοστέα σε ένα πρόσωπο

- 17α) σύμφωνα με τον τίτλο II του παρόντος κανονισμού, οι προϋποθέσεις σχετικά με την υπαγωγή και το δικαίωμα επί των παροχών θα πρέπει καθορίζονται από τη νομοθεσία αυτού του κράτους μέλους τηρώντας την κοινοτική νομοθεσία.

Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, οι οποίες αιτιολογούν άλλα κριτήρια εφαρμογής,

18) είναι ανάγκη να γίνεται παρέκκλιση από τον γενικό αυτό κανόνα.

Η βασική αρχή της ενιαίας εφαρμοστέας νομοθεσίας είναι υψίστης σημασίας και 18α) θα πρέπει να ενισχυθεί. Τούτο δεν σημαίνει, πάντως, ότι η χορήγηση και μόνον παροχής σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό, περιλαμβανομένης της καταβολής εισφορών ασφάλισης ή της ασφαλιστικής κάλυψης για τον δικαιούχο, καθιστά εφαρμοστέα τη νομοθεσία του κράτους μέλους, του οποίου ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης χορηγεί την εν λόγω παροχή, έναντι του συγκεκριμένου προσώπου.

Στο παράρτημα ΙΙΙ του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 3922/91 του Συμβουλίου, της 16ης 18β) Δεκεμβρίου 1991, για την εναρμόνιση τεχνικών κανόνων και διοικητικών διαδικασιών στον τομέα της πολιτικής αεροπορίας (<sup>5</sup>), ορίζεται η έννοια της «έδρας βάσης» για τα μέλη προσωπικού πτήσης και τα μέλη πληρώματος θαλάμου επιβατών ως τόπος καθοριζόμενος για το μέλος του πληρώματος από τον αερομεταφορέα από τον οποίο το μέλος του πληρώματος συνήθως ξεκινά και στον οποίο συνήθως καταλήγει μετά από μια περίοδο υπηρεσίας ή από διαδοχικές περιόδους υπηρεσίας και στον οποίο, υπό κανονικές συνθήκες, ο αερομεταφορέας δεν είναι υπεύθυνος για την παροχή καταλύματος στο συγκεκριμένο μέλος πληρώματος. Προκειμένου να διευκολυνθεί η εφαρμογή του τίτλου ΙΙ του παρόντος κανονισμού στα μέλη προσωπικού πτήσης και τα μέλη πληρώματος θαλάμου επιβατών, είναι θεμιτό να χρησιμοποιηθεί η έννοια της «έδρας βάσης» ως το κριτήριο για τον προσδιορισμό της εφαρμοστέας νομοθεσίας τα μέλη προσωπικού πτήσης και τα μέλη πληρώματος θαλάμου επιβατών. Ωστόσο, η εφαρμοστέα νομοθεσία για τα μέλη προσωπικού πτήσης και τα μέλη πληρώματος θαλάμου επιβατών θα πρέπει να παραμείνει σταθερή και η αρχή της έδρας βάσης δεν θα πρέπει να οδηγεί σε συχνές αλλαγές της εφαρμοστέας νομοθεσίας λόγω προτύπων της εργασίας ή εποχιακών αναγκών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, παροχές μητρότητας και ισοδύναμες παροχές 19) πατρότητας μπορούν να χορηγούνται στη μητέρα ή τον πατέρα· επειδή δε, για τον πατέρα, οι παροχές αυτές διαφέρουν από τις γονικές παροχές και μπορούν να εξομοιώνονται προς τις παροχές μητρότητας με τη στενή του όρου έννοια, δεδομένου ότι χορηγούνται κατά τους πρώτους μήνες ζωής ενός νεογέννητου, είναι σκόπιμο να ρυθμίζονται από κοινού οι παροχές μητρότητας και οι ισοδύναμες παροχές πατρότητας.

Όσον αφορά στις παροχές ασθένειας, μητρότητας και στις ισοδύναμες παροχές

20) πατρότητας, θα πρέπει να παρέχεται προστασία στα ασφαλισμένα πρόσωπα που κατοικούν ή διαμένουν σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος μέλος, καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους.

Οι διατάξεις για τις παροχές ασθένειας, μητρότητας και τις ισοδύναμες παροχές

21) πατρότητας εκπονήθηκαν υπό το πρίσμα της νομολογίας του Δικαστηρίου. Οι διατάξεις σχετικά με την εκ των προτέρων έγκριση βελτιώθηκαν, λαμβανομένων υπόψη των σχετικών αποφάσεων του Δικαστηρίου.

Λόγω της συγκεκριμένης θέσης των αιτούντων σύνταξη και των συνταξιούχων και

22) των μελών της οικογένειάς τους, πρέπει να υπάρχουν διατάξεις όσον αφορά στην ασφάλιση ασθένειας προσαρμοσμένες στην κατάσταση αυτή.

Δεδομένου ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνικών συστημάτων, είναι

23) σκόπιμο τα κράτη μέλη να προβλέπουν, εφόσον είναι δυνατόν, ιατρική περίθαλψη για τα μέλη των οικογενειών μεθοριακών εργαζομένων στο κράτος μέλος στο οποίο αυτοί ασκούν τη δραστηριότητά τους.

Είναι ανάγκη να θεσπισθούν ειδικές διατάξεις, οι οποίες να ρυθμίζουν τη μη συρροή

24) των παροχών ασθένειας σε είδος και των παροχών ασθένειας σε χρήμα, οι οποίες είναι της ίδιας φύσης με εκείνες που αποτέλεσαν το αντικείμενο των αποφάσεων C-215/99, Jauch και C-160/96 Molenaar του Δικαστηρίου, εφόσον αυτές οι παροχές καλύπτουν τον ίδιο κίνδυνο.

Όσον αφορά στις παροχές εργατικού ατυχήματος και επαγγελματικής ασθένειας, θα

25) πρέπει να θεσπισθούν κανόνες για να εξασφαλίζεται η προστασία, οι οποίοι να καλύπτουν την κατάσταση των προσώπων που κατοικούν ή διαμένουν σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος μέλος.

Όσον αφορά στις παροχές αναπηρίας, θα πρέπει να εκπονηθεί ένα σύστημα

26) συντονισμού το οποίο να σέβεται τις ιδιαιτερότητες των εθνικών νομοθεσιών, ιδίως όσον αφορά την αναγνώριση της αναπηρίας και της επιδείνωσής της.

Είναι ανάγκη να εκπονηθεί ένα σύστημα εκκαθάρισης των παροχών γήρατος και

27) επιζώντων για την περίπτωση κατά την οποία ο ενδιαφερόμενος είχε υπαχθεί στη νομοθεσία ενός ή περισσότερων κρατών μελών.

Χρειάζεται να προσδιορισθεί το ποσό της σύνταξης, η οποία θα υπολογίζεται με τη

28) μέθοδο του συνυπολογισμού και του αναλογικού συσχετισμού και θα εξασφαλίζεται από το κοινοτικό δίκαιο, όταν η εφαρμογή της εθνικής νομοθεσίας, συμπεριλαμβανομένων των ρητρών για τη μείωση, την αναστολή ή την κατάργηση, είναι λιγότερο ευνοϊκή από την εν λόγω μέθοδο.

Για να προστατεύονται οι διακινούμενοι εργαζόμενοι και οι επιζώντες τους από την υπερβολικά αυστηρή εφαρμογή των εθνικών κανόνων που διέπουν τη μείωση, την αναστολή ή την κατάργηση, είναι αναγκαίο να συμπεριληφθούν διατάξεις οι οποίες θα ρυθμίζουν αυστηρά την εφαρμογή των κανόνων αυτών.

Όπως επανειλημμένως έχει δηλώσει το Δικαστήριο, το Συμβούλιο δεν θεωρείται αρμόδιο να θεσπίζει κανόνες οι οποίοι να επιβάλλουν περιορισμό στη συρροή δύο ή περισσότερων συντάξεων που έχουν αποκτηθεί σε διαφορετικά κράτη μέλη με τη μείωση του ποσού της σύνταξης που θεμελιώνεται μόνο δυνάμει της εθνικής νομοθεσίας.

Σύμφωνα με το Δικαστήριο, αρμόδιος για τη θέσπιση κανόνων αυτού του είδους είναι ο εθνικός νομοθέτης, εξυπακουμένου ότι ο κοινοτικός νομοθέτης είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό των ορίων εντός των οποίων πρέπει να εφαρμόζονται οι εθνικές διατάξεις σχετικά με τη μείωση, την αναστολή ή την κατάργηση.

Προκειμένου να τονωθεί η κινητικότητα των εργαζομένων, είναι ιδιαίτερα σκόπιμο να διευκολύνεται η αναζήτηση εργασίας στα διάφορα κράτη μέλη. Είναι, συνεπώς, αναγκαίο να εξασφαλισθεί στενότερος και αποτελεσματικότερος συντονισμός μεταξύ των συστημάτων ασφάλισης ανεργίας και των υπηρεσιών απασχόλησης όλων των κρατών μελών.

Είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν τα εκ του νόμου προβλεπόμενα καθεστάτα προσύνταξης στο πεδίο εφαρμογής του παρόντος κανονισμού, ώστε να εξασφαλίζονται, κατ' αυτό τον τρόπο, η ίση μεταχείριση και η δυνατότητα εξαγωγής των παροχών προσύνταξης καθώς και η χορήγηση οικογενειακών παροχών και παροχών ασθένειας, μητρότητας και πατρότητας στον ενδιαφερόμενο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού· ωστόσο, ο κανόνας περί συνυπολογισμού των περιόδων δεν θα πρέπει να συμπεριληφθεί, δεδομένου ότι τα εκ του νόμου προβλεπόμενα καθεστάτα προσύνταξης υπάρχουν μόνο σε πολύ περιορισμένο αριθμό κρατών μελών.

Δεδομένου ότι το πεδίο εφαρμογής των οικογενειακών παροχών είναι ευρύτατο, η

34) παροχή προστασίας σε καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν κλασικές, καθώς και σε άλλες καταστάσεις οι οποίες είναι ιδιόμορφες, και που συνεπάγονται παροχές, όπως αυτές που αποτέλεσαν αντικείμενο των αποφάσεων του Δικαστηρίου στις συνεκδικαζόμενες υποθέσεις C-245/94 και C-312/94, Hoever και Zachow και στην υπόθεση C-275/96, Kuusijärvi, είναι σκόπιμη η ρύθμιση όλων αυτών των παροχών.

Για να αποφεύγονται οι αδικαιολόγητες σωρεύσεις παροχών, είναι ανάγκη να

35) θεσπισθούν κανόνες προτεραιότητας σε περίπτωση συρροής δικαιωμάτων για οικογενειακές παροχές σύμφωνα με τη νομοθεσία του αρμόδιου κράτους μέλους και σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους μέλους κατοικίας των μελών της οικογένειας.

Οι προκαταβολές παροχών διατροφής είναι ανακτήσιμες προκαταβολές, οι οποίες

36) προορίζονται να αντισταθμίζουν την αδυναμία γονέα να εκπληρώσει την εκ του νόμου υποχρέωσή του να συντηρεί τα τέκνα του, υποχρέωση η οποία απορρέει από το οικογενειακό δίκαιο. Επομένως, οι προκαταβολές αυτές δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως άμεση παροχή από συλλογική στήριξη υπέρ των οικογενειών. Λόγω των ιδιαιτεροτήτων αυτών, οι κανόνες συντονισμού δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται σε αυτές τις παροχές διατροφής.

Όπως επανειλημμένως έχει δηλώσει το Δικαστήριο, οι διατάξεις που παρεκκλίνουν

37) από την αρχή του εξαγωγίμου των παροχών κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να ερμηνεύονται αυστηρά. Αυτό σημαίνει ότι μπορούν να εφαρμόζονται μόνο σε παροχές οι οποίες πληρούν τους προσδιορισθέντες όρους. Συνεπώς, το κεφάλαιο 9 του τίτλου III του παρόντος κανονισμού μπορεί να εφαρμόζεται μόνο για παροχές, οι οποίες είναι ταυτόχρονα ειδικές, μη ανταποδοτικού τύπου και οι οποίες απαριθμούνται στο παράρτημα X του παρόντος κανονισμού.

Είναι αναγκαίο να συγκροτηθεί μια Διοικητική Επιτροπή, η οποία θα αποτελείται

38) από έναν εκπρόσωπο της κυβέρνησης κάθε κράτους μέλους και θα είναι επιφορτισμένη, ιδίως, με την εξέταση όλων των διοικητικών θεμάτων ή των θεμάτων ερμηνείας που απορρέουν από τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με την προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η εξέλιξη και η χρήση υπηρεσιών επεξεργασίας δεδομένων  
39) για την ανταλλαγή πληροφοριών, απαιτεί τη δημιουργία, υπό την αιγίδα της Διοικητικής Επιτροπής, μιας τεχνικής επιτροπής με συγκεκριμένες αρμοδιότητες στον τομέα της επεξεργασίας των δεδομένων.

Η χρήση υπηρεσιών επεξεργασίας δεδομένων για την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ  
40) οργάνων απαιτεί διατάξεις, οι οποίες να εγγυώνται ότι τα έγγραφα που ανταλλάσσονται ή εκδίδονται με ηλεκτρονικά μέσα είναι αποδεκτά όπως και τα έντυπα έγγραφα. Οι ανταλλαγές αυτές πρέπει να πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις κοινοτικές διατάξεις όσον αφορά στην προστασία των φυσικών προσώπων σχετικά με την επεξεργασία και την ελεύθερη κυκλοφορία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Είναι αναγκαίο να προβλεφθούν ειδικές διατάξεις που να ανταποκρίνονται στα  
41) ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εθνικής νομοθεσίας για να διευκολύνεται η εφαρμογή των κανόνων συντονισμού.

Σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας, βάσει του συλλογισμού για την επέκταση  
42) του παρόντος κανονισμού σε όλους τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με σκοπό να εξευρεθεί λύση η οποία θα λαμβάνει υπόψη τυχόν περιορισμούς οι οποίοι συνδέονται με τα ειδικά χαρακτηριστικά συστημάτων βασιζόμενων στην κατοικία, κρίθηκε σκόπιμη ειδική παρέκκλιση, μέσω καταχώρισης στο παράρτημα XI «ΔΑΝΙΑ», η οποία περιορίζεται στο δικαίωμα κοινωνικής σύνταξης αποκλειστικά σε σχέση με τη νέα κατηγορία των μη ενεργών προσώπων, στα οποία επεκτάθηκε ο παρών κανονισμός. Η παρέκκλιση αυτή κρίθηκε σκόπιμη λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών του δανικού συστήματος και του γεγονότος ότι, δυνάμει της ισχύουσας δανικής νομοθεσίας (νόμος περί συντάξεων) οι συντάξεις αυτές είναι εξαγωγήμενες μετά δεκαετή περίοδο κατοικίας.

Σύμφωνα με την αρχή της ίσης μεταχείρισης, κρίθηκε σκόπιμη ειδική παρέκκλιση,  
43) μέσω καταχώρισης στο παράρτημα XI «ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ», η οποία περιορίζεται στις εθνικές συντάξεις που βασίζονται στην κατοικία. Η παρέκκλιση αυτή κρίθηκε σκόπιμη λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών της φινλανδικής νομοθεσίας για την κοινωνική ασφάλεια, στόχος της οποίας είναι να διασφαλίζει ότι το ποσό της εθνικής σύνταξης δεν μπορεί να είναι κατώτερο από το ποσό της εθνικής σύνταξης, όπως αυτή θα υπολογιζόταν εάν το σύνολο των περιόδων ασφάλισης που πραγματοποιήθηκε σε οιοδήποτε κράτος μέλος, είχε



πραγματοποιηθεί στη Φινλανδία.

Προκειμένου να καταργηθεί ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71, είναι απαραίτητο 44) να εκδοθεί ένας νέος κανονισμός. Εντούτοις, είναι αναγκαίο ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 να παραμείνει σε ισχύ και να συνεχίσει να παράγει έννομα αποτελέσματα για τους σκοπούς ορισμένων κοινοτικών πράξεων και συμφωνιών στις οποίες η Κοινότητα είναι μέρος, για λόγους ασφάλειας του δικαίου.

(45) Δεδομένου ότι ο στόχος της προβλεπόμενης δράσης, εν άλλους, μέτρα συντονισμού οικειμένου να διασφαλίζεται ότι το δικαίωμα ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων μπορεί να κείται αποτελεσματικά, δεν μπορεί να επιτευχθεί επαρκώς από τα κράτη μέλη και δύναται, ανεπώς, λόγω του μεγέθους και των αποτελεσμάτων της εν λόγω δράσης, να επιτευχθεί καλύτερα σε κοινοτικό επίπεδο, η Κοινότητα μπορεί να λάβει μέτρα σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, η οποία ορίζεται στο άρθρο 5 της συνθήκης. Σύμφωνα με την αρχή της αλογικότητας, η οποία ορίζεται επίσης στο εν λόγω άρθρο, ο παρών κανονισμός δεν υπερβαίνει τα αναγκαία όρια για την επίτευξη του στόχου αυτού,