



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ ΠΟΛΕΟΔΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Εναλλακτικός τουρισμός στην Ελλάδα. Μελέτη περίπτωσης Τουρισμού
Υγείας»*

Thesis

«Alternative tourism in Greece. Case study of Health Tourism»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Μαχάς Βασίλειος

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Πολύζος Σεραφείμ

ΒΟΛΟΣ 2020

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας και ότι κάθε βοήθεια για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται εντός της εργασίας. Επιπλέον, έχω κάνει σαφείς αναφορές των πηγών (συντάκτη, χρονολογία, εργασία) από τις οποίες χρησιμοποίησα δεδομένα, προτάσεις, ιδέες ή λέξεις, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε είναι παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι η διπλωματική εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών

Ημερομηνία: 15/07/2020

Όνοματεπώνυμο: Μαχάς Βασίλειος

Υπογραφή:

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to read 'Μαχάς Βασίλειος'.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1	1
Εισαγωγή	1
1.1 Περίληψη	1
1.2 Σκοπός.....	1
1.3 Δομή διπλωματικής εργασίας	2
1.4 Μεθοδολογία.....	3
Κεφάλαιο 2	4
Η έννοια του τουρισμού και ο τουρισμός στην Ελλάδα	4
2.1 Εισαγωγή.....	4
2.2 Τουρισμός στην Ελλάδα	7
2.3 Στοιχεία ανάλυσης ελληνικού τουρισμού	9
Κεφάλαιο 3	23
Εναλλακτικός τουρισμός	23
3.1 Βασικοί ορισμοί εναλλακτικού τουρισμού.....	23
3.2 Βιώσιμη ανάπτυξη και τουρισμός	26
3.3 Μορφές εναλλακτικού τουρισμού	30
3.4 Εμπόδια στην ανάπτυξη του εναλλακτικού τουρισμού	33
Κεφάλαιο 4	39
Τουρισμός υγείας	39
4.1 Ορισμός και υποδιαίρεσεις του τουρισμού υγείας	39
4.1.1 Ιατρικός τουρισμός	42
4.1.2 Τουρισμός ευεξίας.....	50
4.1.3 Τουρισμός Spa	52
4.2 Εμπλεκόμενοι φορείς στον τουρισμό υγείας	52
4.3 Ανάλυση τουρισμού υγείας στην ΕΕ.....	57
4.3.1 Μέγεθος αγοράς τουρισμού υγείας και έσοδα	58

4.3.2 Ευρωπαϊκές πολιτικές.....	61
4.4 Δυναμική ελληνικής αγοράς.....	63
4.4.1 Εθνικές και περιφερειακές πολιτικές	77
4.5 SWOT Ανάλυση	83
Κεφάλαιο 5	86
Συμπεράσματα.....	86
Βιβλιογραφία	89

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Ποσοστό διανυκτερεύσεων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο.....	10
Διάγραμμα 2 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο για την 5ετια 2014-2018	10
Διάγραμμα 3 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ευρωπαϊκή περιοχή για την 5ετια 2014-2018	13
Διάγραμμα 4 Ποσοστό διανυκτερεύσεων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ευρωπαϊκή περιοχή	14
Διάγραμμα 5 Χωρική κατανομή του αριθμού των διανυκτερεύσεων ανά ευρωπαϊκή χώρα	18
Διάγραμμα 6 Επιμέρους ποσοστό μεταβολής του ετήσιου αριθμού διανυκτερεύσεων των ευρωπαϊκών χωρών κατά την περίοδο 2017-2018	19
Διάγραμμα 7 Ποσοστιαία κατανομή διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια	21
Διάγραμμα 8 Χωρική κατανομή του αριθμού των διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια	22
Διάγραμμα 9 Σύνοψη ορισμών	41
Διάγραμμα 10 Αλληλεπιδράσεις στον θεραπευτικό τουρισμό.....	42

Διάγραμμα 11 Σύγκριση δεικτών ιατρικού τουρισμού σε Ελλάδα και ΕΕ	65
Διάγραμμα 12 Ταξινόμηση ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων ανά είδος	67
Διάγραμμα 13 Κατανομή ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων ανά περιοχή.....	68
Διάγραμμα 14 Heatmap- πυκνότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων.....	69
Διάγραμμα 15 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες (Αθήνα – Θεσσαλονίκη)	74
Figure 16 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες (Κρήτη)	75
Διάγραμμα 17 Προσβασιμότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων μέσω κύριου οδικού δικτύου ...	76
Διάγραμμα 18 Προσβασιμότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων μέσω κύριου σιδηροδρομικού δικτύου	76
Διάγραμμα 19 Η Κατανομή Των Γιατρών Στην Ελλάδα (2015)	83

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο	9
Πίνακας 2 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά περιοχή της Ευρώπης	12
Πίνακας 3 Διανυκτερεύσεις Ευρωπαίων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα στην Ελλάδα...	15
Πίνακας 4 Αριθμός διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια	20
Πίνακας 5 Βασικά στοιχεία τουρισμού ΕΕ, 2014	57
Πίνακας 6 Μέγεθος και μερίδιο του τουρισμού υγείας στην ΕΕ28, 2014	59
Πίνακας 7 Στοιχεία τουρισμού υγείας	63
Πίνακας 8 Ταξινόμηση οδικού δικτύου	70
Πίνακας 9 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες	70
Πίνακας 10 Πολιτικές τουρισμού υγείας στην Ελλάδα	81
Πίνακας 11 SWOT ανάλυση	84

Ευχαριστίες

Εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες στον Καθηγητή ΠΘ κ. Πολύζο Σεραφείμ, που επέβλεψε τη παρούσα Διπλωματική Εργασία, αλλά και για την πολύτιμη αρωγή και ουσιαστική επιστημονική καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Ευχαριστώ επίσης την οικογένεια μου και τους φίλους μου για την αδιάκοπη υποστήριξη, ηθική και υλική, που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

1.1 Περίληψη

Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί μία παγκόσμια οικονομική δραστηριότητα, η οποία βρίσκεται σε ταχεία τροχιά ανάπτυξης, καθώς συνεχώς περισσότεροι ασθενείς επιλέγουν να ταξιδέψουν πέρα από τα σύνορα της χώρας τους για λόγους υγείας, αναζητώντας υψηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες και οικονομικότερες θεραπείες, τις οποίες συνδυάζουν με την αναψυχή και την ψυχαγωγία.

Η Ελλάδα ως προορισμός θεραπευτικού ή ιατρικού τουρισμού δεν αποτελεί νέα ιδέα. Παρά το ότι έχει μια από τις καλύτερες φήμες στον κόσμο για την ιατρική, η Ελλάδα διαχειρίζεται σχετικά μικρό μερίδιο καταναλωτών τουρισμού υγείας. Μέρος του προβλήματος είναι η αντίληψη και το μάρκετινγκ, καθώς το πραγματικό μερίδιο της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά είναι πολύ χαμηλότερο από ότι θα μπορούσε δυνητικά να ήταν, παρά τη δυναμική για ανάπτυξη της αγοράς και ενίσχυση της οικονομίας που θα μπορούσε να έχει.

Για να κατανοηθεί αυτή η ιδιαίτερη δυναμική, είναι ζωτικής σημασίας να εξεταστεί πως λειτουργεί η ευρωπαϊκή αγορά, οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, το μέγεθος που καταλαμβάνει η ελληνική αγορά στον τουρισμό υγείας και να αναλυθεί η υφιστάμενη κατάσταση μέσω την αποτύπωσης των κέντρων παροχής τουρισμού υγείας και της ευκολίας πρόσβασης τους. Ένα πλήρως λειτουργικό και ανταγωνιστικό εθνικό σχέδιο/στρατηγική δεν μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα χωρίς την ολοκλήρωση και συνεργασία περιφερειακών φορέων, πόλεων, κλινικών ή νοσοκομείων και φορέων παροχής υπηρεσιών τουρισμού υγείας. Συνεπώς η συνέργεια για μια νέα εθνική στρατηγική για τον τουρισμό υγείας αποτελεί μείζονος σημασίας.

1.2 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αποβαίνει η ανάλυση του μεριδίου αγοράς του ελληνικού τουρισμού αλλά και του τουρισμού υγείας σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο με σκοπό την ανάδειξη των δυνατοτήτων και ελκυστικότητας της εν λόγω μορφής εναλλακτικού τουρισμού.

1.3 Δομή διπλωματικής εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή επεξηγώντας τον σκοπό της έρευνας, τη δομή αλλά και τη μεθοδολογία της ανάλυσης της παρούσας εργασίας με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Το δεύτερο κεφάλαιο αποσκοπεί στην παρουσίαση των ορισμών του κλασσικού τουρισμού και την υφιστάμενη κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα. Παράλληλα, παρουσιάζονται κάποια στοιχεία ανάλυσης του ελληνικού τουρισμού, όπως το σύνολο των διανυκτερεύσεων από χώρες εντός και εκτός της ΕΕ κατά την 5-ετία 2014-2018 αλλά και η χωρική κατανομή σε περιφερειακό επίπεδο κατά το έτος 2018 δίνοντας έτσι μία επίγεια της δυναμικής του ελληνικού τουρισμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο παραθέτονται ορισμένες βασικές κατηγορίες του εναλλακτικού τουρισμού. Γίνεται αναφορά στο εννοιολογικό πλαίσιο της βιώσιμης ανάπτυξης και του βιώσιμου τουρισμού. Επιπλέον, παραθέτονται ορισμένες μορφές του εναλλακτικού τουρισμού και επισημαίνονται τα εμπόδια στην εφαρμογή και ανάπτυξη του εναλλακτικού τουρισμού σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύεται ο τουρισμός υγείας με τις υποκατηγορίες του και παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ιατρικού τουρισμού. Επιπροσθέτως, διασαφηνίζονται όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς και ο περιγράφεται ο ρόλος που διαδραματίζουν στο τελικό προϊόν του τουρισμού υγείας. Παράλληλα, παρουσιάζεται το μέγεθος της ευρωπαϊκής αγοράς του τουρισμού υγείας και το πλαίσιο των πολιτικών γύρω από τον τουρισμό υγείας. Επιπλέον, παρατίθεται και αναλύεται ο αριθμός και το είδος των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων της Ελλάδος που προσφέρουν υπηρεσίες τουρισμού υγείας σε εθνικό αλλά κυρίως διεθνές επίπεδο με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της χωρικής κατανομής και προσβασιμότητας τους μέσω του οδικού δικτύου και των κύριων διεθνών αερολιμένων. Τέλος, παρουσιάζεται μια SWOT ανάλυση για τον στρατηγικό σχεδιασμό του τουρισμού υγείας. Η παρουσίαση και σχολιασμός των αποτελεσμάτων γίνεται με τη μορφή πινάκων, γραφημάτων και χαρτών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν μέσα από το κορμό της εργασίας και παρατίθεται η άποψη του συγγραφέα αναφορικά με τις εθνικές προοπτικές στον τουρισμό υγείας.

1.4 Μεθοδολογία

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το θεωρητικό μέρος, κατά το οποίο μελετήθηκε εγχώρια και διεθνής βιβλιογραφία με σκοπό την παρουσίαση του τουρισμού, δίνοντας όμως έμφαση στο εννοιολογικό πλαίσιο του εναλλακτικού τουρισμού και πιο συγκεκριμένα στον τουρισμό υγείας. Για την πληρέστερη κατανόηση του θέματος παραθέτονται δείκτες που αποτυπώνουν το μέγεθος του μαζικού τουρισμού στην Ελλάδα και τις κατά τόπους περιφέρειες με σκοπό την ανάδειξη του μεριδίου αγοράς του ελληνικού τουρισμού.

Παράλληλα, η εργασία απαρτίζεται και από το τεχνικό μέρος που παρουσιάζει την σύγκριση του μεριδίου αγοράς του ελληνικού τουρισμού υγείας σε αντιπαραβολή με το ευρωπαϊκό, βασισμένο στα πιο πρόσφατα προσβάσιμα δεδομένα. Η έλλειψη ερευνών, δημοσιεύσεων, στοιχείων και δεδομένων των τουριστικών ροών, του ποσοστού απασχόλησης και των κερδών που αποφέρει ο τουρισμός υγείας στην Ελλάδα δυσχεραίνει την ανάλυση και καθιστά δύσκολο την παράθεση οικονομικών δεικτών. Παραταύτα, στην παρούσα εργασία αποτυπώνεται ο αριθμός και η χωρική κατανομή των κέντρων παροχής προϊόντων τουρισμού υγείας που απευθύνονται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Μέσω της ανάλυσης δικτύου (network analysis) παρουσιάζεται ο βαθμός προσβασιμότητας τους μέσω του οδικού δικτύου έχοντας ως βάση την πυκνότητα των κέντρων παροχής τουρισμού υγείας και την χρονοαπόσταση τους από κύριους διεθνείς αερολιμένες

Κεφάλαιο 2

Η έννοια του τουρισμού και ο τουρισμός στην Ελλάδα

2.1 Εισαγωγή

Ο τουρισμός ορίζεται από τον UNWTO (2015) ως «ένα κοινωνικό, πολιτιστικό και οικονομικό φαινόμενο που συνεπάγεται το κίνημα ανθρώπων σε χώρες ή μέρη εκτός του συνηθισμένου περιβάλλοντος για προσωπικούς ή επαγγελματικούς σκοπούς.» Αυτοί οι άνθρωποι ονομάζονται επισκέπτες και οι δραστηριότητές τους είναι συνυφασμένες με τις τουριστικές δαπάνες. Ένας επισκέπτης ταξινομείται ως τουρίστας, εάν το ταξίδι του περιλαμβάνει διανυκτέρευση ή αποτελείται από αυθημερόν επίσκεψη σε ένα μέρος.

Ο τουρισμός έχει αναδειχθεί ως σημαντικός οικονομικός τομέας και πηγή κοινωνικών και περιβαλλοντική αλλαγή από τη δεκαετία του 1950. Έχει επίσης γίνει ένα πεδίο σοβαρής έρευνας σε πολλούς ακαδημαϊκούς κλάδους από τη δεκαετία του 1970. Τα πρότυπα ανάπτυξης τουρισμού σε διάφορα μέρη του κόσμου αντικατοπτρίζει την ιστορία και τον πολιτισμό αυτών των περιοχών και κρατών, αλλά ο τουρισμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο είναι σημαντική πηγή πλούτου για πολλά έθνη και αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για μεγάλο αριθμό ανθρώπων (Robinson et al, 2013). Συνεπώς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία του τουρισμού, ο οποίος αυξήθηκε σε μεγάλο βαθμό με την πάροδο των ετών, και πλέον έχει διαμορφωθεί από ποικίλες λειτουργίες.

Πολλοί από τους φυσικούς πόρους μιας περιοχής, συνδέονται στενά με τον τουρισμό, αφού διαμορφώνουν την τουριστική ελκυστικότητα κάθε περιοχής και επηρεάζουν τις τουριστικές ροές προς αυτήν. Έτσι, οι αμμώδεις ακτές, οι δασικοί πόροι, τα βουνά, οι ποταμοί και οι λίμνες, οι πολιτιστικοί και ανθρωπογενείς πόροι είναι βασικοί παράγοντες που «έλκουν» επισκέπτες προς μια περιοχή και αποτελούν, εκτός των άλλων, τουριστικούς πόρους. Από την ανάλυση που προηγήθηκε έγινε σαφές ότι οι τουριστικές περιοχές στην Ελλάδα διαθέτουν υψηλό επίπεδο ευημερίας και ανάπτυξης, γεγονός που δείχνει τη θετική σχέση τουρισμού και περιφερειακής ανάπτυξης για την Ελλάδα. Θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο συνοπτικά οι μορφές τουρισμού που μπορούν να αναπτυχθούν στην Ελλάδα, τα γενικότερα προβλήματα και η σχέση τής εν λόγω οικονομικής δραστηριότητας με την τοπική ανάπτυξη (Πολύζος, 2011).

Για καλύτερη κατανόηση του όρου, πρέπει να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά του τουρισμού:

- άυλος - είναι μια υπηρεσία, όχι ένα προϊόν, και ως εκ τούτου δεν μπορεί να αγγιχτεί, αποτελεί απλά μια εμπειρία
- ετερογένεια - κάθε πελάτης βιώνει μια υπηρεσία με διαφορετικό τρόπο;
- αδιαχώριστος - δεν μπορεί να μεταφερθεί σαν προϊόν και πρέπει να καταναλωθεί στον τόπο προορισμού
- έλλειψη ιδιοκτησίας – αποτελεί μια υπηρεσία που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιοκτήτη, λόγω των προαναφερθέντων χαρακτηριστικά.

Ιδιαίτερη έμφαση αξίζει να δοθεί στον τομέα της φιλοξενίας που ανήκει στην τουριστική βιομηχανία. Ο κλάδος της φιλοξενίας *«έχει την ίδια βάση με τον τουρισμό, που περιλαμβάνει την κατανάλωση φαγητού, ποτού και διαμονή σε ένα περιβάλλον μακριά από την βασική κατοικία. Η ίδια η φύση της φιλοξενίας εμπεριέχει τον ορισμό της έννοιας φιλοξενία, που παρέχονται από ένα οικοδεσπότη και έναν επισκέπτη»* (Page, 2009). Στα αρχικά στάδια, η φιλοξενία δεν θεωρήθηκε ως μια εμπορική βιομηχανία, όπως οι άνθρωποι φιλοξενούσαν και φιλοξενούνταν βάσει της έννοιας της αμοιβαιότητας. Σήμερα, η φιλοξενία αποτελεί μια εμπορική εμπειρία, όπου ο επισκέπτης πληρώνει για τις υπηρεσίες/αγαθά που καταναλώνει (Page, 2009).

Η φιλοξενία ως υποτήμα του τουρισμού είναι θεμελιώδες μέρος της εγχώριας και εισερχόμενης τουριστικής αγοράς. Η συνεπής ζήτηση για τουρισμό επιτρέπει στον κλάδο της φιλοξενίας να προβλέψει τη ζήτηση και να εντοπίσει ευκαιρίες για αύξηση των καταναλωτικών δαπανών, δημιουργώντας ένα κύμα δευτερογενών οικονομικών επιπτώσεων (Robinson, 2013). Ο κλάδος της φιλοξενίας έχει δύο τομείς (τον τομέα της στέγασης και τον τομέα σίτισης).

Ο τουρισμός μπορεί να έχει ένα ευρύ φάσμα επιπτώσεων στην οικονομία, στο φυσικό και δομημένο περιβάλλον, στον τοπικό πληθυσμό αλλά και στους ίδιους τους επισκέπτες (Archer et al., 2012). Ο τουρισμός παρέχει εισόδημα σε πολλές περιοχές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν περιορισμένες επιλογές οικονομική ανάπτυξης ή όπου άλλες βιομηχανίες έχουν χαμηλή απόδοση (Vaugois & Rollins, 2007). Επιπλέον, ο τουρισμός περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν, επεκτείνονται και επηρεάζουν πολλές βιομηχανίες (όπως εμπόριο, μεταφορές, καταλύματα, τροφοδοσία, πολιτισμός, αθλητισμός και αναψυχή, κ.λπ.) και απαιτεί ενδιάμεσες προμήθειες από πολλές άλλες βιομηχανίες, όπως η γεωργία και η υγειονομική περίθαλψη (Fletcher, 1989). Τέλος, ο τουρισμός είναι συσχετισμένος με την απασχόληση (Surugiu et al., 2012) και έτσι προσφέρει πολλές ευκαιρίες απασχόλησης για μία τεράστια ποικιλία υπαλλήλων.

Εκτός όμως από τις θετικές συνέπειες για τις περιοχές «υποδοχής» τουριστών, υπάρχουν και αρνητικές συνέπειες σε αυτές, όπως η μίμηση και αντιγραφή ποικίλων ξενόφερτων προτύπων από τον τοπικό πληθυσμό, η εμπορευματοποίηση των ανθρώπινων σχέσεων, η αστικοποίηση περιοχών φυσικού κάλλους, η περιβαλλοντική επιβάρυνση, η πολιτιστική αλλοίωση κ.λπ. Η ύπαρξη αρνητικών επιδράσεων οδήγησε πολλούς σχολιαστές να επικρίνουν την τουριστική αξιοποίηση περιοχών χωρίς μέτρο, επισημαίνοντας ότι σε πολλές περιπτώσεις τα βραχυπρόθεσμα οφέλη δεν υπερβαίνουν τις μακροπρόθεσμες ζημιές που προκαλεί ο τουρισμός (Πολύζος, 2011).

Μια διάκριση του τουρισμού, με ιδιαίτερη σημασία για την εθνική οικονομική ανάπτυξη, είναι σε:

- εσωτερικό ή εγχώριο τουρισμό (domestic tourism), ο οποίος περιλαμβάνει τις τουριστικές μετακινήσεις εντός της ίδιας χώρας και
- τουρισμό των αλλοδαπών ή εισερχόμενο τουρισμό (inbound tourism), ο οποίος περιλαμβάνει τις ελεύσεις των αλλοδαπών για τουρισμό.

Μια άλλη διάκριση με ιδιαίτερη σημασία για την Ελλάδα είναι σε:

1. μαζικό και
2. εναλλακτικό τουρισμό.

Ως μαζικός ορίζεται ο τουρισμός που διαμορφώνεται και διεκπεραιώνεται με οργανωμένο τρόπο από τουριστικούς φορείς και επιχειρήσεις, και συνδέεται με τις εκάστοτε κυρίαρχες μορφές του. Ως εναλλακτικός τουρισμός ορίζεται ο τουρισμός που διαφέρει κατά περίπτωση από το κυρίαρχο υπόδειγμα μαζικού τουρισμού ως προς τους πόρους που αξιοποιεί, το βαθμό χωρικής συγκέντρωσης, τον τρόπο και το χώρο διάθεσής του, καθώς και τη χρονική περίοδο ανάπτυξής του. Περισσότερες πληροφορίες για τον εναλλακτικό τουρισμό θα παρουσιαστούν στα επόμενα κεφάλαια

Πολλοί εμπλεκόμενοι φορείς στον τουρισμό αναζητούν πληροφόρηση για τον οικονομικό αντίκτυπο του τουρισμού, ειδικά όταν γίνονται αλλαγές στην ποσότητα ή την ποιότητα των τουριστικών ευκαιριών ή αλλαγές πολιτικής ή όταν υπάρχουν εξωγενείς αλλαγές στη ζήτηση του τουριστικού προϊόντος (Dwyer et al., 2004). Μερικοί από τους εμπλεκόμενους φορείς είναι:

- Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, τα κυβερνητικά ταμεία που παρακολουθούν τις δαπάνες για τουριστικά έργα και οι τοπικές αρχές που θέλουν να γνωρίζουν τις δυνατότητες των επιδοτήσεων που χορηγούνται σε εκδηλώσεις, προωθήσεις και

δραστηριότητες ή εγκαταστάσεις, ή που θέλουν να συγκρίνουν τις επιπτώσεις του τουρισμού με εκείνες ενός εναλλακτικού πόρου (Crompton, 2006)

- Οι διαχειριστές έργων, διοργανωτές εκδηλώσεων, ξενοδοχεία, εστιατόρια και άλλες τουριστικές επιχειρήσεις ενδιαφέρονται για τις οικονομικές επιπτώσεις των δραστηριοτήτων τους. Αν και το πρωταρχικό τους ενδιαφέρον έγκειται στις επιπτώσεις στον οργανισμό τους, μπορεί επίσης να ενδιαφέρονται για οικονομικές επιπτώσεις σε άλλους οργανισμούς και επαγγελματίες, για δύο βασικούς λόγους. Πρώτον, είναι σημαντικό για αυτούς να έχουν καλή σχέση με άλλες τουριστικές επιχειρήσεις, προμηθευτές, πελάτες και κατοίκους, καθώς ο τουρισμός οδηγεί σε δραστηριότητες που εξαρτώνται και επηρεάζουν ολόκληρη την κοινότητα. Επίσης γνώσεις σχετικά με τις οικονομικές επιπτώσεις μπορούν να βοηθήσουν στην θετική συμβολή και δημιουργία κοινοτικής υποστήριξης (Stynes et al, 2006). Δεύτερον, οι δραστηριότητες στον τουρισμό απαιτούν συχνά έγκριση ή/και υποστήριξη δημόσιων φορέων (π.χ. τοπικοί φόροι). Τα στοιχεία των οικονομικών επιπτώσεων μπορούν να πείσουν μια δημόσια αρχή ή/και μπορεί ακόμη και να αποτελεί μέρος μιας επίσημης απαίτησης που επιβάλλεται σε ιδιωτικούς φορείς (Crompton, 2006).
- Η τουριστική βιομηχανία στο σύνολό της (συμπεριλαμβανομένων πολλών ιδιωτικών και ημιδημόσιων παραγόντων), είναι σε θέση να δείξει τις οικονομικές της δυνατότητες και μπορεί να αποδώσει ένα καλύτερο βαθμό συνεργασίας ανάμεσα στην επιχειρηματική κοινότητα, δημόσιους φορείς, και το κοινό γενικότερα, οδηγώντας σε ευνοϊκές αποφάσεις υπέρ του τουρισμού (Stynes et al, 2006).

2.2 Τουρισμός στην Ελλάδα

Η Ελλάδα αποτελεί έναν δημοφιλή τουριστικό προορισμό ανάμεσα στις μεσογειακές χώρες και η τουριστική της ανάπτυξη βασίζεται στη φυσική της ομορφιά, την ιστορική και πολιτιστική κληρονομιά, στις καλές καιρικές συνθήκες και στην πλούσια νησιωτική μορφολογία. Ο τουρισμός είναι ένας από τους σημαντικότερους οικονομικούς τομείς στον ελληνικό χώρο που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της οικονομικής και κοινωνικής δομής των περιφερειών της και θεωρείται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην οικονομική σταθερότητα, ιδιαίτερα των απομακρυσμένων περιοχών (Polyzos, 2011).

Ο τουρισμός στην Ελλάδα έχει εξελιχθεί σε σημαντικό οικονομικό πόρο συμβάλλοντας σημαντικά στο κατά κεφαλήν εισόδημα και στην απασχόληση. Εντός των τριών τελευταίων δεκαετιών, οι τουριστικές ροές αυξάνονται ραγδαία σε ορισμένες

περιοχές. Πολλές παράκτιες και νησιωτικές περιοχές έχουν γίνει δημοφιλείς προορισμοί ψυχαγωγικός τουρισμός και αναψυχή (Polyzos and Tsiotas, 2012).

Η ανάπτυξη του τουρισμού είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως το αυξανόμενο βιοτικό επίπεδο, η ανάπτυξη των μεταφορών, η ανάπτυξη εισοδήματος και ελεύθερου χρόνου και η βιομηχανοποίηση του τουρισμού. Εξάλλου, ο τουρισμός έχει πολλές επιπτώσεις, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, στην οικονομία, κοινωνία, το φυσικό, χτισμένο και πολιτιστικό περιβάλλον της κοινότητας υποδοχής προορισμού (Polyzos and Sdrolias, 2006).

Ο τουρισμός αποτελεί αντικείμενο έρευνας οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών επιστημών (Zhong et al., 2008) και ένα σημαντικό θέμα ενδιαφέροντος αφορά την αειφόρο ανάπτυξή του που εστιάζει στην εξάλειψη των περιβαλλοντικών επιπτώσεων και την προστασία των φυσικών και πολιτιστικών πόρων, σε κοινωνικά και οικονομικά αποδεκτά κριτήρια (Rodriguez et al., 2008). Η ποιότητα του περιβάλλοντος αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα για την ελκυστικότητα ενός τουριστικού προορισμού και ως εκ τούτου η προστασία του περιβάλλοντος αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας για την τουριστική ανάπτυξη. Ο βιώσιμος τουρισμός στοχεύει να μετατρέψει τον τουρισμό σε μια θετική εμπειρία τόσο για τον ντόπιο όσο και για τον ίδιο τον τουρίστα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τουρισμός αποτελεί και αιτία για μεγάλο αριθμό περιβαλλοντικών προβλημάτων ειδικά κατά τις περιόδους αιχμής. Η αλόγιστη χρήση φυσικών και πολιτιστικών πόρων από τουριστικές δραστηριότητες φέρνει πολλές φορές τον τουρισμό σε σύγκρουση με το περιβάλλον (Coccosis and Parpairis, 1995). Επιπλέον, είναι επίσης εμφανείς πολλές αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις, όπως η απώλεια τοπικών παραδόσεων και εγκατάλειψη παραδοσιακών οικονομικών δραστηριοτήτων, οι οποίες υπονομεύουν τις κοινωνικές δομές και την τοπική ταυτότητα κάθε τόπου.

Οι περιβαλλοντικές και άλλες συνέπειες έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη εναλλακτικών φιλικών προς το περιβάλλον μορφών τουρισμού, όπως ο οικοτουρισμός, ο αγροτουρισμός ή αγροτικός τουρισμός και ο πράσινος τουρισμός. Η ανάπτυξη τέτοιων εναλλακτικών μορφών τουρισμού στην Ελλάδα αφορούν κυρίως τις μη παράκτιες περιοχές, δεδομένου ότι το παραθαλάσσιο χαρακτηριστικό υποδηλώνει έναν ισχυρό καθοριστικό παράγοντα για την κλασική τουριστική ανάπτυξη (Πολύζος και Τσιώτας, 2012) και θα αναπτυχθούν σε επόμενα κεφάλαια.

Γενικά, η τουριστική ανάπτυξη μιας περιοχής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον μέγιστο αριθμό τουριστών που μπορεί κάθε μέρος να φιλοξενεί, χωρίς να προκαλεί

αρνητικές περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Αυτό κρίσιμο Η αξία ονομάζεται τουριστική ικανότητα μεταφοράς (Simon et al., 2004) και αποτελεί μια σημαντική παράμετρος για τα αναπτυξιακά θέματα του αειφόρου τουρισμού.

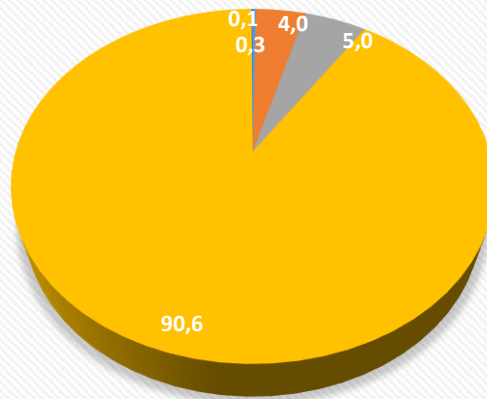
2.3 Στοιχεία ανάλυσης ελληνικού τουρισμού

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται ο αριθμός των διανυκτερεύσεων για την πενταετία 2014-2018, το ποσοστό των διανυκτερεύσεων που καταλαμβάνει κάθε ήπειρος και το ποσοστό μεταβολής κατά την μετάβαση από το 2017 στο 2018. Το μεγαλύτερο μερίδιο διανυκτερεύσεων το κατέχει η Ευρώπη με το συντριπτικό ποσοστό 90% (Διάγραμμα 1). Κατά τη διάρκεια της 5ετίας παρατηρείται συνεχής αύξηση των διανυκτερεύσεων από κάθε ήπειρο (Διάγραμμα 2) με το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης για το 2018 να ανήκει στην Αμερική (14,7%), σημειώνοντας ημερήσια αύξηση των διανυκτερεύσεων κατά 1076.

Πίνακας 1 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

	2014	2015	2016	2017	2018	Μερίδιο αγοράς 2018 (%)	Ποσοστό μεταβολής 2018-2017 (%)
Αφρική	230.480	205.312	215.925	202.499	213.013	0,28	5,19
Αμερική	2.055.717	2.360.902	2.204.144	2.676.328	3.069.326	4,01	14,68
Ανατολική Ασία και Ειρηνικός	2.700.627	3.133.798	3.235.661	3.614.726	3.821.028	5,00	5,71
Ευρώπη	55.894.394	57.831.968	60.221.094	66.926.409	69.319.328	90,62	3,58
Άλλες χώρες του κόσμου (δεν προσδιορίζονται)	20.755	38.860	64.594	54.270	72.296	0,09	33,22

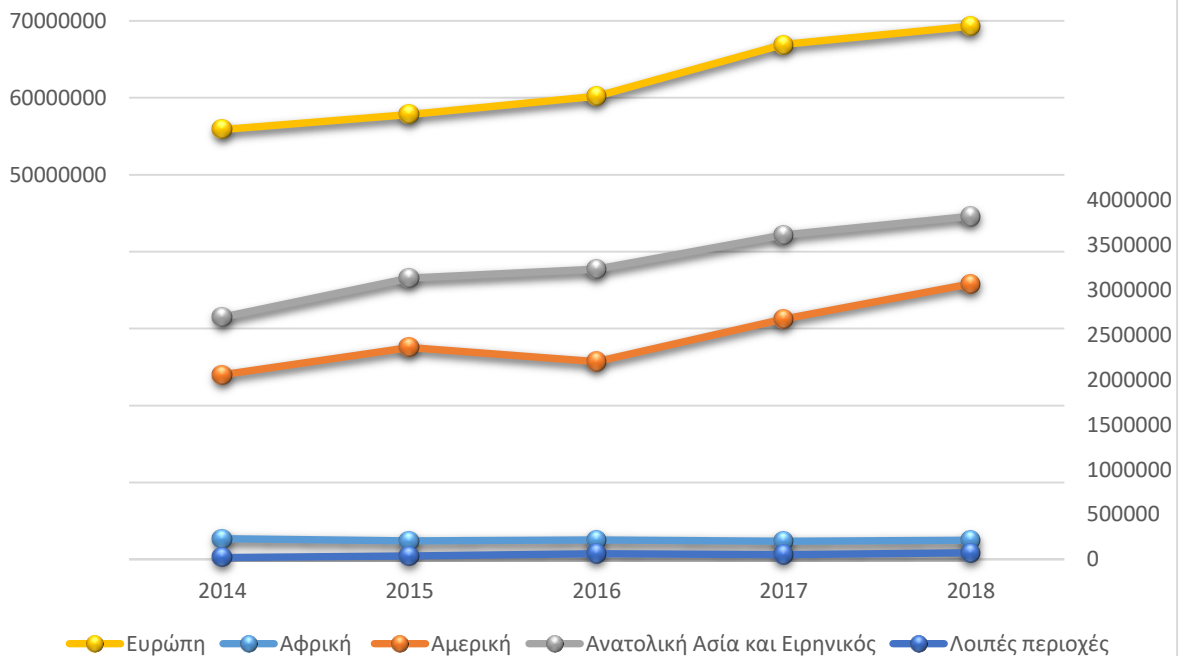
Διανυκτερεύσεις - Μερίδιο αγοράς 2018 (%) (Παγκοσμίως)



■ Αφρική ■ Αμερική ■ Ανατολική Ασία και Ειρηνικός ■ Ευρώπη ■ Λοιπές περιοχές

Διάγραμμα 1 Ποσοστό διανυκτερεύσεων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Διανυκτερεύσεις διεθνών τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα (ανά ήπειρο)



Διάγραμμα 2 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ήπειρο για την 5ετία
2014-2018

(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Σημαντική αποβαίνει η κατηγοριοποίηση της Ευρώπης σε επιμέρους περιοχές έτσι ώστε να σχηματιστεί μια πληρέστερη εικόνα της ζήτησης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 και στο Διάγραμμα 3 ο μεγαλύτερος αριθμός διανυκτερεύσεων προέρχεται από τις χώρες κυρίως της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας. Το ΑΕΠ των περιοχών αυτών είναι το υψηλότερο σε όλη την ευρωπαϊκή ήπειρο. Κατά συνέπεια η αυξημένη τουριστική ροή προερχόμενη από αυτές τις περιοχές είναι αναμενόμενη. Κατηγοριοποιώντας τις ευρωπαϊκές περιοχές σε υποομάδες λαμβάνοντας ως μέτρο σύγκρισης τον ετήσιο αριθμό διανυκτερεύσεων των 10.000.000 προκύπτουν 2 ομάδες:

- **Ομάδα 1**, με μέσο ετήσιο αριθμό διανυκτερεύσεων άνω των 10εκ στην οποία ανήκουν οι χώρες της κεντρικής/ανατολικής, βόρειας και δυτικής Ευρώπης
- **Ομάδα 2**, με μέσο ετήσιο αριθμό διανυκτερεύσεων κάτω των 10εκ στην οποία ανήκουν οι χώρες της νότιας, της ανατολικό-μεσογειακής Ευρώπης και λοιπές ευρωπαϊκές χώρες.

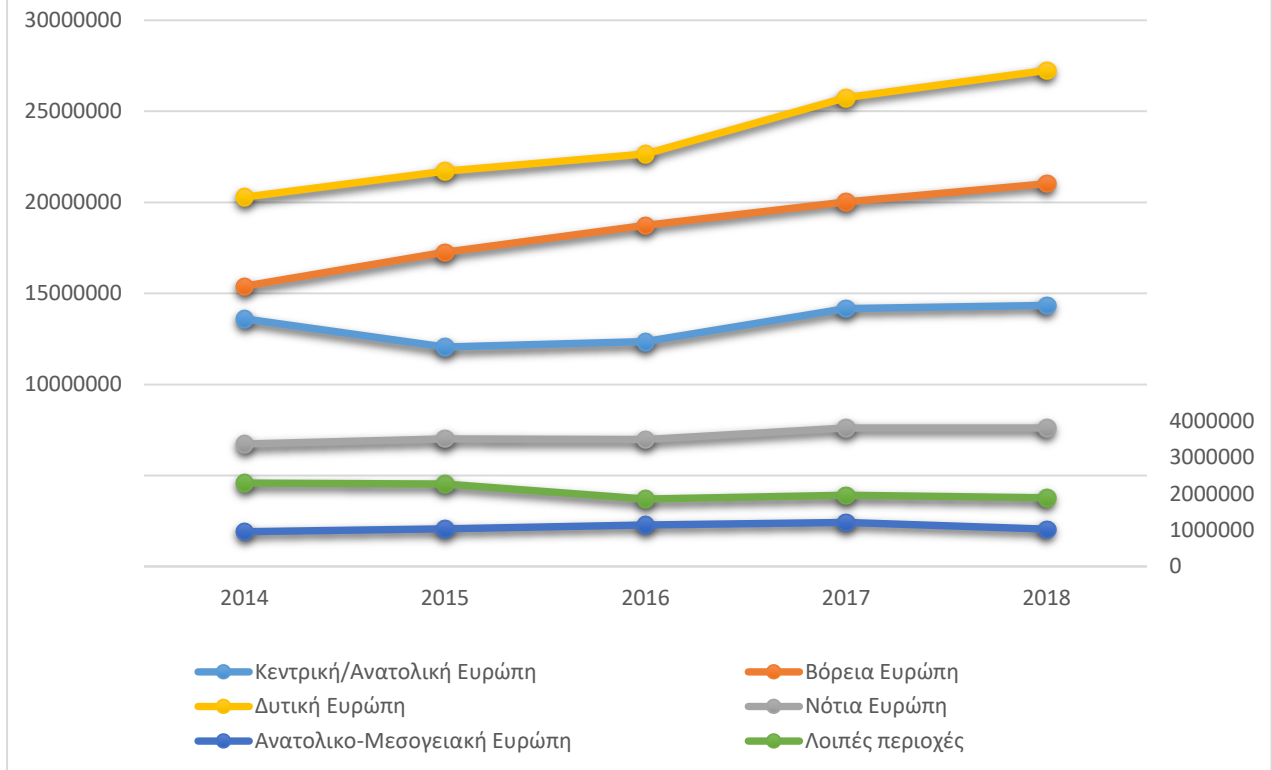
Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι περιοχές της ομάδας 2 σημειώνουν μείωση στον αριθμό των διανυκτερεύσεων για το έτος 2018, με το χαμηλότερο ποσοστό (15%) να το κατέχει η ανατολικό-μεσογειακή ευρωπαϊκή περιοχή. Καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των διανυκτερεύσεων σημειώνεται τους θερινούς μήνες είναι αναμενόμενη η μειωμένη ζήτηση των νότιων και μεσογειακών χωρών για χώρες ανάλογου με αυτές κλίματος όπως είναι η Ελλάδα.

Πίνακας 2 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά περιοχή της Ευρώπης

(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

	2014	2015	2016	2017	2018	Μερίδιο αγοράς 2018 (%)	Ποσοστό μεταβολής 2018-2017 (%)
Κεντρική / Ανατολική Ευρώπη	13.596.603	12.053.088	12.355.730	14.174.804	14.339.618	18,7	1,16
Βόρεια Ευρώπη	15.396.049	17.254.317	18.734.289	20.029.395	21.025.783	27,5	4,97
Νότια Ευρώπη	3.361.164	3.509.784	3.491.660	3.804.680	3.801.675	5,0	-0,08
Δυτική Ευρώπη	20.291.505	21.716.982	22.651.439	25.751.824	27.240.470	35,6	5,78
Ανατολική Μεσόγειος Ευρώπη	959.050	1.033.814	1.138.166	1.207.893	1.026.418	1,3	-15,02
Άλλες χώρες στην Ευρώπη	2.290.023	2.263.983	1.849.810	1.957.813	1.885.364	2,5	-3,70
Σύνολο	55.894.394	57.831.968	60.221.094	66.926.409	69.319.328	90,62	3,58

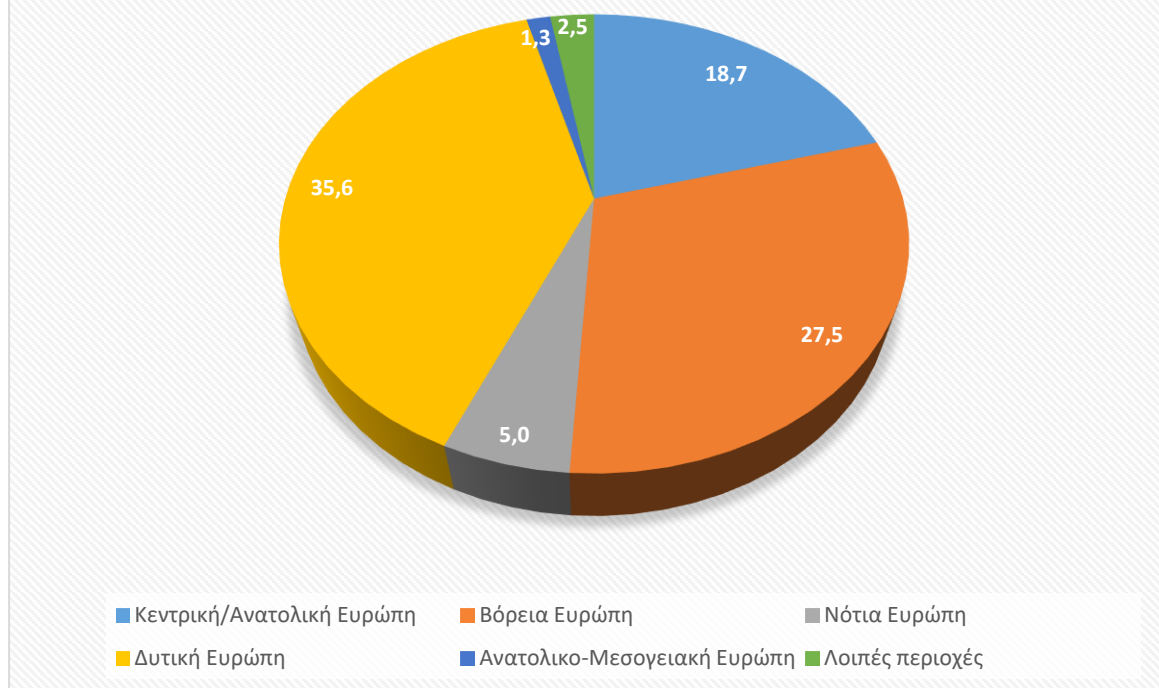
Διανυκτερεύσεις διεθνών τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα (ανά ευρωπαϊκή περιοχή)



Διάγραμμα 3 Διανυκτερεύσεις τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ευρωπαϊκή περιοχή για την 5ετία 2014-2018

(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Διανυκτερεύσεις - ποσοστό 2018 (ανά ευρωπαϊκή περιοχή)



Διάγραμμα 4 Ποσοστό διανυκτερεύσεων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα της Ελλάδος ανά ευρωπαϊκή περιοχή

(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση των ευρωπαϊκών χωρών στις επιμέρους ευρωπαϊκές περιοχές, όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως, έτσι ώστε να αποδοθεί αποτελεσματικότερα, σε επίπεδο ευρωπαϊκών κρατών το μερίδιο συμμετοχής των επιμέρους χωρών επί του συνολικού αριθμού των διανυκτερεύσεων στον ελλαδικό χώρο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό διανυκτερεύσεων σε ελληνικά ξενοδοχεία και καταλύματα για το έτος 2018 προέρχεται από την δυτική και βόρεια Ευρώπη, όπως προαναφέρθηκε. Η χωρική κατανομή του ετήσιου αριθμού διανυκτερεύσεων ανά κράτος για το έτος 2018 απεικονίζεται στον παρακάτω χάρτη (Διάγραμμα 5) αποδεικνύοντας ότι το μεγαλύτερο ποσοστό διανυκτερεύσεων προέρχεται από τις χώρες που βρίσκονται βόρεια και δυτική Ευρώπη. Το 18% του συνόλου των διανυκτερεύσεων ανήκει σε τουρίστες που προέρχονται

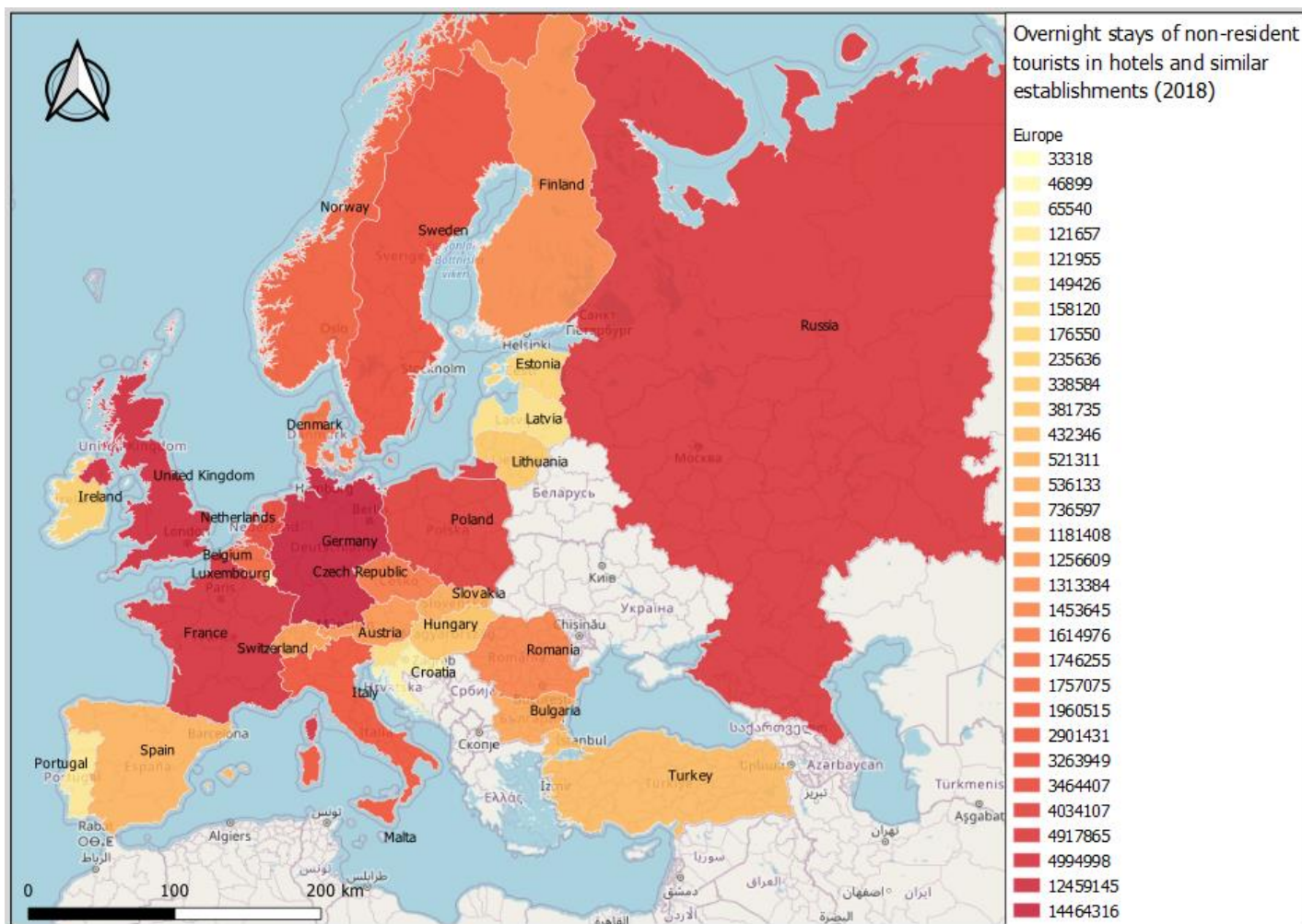
από την Γερμανία (39628 διανυκτερεύσεις ανά ημέρα για το 2018), ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο κατέχει τη δεύτερη θέση με ποσοστό 16.3% (34135 διανυκτερεύσεις ανά ημέρα για το 2018). Τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στον αριθμό των διανυκτερεύσεων σε σχέση με το 2017 παρουσιάζουν οι Λιθουανία, Κροατία και Πολωνία (Διάγραμμα 6). Η περίπτωση της Πολωνίας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς η αύξηση των διανυκτερεύσεων ανήλθε στις 2000 ημερησίως. Αντίθετα, ο αριθμός των διανυκτερεύσεων τουριστών που προέρχονται από την Τουρκία σημείωσε την μεγαλύτερη μείωση για το 2018, καταδεικνύοντας μία στάση ‘εμπάργκο’ που διατηρεί η Τουρκία έναντι της Ελλάδας.

Πίνακας 3 Διανυκτερεύσεις Ευρωπαίων τουριστών σε ξενοδοχεία και καταλύματα στην Ελλάδα
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

	2014	2015	2016	2017	2018	Μερίδιο αγοράς 2018 (%)	Ποσοστό μεταβολής 2018-2017(%)
ΚΕΝΤΡΙΚΗ / ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ	13.596.603	12.053.088	12.355.730	14.174.804	14.339.618	18,75	1,16
Βουλγαρία	636.457	721.937	751.197	792.567	736.597	0,96	-7,06
Τσεχική Δημοκρατία	1.303.359	1.377.860	1.292.266	1.547.972	1.614.976	2,11	4,33
Εσθονία	83.589	97.906	137.541	167.401	176.550	0,23	5,47
Ουγγαρία	309.832	340.532	312.326	354.433	381.735	0,50	7,70
Λετονία	75.706	93.261	112.717	136.745	149.426	0,20	9,27
Λιθουανία	134.320	163.309	201.777	242.594	338.584	0,44	39,57
Πολωνία	2.181.495	2.662.748	2.718.941	3.278.308	4.034.107	5,27	23,05
Ρουμανία	1.168.364	1.292.731	1.301.120	1.480.321	1.453.645	1,90	-1,80

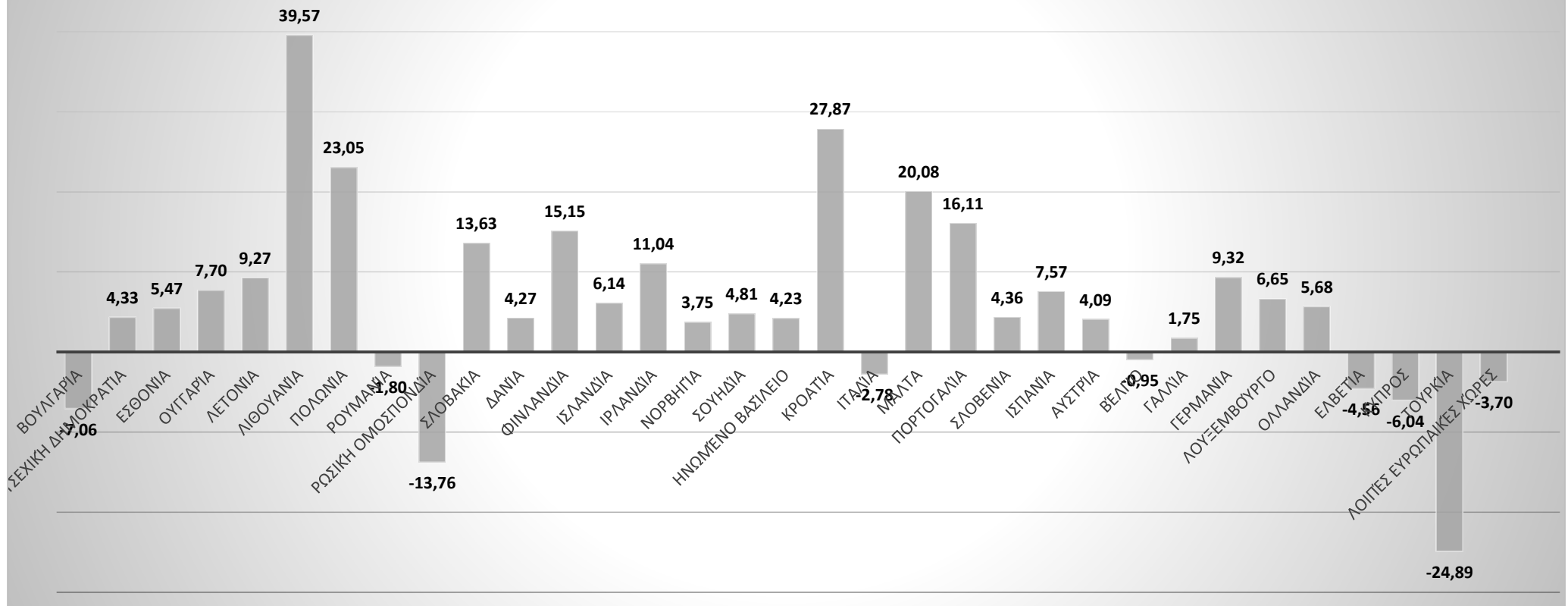
	2014	2015	2016	2017	2018	Μερίδιο αγοράς 2018 (%)	Ποσοστό μεταβολής 2018-2017(%)
Ρωσική Ομοσπονδία	7.403.107	4.946.302	5.127.264	5.702.627	4.917.865	6,43	-13,76
Σλοβακία	300.374	356.502	400.581	471.836	536.133	0,70	13,63
ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ	15.396.049	17.254.317	18.734.289	20.029.395	21.025.783	27,49	4,97
Δανία	1.211.321	1.316.497	1.443.571	1.674.720	1.746.255	2,28	4,27
Φινλανδία	1.009.101	973.878	1.038.079	1.140.590	1.313.384	1,72	15,15
Ισλανδία	27.026	26.895	32.026	44.188	46.899	0,06	6,14
Ιρλανδία	162.675	195.062	201.393	212.216	235.636	0,31	11,04
Νορβηγία	1.780.947	1.731.955	1.803.905	1.889.716	1.960.515	2,56	3,75
Σουηδία	2.415.632	2.687.091	2.855.660	3.114.304	3.263.949	4,27	4,81
Ηνωμένο Βασίλειο	8.789.347	10.322.939	11.359.655	11.953.661	12.459.145	16,29	4,23
ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ	3.361.164	3.509.784	3.491.660	3.804.680	3.801.675	4,97	-0,08
Κροατία	46.958	50.056	42.641	51.257	65.540	0,09	27,87
Ιταλία	2.667.741	2.781.082	2.753.261	2.984.525	2.901.431	3,79	-2,78
Μάλτα	24.128	25.664	28.955	27.747	33.318	0,04	20,08
Πορτογαλία	75.007	73.258	101.373	105.033	121.955	0,16	16,11
Σλοβενία	163.266	169.323	142.616	151.510	158.120	0,21	4,36

	2014	2015	2016	2017	2018	Μερίδιο αγοράς 2018 (%)	Ποσοστό μεταβολής 2018-2017(%)
Ισπανία	384.064	410.401	422.814	484.608	521.311	0,68	7,57
ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ	20.291.505	21.716.982	22.651.439	25.751.824	27.240.470	35,61	5,78
Αυστρία	1.148.674	1.240.276	1.130.145	1.207.271	1.256.609	1,64	4,09
Βέλγιο	1.503.927	1.690.818	1.683.331	1.774.004	1.757.075	2,30	-0,95
Γαλλία	3.954.749	4.466.957	4.591.717	4.909.089	4.994.998	6,53	1,75
Γερμανία	9.744.541	10.296.936	11.366.922	13.231.492	14.464.316	18,91	9,32
Λουξεμβούργο	93.525	93.086	94.839	114.067	121.657	0,16	6,65
Ολλανδία	2.760.501	2.714.727	2.627.322	3.278.054	3.464.407	4,53	5,68
Ελβετία	1.085.588	1.214.182	1.157.163	1.237.847	1.181.408	1,54	-4,56
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΕΥΡΩΠΗ	959.050	1.033.814	1.138.166	1.207.893	1.026.418	1,34	-15,02
Κύπρος	542.844	569.494	633.855	632.240	594.072	0,78	-6,04
Τουρκία	416.206	464.320	504.311	575.653	432.346	0,57	-24,89
ΑΛΛΗ ΕΥΡΩΠΗ	2.290.023	2.263.983	1.849.810	1.957.813	1.885.364	2,46	-3,70
Σύνολο	55.894.394	57.831.968	60.221.094	66.926.409	69.319.328	90,62	3,58



Διάγραμμα 5 Χωρική κατανομή του αριθμού των διανυκτερεύσεων ανά ευρωπαϊκή χώρα
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Ποσοστό μεταβολής (%) 2017-2018 (Ευρωπαϊκές χώρες)



Διάγραμμα 6 Επιδέσμευτος ποσοστό μεταβολής του ετήσιου αριθμού διανυκτερεύσεων των ευρωπαϊκών χωρών κατά την περίοδο 2017-2018

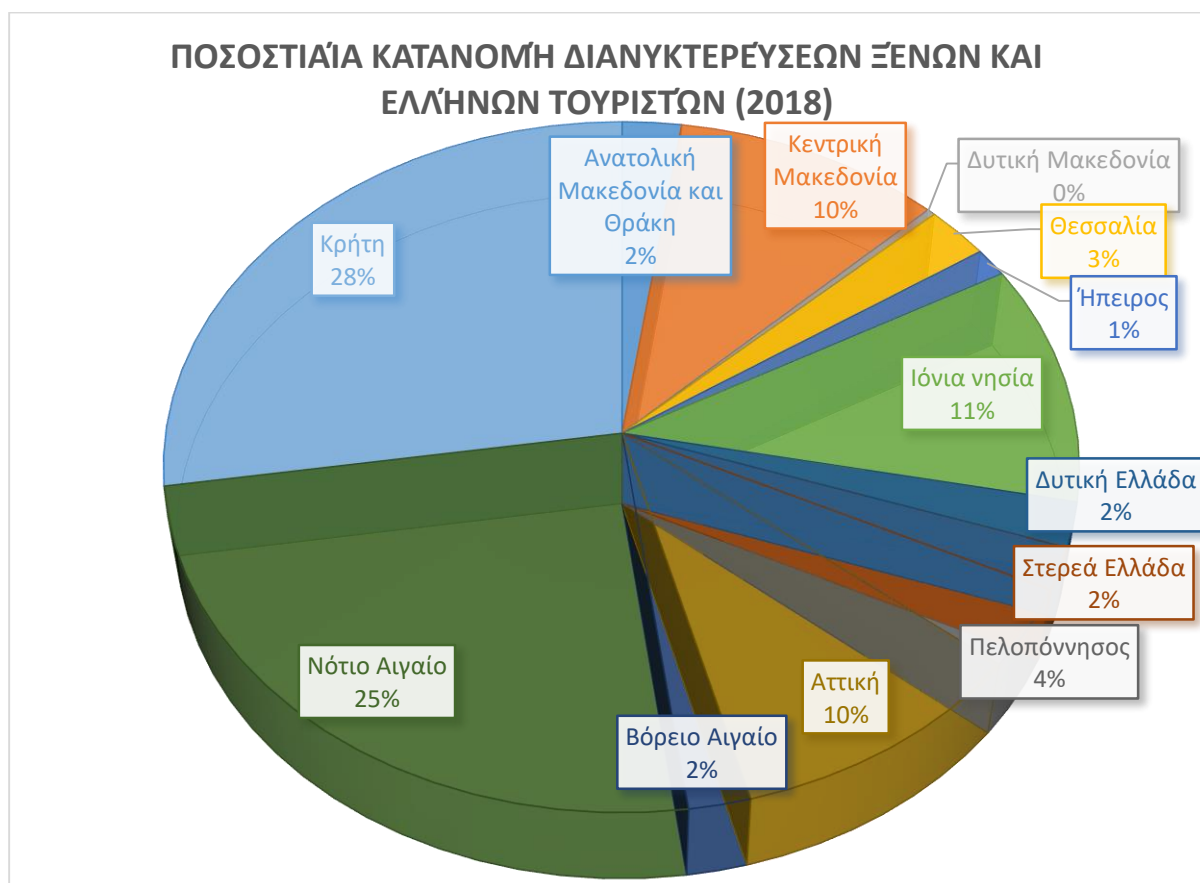
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

Η χωρική κατανομή του αριθμού των διανυκτερεύσεων ανά περιφερειακή ενότητα (Διάγραμμα 7) και το διάγραμμα 8 δείχνουν τις απόλυτες τιμές του αριθμού των διανυκτερεύσεων και την ποσοστιαία κατανομή τους ανά περιφέρεια αντίστοιχα. Η Κρήτη και το νότιο Αιγαίο έχουν τις περισσότερες διανυκτερεύσεις με την δυτική Μακεδονία να σημειώνει το μικρότερο ποσοστό διανυκτερεύσεων (0,3% επί του συνόλου). Να σημειωθεί πως τα δεδομένα που χρησιμοποιηθήκαν για τα έτη 2017-2018 αναφέρονται στο αριθμό των διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια, διαφέροντας από τα προηγούμενα που εστίαζαν στον εισερχόμενο τουρισμό. Η Ήπειρος σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των διανυκτερεύσεων με 194 επιπλέον διανυκτερεύσεις την ημέρα για το έτος 2018 σε σύγκριση με το 2017 ενώ αντίθετα η δυτική Ελλάδα σημείωσε τη μεγαλύτερη πτώση (-2.5%).

Πίνακας 4 Αριθμός διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία)

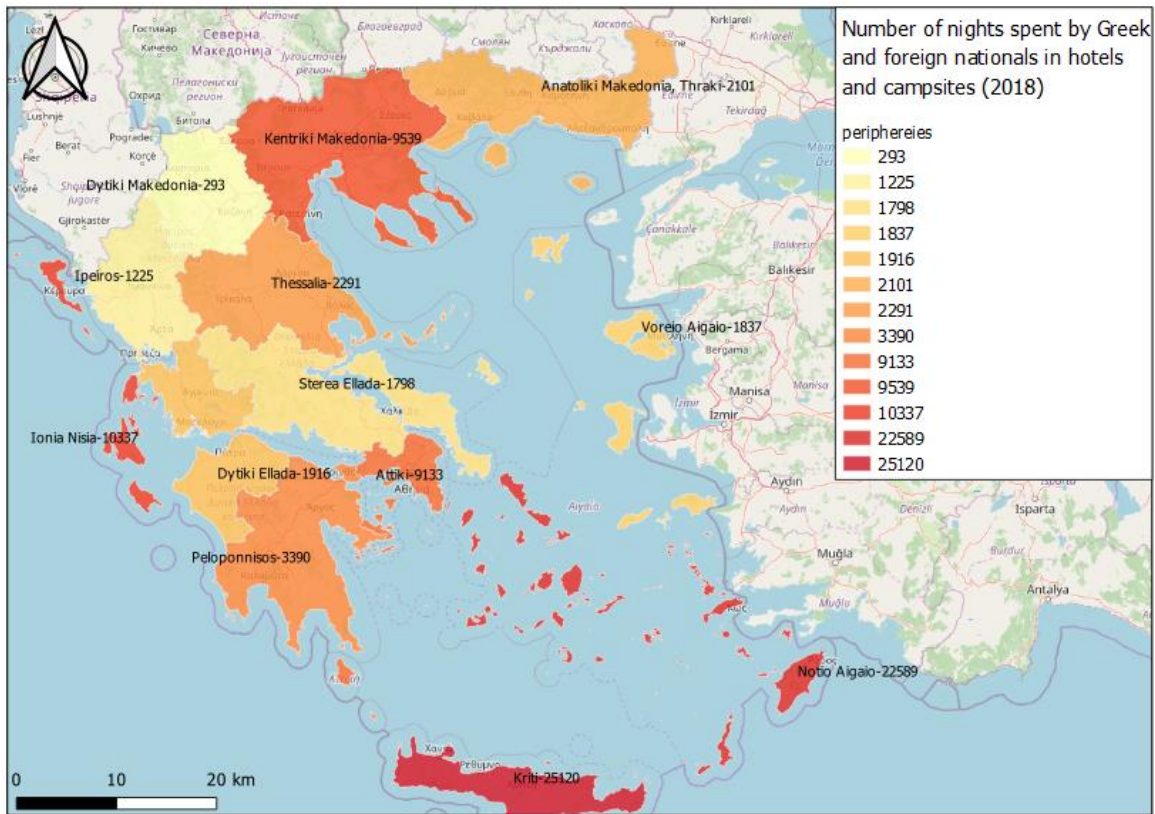
Περιφέρειες	2017	2018	Ποσοστό κατανομής (%) 2018	% Μεταβολή 2018-2017
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	2110000	2101000	2,3	-0.4
Κεντρική Μακεδονία	9744000	9539000	10,4	-2.1
Δυτική Μακεδονία	294000	293000	0,3	-0.4
Θεσσαλία	2274000	2291000	2,5	0.7
Ήπειρος	1154000	1225000	1,3	6.2
Ιόνια νησιά	9982000	10337000	11,3	3.6
Δυτική Ελλάδα	1965000	1916000	2,1	-2.5
Στερεά Ελλάδα	1790000	1798000	2	0.5
Πελοπόννησος	3378000	3390000	3,7	0.3

Περιφέρειες	2017	2018	Ποσοστό κατανομής (%) 2018	% Μεταβολή 2018-2017
Αττική	8870000	10000	10	3
Βόρειο Αιγαίο	1751000	1837000	2	4.9
Νότιο Αιγαίο	21455000	22589000	24,7	5.3
Κρήτη	25120000	25120000	27,4	2.5
Σύνολο	24516000	91569000	100	2.6



Διάγραμμα 7 Ποσοστιαία κατανομή διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία



Διάγραμμα 8 Χωρική κατανομή του αριθμού των διανυκτερεύσεων ξένων και Ελλήνων τουριστών ανά περιφέρεια
 Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδια επεξεργασία

Κεφάλαιο 3

Εναλλακτικός τουρισμός

3.1 Βασικοί ορισμοί εναλλακτικού τουρισμού

Παρά το γεγονός ότι ο τουρισμός έχει αναγνωριστεί για τα τεράστια οικονομικά και κοινωνικά του οφέλη, καθώς είναι ο οικονομικός σωτήρας που παρέχει θέσεις εργασίας και αυξάνει το ΑΕΠ, έχει επίσης κατηγορηθεί ως πηγή σοβαρών προβλημάτων, ιδίως στις αναπτυσσόμενες οικονομίες. Ειδικότερα, το γεγονός ότι δημιουργεί τεράστια οικονομική διαρροή, υπό την έννοια ότι οι μεγάλες επενδύσεις στον τουρισμό προέρχονται από τις δυτικές πολυεθνικές επιχειρήσεις (όπου το εισόδημα από τον τουριστικό τομέα θα έφτανε πίσω (Smith, 1989). Ο Macleod (2004) υποστηρίζει ότι ο τουρισμός αλλάζει τη σύνθεση του εργαζόμενου πληθυσμού από τις παραδοσιακές βιομηχανίες της γεωργίας έως τον τουριστικό τομέα υπηρεσιών και τις βιομηχανίες που διαταράσσουν την κοινότητα και την πολιτιστική της ταυτότητα. Τα τέσσερα κύρια φαινόμενα που οδήγησαν στην ανάγκη μιας διαφορετικής προσέγγισης για τον τουρισμό είναι τα εξής:

1. Οικονομικά ζητήματα όπως το γεγονός ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν επιλύει το πρόβλημα της φτώχειας.
2. Περιβαλλοντικά ζητήματα που αφορούν την επιρροή του μαζικού τουρισμού στο περιβάλλον.
3. Πολιτικά ζητήματα που αντικατοπτρίζουν την πολιτική οικονομία της διεθνούς τουριστικής βιομηχανίας, η οποία μετατράπηκε σε φυσική συνέχεια των ιστορικών ανισοτήτων.
4. Κοινωνικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της νέας ταξιδιωτικής αγοράς του μεταμοντέρνου πολιτισμού.

Έτσι, μια νέα μορφή του τουρισμού δημιουργήθηκε και πολλοί άνθρωποι το δέχτηκαν ενστικτωδώς, παρόλο που δεν μπορούσαν να την ορίσουν με ακρίβεια. Αυτή η διαφορετική προσέγγιση θα είχε λιγότερες σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στις περιοχές που αποτελούν ταξιδιωτικό προορισμό και στους πληθυσμούς τους και θα εξακολουθούσε να απολαμβάνει τις θετικές οικονομικές επιπτώσεις που εμφανίζονται ως η βέλτιστη λύση. Αυτή η νέα μορφή του τουρισμού προέκυψε ως εναλλακτική λύση για τον πιο ανεπιθύμητο τύπο του τουρισμού, τον μαζικό τουρισμό ή τον συμβατικό / εμπορικό τουρισμό ή τον παραδοσιακό τουρισμό.

Αποτελεί εναλλακτικό σχέδιο για μεγάλο αριθμό επισκεπτών, που έχει ως αποτέλεσμα μια αδέξια και άναρχη ανάπτυξη, περιβαλλοντική καταστροφή, κοινωνική αλλοτρίωση και

ομογενοποίηση. Οι μαζικοί τουρίστες απολαμβάνουν την ευκολία του να μην χρειαστεί να κάνουν τις δικές τους ταξιδιωτικές διευθετήσεις, να μην ξοδεύουν ένα μεγάλο χρηματικό ποσό ή χρόνο, να μην υποχρεούνται να μαθαίνουν μια ξένη γλώσσα για να αγοράζουν αγαθά και να απολαμβάνουν υπηρεσίες στον τουριστικό τους προορισμό. Ο τύπος των τουριστών είναι έτοιμος να εγκαταλείψει την γνήσια αυθεντική τοπική πολιτιστική επαφή και ο Τρίτος Κόσμος ή ο Παλαιός Κόσμος φαινόταν να τους προσφέρει αυτά τα οφέλη (Butler 1992).

Τελικά, οι νέες μορφές τουρισμού εμφανίστηκαν στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ των δεκαετιών του '70 και των αρχών της δεκαετίας του '80, προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο σκληρός μαζικός τουρισμός. Αυτές οι μορφές τουρισμού εξυπηρετούσαν μια πιο ευαίσθητη προσέγγιση δίνοντας προτεραιότητα στους φυσικούς και πολιτιστικούς πόρους την πρώτη γραμμή σχεδιασμού και ανάπτυξης. Παρόλο που εμφανίστηκαν με διαφορετικά ονόματα και διάφορα μοντέλα, μοιράστηκαν τις ίδιες αξίες, για να βελτιώσουν την κατάσταση και να διατηρήσουν την αρχική αγροτική έκκληση του τουριστικού προορισμού. Συμμετείχαν σε έργα μικρής κλίμακας, με χαμηλό επίπεδο επενδύσεων, χαμηλού βαθμού χαρακτήρα, ανεξάρτητη και αυτοσυντηρούμενη και απαιτώντας την υψηλή συμμετοχή των κυριότερων τοπικών κατοίκων παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η συμμετοχή του τοπικού πληθυσμού θα βελτίωνε τις επαφές μεταξύ των ντόπιων και των ξένων προσκεκλημένων τους θα προσφέρει μια πιο αυθεντική, ουσιαστική και ικανοποιητική εμπειρία τόσο για τους επισκέπτες όσο και για τους οικοδεσπότες. Ο Dernoί συσχέτιζε τον όρο του εναλλακτικού τουρισμού με το γεγονός ότι ο πελάτης λαμβάνει στέγαση απευθείας στο σπίτι του φιλοξενούμενου, με την παροχή παράλληλων υπηρεσιών και εγκαταστάσεων που προσφέρονται εκεί (Dernoί, 1981). Λίγα χρόνια αργότερα, πρόσθεσε άλλα χαρακτηριστικά στον εναλλακτικό τουρισμό που τον ξεχώριζε από τον μαζικό τουρισμό, με αποτέλεσμα στον εναλλακτικό τουρισμό τα άτομα, οικογένειες ή τοπικές κοινότητες να προσφέρουν ιδιωτικά στους επισκέπτες μια σειρά υπηρεσιών φιλοξενίας. Έτσι, ο εναλλακτικός τουρισμός στοχεύει στη δημιουργία μιας άμεσης προσωπικής και πολιτισμικής επικοινωνίας και κατανόησης μεταξύ του φιλοξενούμενου και του επισκέπτη (Dernoί, 1988). Ο ορισμός αυτός υποστηρίζει τη διευκόλυνση και τη βελτίωση των επαφών μεταξύ επισκεπτών και ντόπιων, προκειμένου να επιτευχθεί μια πολιτιστική ανταλλαγή και επικοινωνία και των δύο πλευρών. Ο Donald Macleod προτείνει μια σειρά από αρχές για τον καλύτερο ορισμό του εναλλακτικού τουρισμού και η Herms ανέπτυξε τις παρακάτω αρχές:

1. Ο τουρισμός θα πρέπει να βασίζεται σε διάλογο με τους ντόπιους, οι οποίοι πρέπει να ενημερώνονται για τις επιπτώσεις
2. Θα πρέπει οι αρχές να είναι φιλικές προς το περιβάλλον και να αποδίδουν σεβασμό στην τοπική λατρεία και στην θρησκευτική παράδοση,

3. Η κλίμακα του τουρισμού θα πρέπει να προσαρμοστεί στην ικανότητα αντιμετώπισης της περιοχής, που μετράται από αισθητική και οικολογική άποψη.

Σύμφωνα με τον Holden, ο εναλλακτικός τουρισμός είναι μια διαδικασία που προωθεί μια δίκαιη μορφή ταξιδιού μεταξύ μελών διαφορετικών κοινοτήτων. Επιδιώκει την επίτευξη αμοιβαίας κατανόησης, αλληλεγγύης και ισότητας μεταξύ των συμμετεχόντων (Smith & Eadington, 1992). Ο Holden ενδιαφέρεται κυρίως για την εξελικτική αλληλεπίδραση των προσκεκλημένων και φιλοξενεί, μέσω του καθορισμού καλά οργανωμένων εκδρομών ειδικού ενδιαφέροντος, παρά στην πραγματική ανάπτυξη των εγκαταστάσεων. Έτσι, ο εναλλακτικός τουρισμός περιγράφεται ως μορφές τουρισμού που συνάδουν με τις φυσικές, κοινωνικές και κοινοτικές αξίες και οι οποίες αφήνουν τόσο τους οικοδεσπότες όσο και τους φιλοξενούμενους να απολαμβάνουν την θετική και αξιόλογη αλληλεπίδραση και κοινές εμπειρίες » (Smith Eadington, 1992).

Στην Ευρώπη, ιδιαίτερα στη Γερμανία, την Αυστρία και την Ελβετία, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο όρος που χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τη νέα μορφή τουρισμού ήταν ο «ήπιος τουρισμός» (soft tourism), καθώς το κύριο χαρακτηριστικό του ήταν η προσοχή στα περιβαλλοντικά ζητήματα και η προώθηση πολιτικών οικολογικής φιλικής ανάπτυξης. Η διακήρυξη της Διεθνούς Επιτροπής για την Προστασία των Περιφερειών των Αλπεων (CIRPA) ορίζει τον ήπιο τουρισμό ως αμοιβαία κατανόηση μεταξύ του τοπικού πληθυσμού και των επισκεπτών, η οποία δεν θέτει σε κίνδυνο την πολιτιστική ταυτότητα της περιοχής υποδοχής και η οποία προσπαθεί να φροντίσει το περιβάλλον όσο το δυνατόν καλύτερα. Οι τουρίστες αυτού του τύπου δίνουν προτεραιότητα στη χρήση υποδομών που προορίζονται για τον τοπικό πληθυσμό και δεν δέχονται σημαντικές τουριστικές εγκαταστάσεις επιβλαβείς για το περιβάλλον (Pearce, 1992).

Ο όρος «νέος τουρισμός» προτάθηκε το 1979 από τους Rosenow και Pulsipher για την αμερικανική τουριστική βιομηχανία ως έναν νέο τρόπο ανάπτυξης, υποστηρίζοντας ότι όχι μόνο οι επισκέπτες αλλά και οι κοινότητες θα επωφεληθούν από τη δημιουργία μιας «διαφοροποιημένης» τουριστικής βιομηχανίας με βάση τα μοναδικά περιουσιακά στοιχεία και των δύο. Ο νέος τουρισμός είναι βασισμένος σε οκτώ αρχές:

- 1) μοναδική κληρονομιά και περιβάλλον,
- 2) εξελισσόμενη ιδιαίτερη ποιότητα των αξιοθέατων,
- 3) την προσπάθεια ανάπτυξης πρόσθετων τοπικών αξιοθέατων,
- 4) οικονομική ευκαιρία και πολιτιστικός εμπλουτισμός,
- 5) τοπικές υπηρεσίες,
- 6) marketing
- 7) προσαρμογή των περιουσιακών στοιχείων στην ικανότητα μεταφοράς των ντόπιων

8) πρόληψη των ενεργειακών απωλειών.

Η χρήση του όρου εναλλακτικός τουρισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί προβληματική, δεδομένου ότι σήμερα συνδέεται με την αρχή της βιώσιμης ανάπτυξης. Έτσι, καθιστώντας τον όρο «αιεφόρος τουρισμός» γίνεται πιο ακριβής στην περιγραφή των νέων «μορφών τουρισμού». Σύμφωνα με τον Holden (2003) ο βιώσιμος τουρισμός είναι πιο συμβατός με το φυσικό περιβάλλον από τον συμβατικό μαζικό τουρισμό. Η βλάβηση, οι συνθήκες των ζώων και οι πρώτες γεωργικές εκτάσεις δημιούργησαν το δρόμο για νέες υποδομές μέσω της αποψίλωσης που βλάπτει το οικοσύστημα και το τοπίο (Wearing & Grabowski, 2011). Σύμφωνα με την UNWTO, «οι κατευθυντήριες γραμμές και οι πρακτικές διαχείρισης του βιώσιμου τουρισμού εφαρμόζονται σε όλες τις μορφές τουρισμού σε όλους τους τύπους προορισμών, συμπεριλαμβανομένου του μαζικού τουρισμού και των διάφορων εξειδικευμένων τουριστικών τομέων. Οι αρχές της βιωσιμότητας αναφέρονται στις περιβαλλοντικές, οικονομικές και κοινωνικοπολιτισμικές πτυχές της τουριστικής ανάπτυξης και πρέπει να δημιουργηθεί μια κατάλληλη ισορροπία μεταξύ αυτών των τριών διαστάσεων για να διασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά τους» (UNEP & UNWTO, 2005). Ο βιώσιμος τουρισμός γίνεται τόσο δημοφιλής, καθώς ορισμένοι υποστηρίζουν ότι αυτό που τώρα ονομάζεται εναλλακτική λύση θα είναι "mainstream" σε μια δεκαετία.

3.2 Βιώσιμη ανάπτυξη και τουρισμός

Βιώσιμη ανάπτυξη ή βιωσιμότητα αποτελεί ένα από τις πιο συχνά μεταχειρισμένες και συζητήσιμες ορολογίες στην τουριστική έρευνα. Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι η έννοια της αιεφόρου ανάπτυξης διαδόθηκε από την αναφορά Brundtland το 1987 (McCool & Moisey, 2001), η προέλευση του όρου βιώσιμη ανάπτυξη είναι αρκετά παλιότερη.

Όσον αφορά την έννοια της αιεφόρου ανάπτυξης, η έκθεση Brundtland προσδιορίζει τα ακόλουθα στοιχεία (Aronsson, 2000):

- Ο παράγοντας άνθρωπος έχει αυτοτελώς την ικανότητα να επιτύχει βιώσιμη ανάπτυξη.
- Μια μακροπρόθεσμη προοπτική είναι απαραίτητη. Πρέπει να υπάρχουν επαρκείς πόροι και ένα καλό περιβάλλον για τις επόμενες γενιές.
- Πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ των πλούσιων και των φτωχών χωρών . Οι βασικές ανάγκες όλων πρέπει να καλύπτονται. ·
- Πρέπει όλοι, ιδίως στον δυτικό κόσμο, να αλλάξουμε τις στάσεις και τον τρόπο ζωής ώστε να ευνοεί τη βιώσιμη και οικολογικά προσαρμοσμένη ανάπτυξη.
- Η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία που μπορεί να κατευθυνθεί προς τη βιωσιμότητα

Μπορεί επίσης να σημειωθεί ότι η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης περιλαμβάνει τα τρία Ε της βιωσιμότητας (environment, economy and equity) (Campbell, 1996). Βιωσιμότητα σημαίνει μια κατάσταση όπου η οικονομία αναπτύσσεται συνεχώς, τα προϊόντα της οικονομικής ανάπτυξης κατανέμονται εξίσου και οι αρνητικές περιβαλλοντικές επιπτώσεις που πηγάζουν από αυτήν την εξέλιξη ελαχιστοποιούνται (Ioannides, 2001).

Όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ φυσικών πόρων και ανθρωπογενών πόροι, ο Turner et al (1994) προσπάθησε να ταξινομήσει τη βιώσιμη ανάπτυξη στους ακόλουθους δύο τύπους.

Αδύναμη αειφορία - Ο κύριος στόχος αυτής είναι η διατήρηση του συνόλου του αποθεματικού κεφαλαίου (δηλαδή, το άθροισμα των φυσικών, ανθρωπογενών και κοινωνικών πολιτιστικών κεφαλαίων). Πιο συγκεκριμένα, αυτός ο τύπος βιώσιμης ανάπτυξης μπορεί επίσης να χωριστεί σε δύο κατηγορίες. Αρχικά, στην κατηγορία της πολύ αδύναμης αειφορίας επιτρέπει την ελεύθερη αντικατάσταση του φυσικού κεφάλαιο με ανθρωπογενή κεφάλαιο, ανεξάρτητα της ανανεωσιμότητας του φυσικού κεφαλαίου. Δεύτερον, στην αδύναμη βιωσιμότητα που απορρίπτει την απεριόριστη υποκατάσταση μεταξύ φυσικού και ανθρωπογενές κεφαλαίου, με την αναγνώριση ορισμένων πτυχών του φυσικού κόσμου ως κρίσιμου κεφαλαίου, οι οποίες είναι θεμελιώδεις στη συνεχιζόμενη ανθρώπινη ύπαρξη.

Ισχυρή αειφορία - Ο κύριος στόχος αυτής της κατηγορίας είναι η διατήρηση του φυσικού κεφάλαιο, ανεξάρτητα από το καθεστώς του συνολικού κεφαλαίου. Αυτή η θέση μπορεί επίσης να χωριστεί σε δύο καθορισμένες υποκατηγορίες. Πρώτον, πολύ δυνατή αειφορία που υποστηρίζει μια σταθερή κατάσταση οικονομίας με μηδενική αύξηση του πληθυσμού χωρίς να απαιτείται αντικατάσταση των αποθεμάτων των φυσικών πόρων. Δεύτερον, στην ισχυρή βιωσιμότητα που επιτρέπει την αντικατάσταση μιας μορφής φυσικού κεφαλαίου με άλλη, που υπόκειται στους ελάχιστους και μέγιστους οικολογικούς περιορισμούς.

Συνεπώς, η βιωσιμότητα μπορεί να είναι μια αμφισβητούμενη έννοια που είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και αντικατοπτρίζει το ενδιαφέρον όλων των εμπλεκόμενων φορέων (Mowforth & Munt, 1997). Με άλλα λόγια, ο ορισμός της αειφόριας εξαρτάται από τα συμφέροντα και ιδεολογίες των διάφορων εμπλεκόμενων φορέων, όπως τουρίστες, ταξιδιωτικοί πράκτορες, κοινότητες υποδοχής, κυβερνήσεις και ΜΚΟ. Έτσι, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων και εφαρμογής σε σχέση με τις ανάγκες της βιώσιμης ανάπτυξης χρήζει μελέτης στο πλαίσιο των κοινωνικών και πολιτικών σχέσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων (Sofield, 2003).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο βιώσιμος τουρισμός οφείλει πολλές από τις έννοιες και τις αρχές του στη βιώσιμη ανάπτυξη, επομένως αυτές οι δύο έννοιες μπορεί να έχουν παρόμοια ιστορικά υπόβαθρα. Αν και, όπως σημειώνει ο Wight 1998, ο τουρισμός δεν μπορεί να κατηγορηθεί για την

περιβαλλοντική υποβάθμιση που προκαλείται από ανακριβείς αποφάσεις παρά μόνο από τις πραγματικές επιπτώσεις που προκαλούν οι τουρίστες, ο τουρισμός δεν έχει μόνο συμφέροντα για αιεφόρο ανάπτυξη, αλλά πρέπει επίσης να επωμιστεί ορισμένες ευθύνες. Η αιεφόρος ανάπτυξη πρότεινε τέσσερις λόγους για τους οποίους ο τουρισμός πρέπει να ενσωματωθεί στην έννοια της αιεφόρου ανάπτυξης (Wight, 1998):

- Ο τουρισμός είναι μια αναπτυσσόμενη βιομηχανία και έχει μεγάλη οικονομική σημασία.
- Ο τουρισμός επηρεάζει ευρύ φάσμα άλλων βιομηχανιών.
- Ο τουρισμός εξαρτάται επίσης από το μοναδικό περιβάλλον, την κληρονομιά, τον πολιτισμό και την ποικιλομορφία του τοπίου, και
- Ο τουρισμός επιφέρει ευρείες επιπτώσεις (αρνητικές και θετικές) στο φυσικό περιβάλλον και κοινωνία υποδοχής.

Όσον αφορά τη σύνδεση μεταξύ της αιεφόρου ανάπτυξης και του τουρισμού, υπήρξαν διάφορα επιχειρήματα σχετικά με τις επιπτώσεις της αιεφορίας στον τουρισμό. Οι McCool & Moisey (2001) παρουσίασαν τρεις τύπους απόψεων για την αιεφόρο τουριστική ανάπτυξη. Η πρώτη άποψη είναι η διατήρηση του τουρισμού, που αφορά κυρίως τη συνεχή αύξηση του αριθμού των τουριστών και τις δαπάνες τους. Το κύριο μέλημα αυτής της άποψης είναι ο τρόπος διατήρησης των επιχειρήσεων της τουριστικής βιομηχανίας για μεγάλο χρονικό διάστημα και, επομένως, αυτή η άποψη αντικατοπτρίζει τα συμφέροντα της τουριστικής βιομηχανίας. Το πρόβλημα αυτής της προοπτικής, όσον αφορά την αιεφόρο ανάπτυξη, είναι ότι δεν αναγνωρίζει απαραίτητα τον τουρισμό ως εργαλείο για την ενίσχυση των οικονομικών ευκαιριών, την προστασία της πολιτιστικής και φυσικής κληρονομιάς μιας κοινότητας και τη διατήρηση της επιθυμητής ποιότητας ζωής. Στην περίπτωση αυτή, εάν η αιεφόρος ανάπτυξη θεωρείται μείωση της ανάπτυξης ή την μείωση του αριθμού των τουριστών, τότε η ιδέα δεν υποστηρίζεται με ενθουσιασμό από την τουριστική βιομηχανία, επειδή πρωταρχικό μέλημά της είναι η διατήρηση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας της οικονομίας της περιοχής, παρά της βιωσιμότητας του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Butler, 1998).

Η δεύτερη άποψη είναι ο βιώσιμος τουρισμός, ο οποίος προτιμά μια «ευγενική» μορφή τουρισμού, σχεδιασμένου να ωφελεί τους ντόπιους και να προστατεύει τους πόρους πάνω στην οποία βασίζεται η βιομηχανία τουρισμού και αναψυχής. Αυτή η προσέγγιση αφορά κυρίως τον τρόπο μείωσης των αρνητικών οικονομικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοπολιτιστικών επιπτώσεων της τουριστικής δραστηριότητας. Αυτή η προσέγγιση δίνει μεγάλη έμφαση στη διατήρηση των φυσικών και πολιτιστικών πόρων, επειδή αποτελούν κρίσιμα στοιχεία για τη συνεχή ανάπτυξη της τουριστικής βιομηχανίας. Η έννοια του βιώσιμου τουρισμού που ορίζεται από τον ΠΟΕ (1998) μπορεί να

συμπεριληφθεί σε αυτήν την προσέγγιση, για παράδειγμα, η αρχή που προτείνει ο ΠΟΕ για την αιεφόρο τουριστική ανάπτυξη: *"Οι φυσικοί, ιστορικοί, πολιτιστικοί και άλλοι πόροι για τον τουρισμό διατηρούνται για συνεχή χρήση στο μέλλον, οι οποίοι εξακολουθούν να αποφέρουν οφέλη στην παρούσα κοινωνία (ΠΟΕ, 1998)"*.

Αυτή η δεύτερη προσέγγιση, ωστόσο, έχει επίσης έναν περιορισμό για τη διασφάλιση της αιεφόρου ανάπτυξης, διότι δεν λαμβάνει υπόψη την ολιστική άποψη με την οποία η τουριστική βιομηχανία θεωρείται μέρος του οικονομικού συστήματος.

Η τρίτη άποψη είναι να θεωρηθεί ο τουρισμός ως μέθοδος για την ενίσχυση της αιεφόρου ανάπτυξης. Αυτή η άποψη επιτρέπει στον τουρισμό να θεωρηθεί ως μία από τις πολλές εναλλακτικές λύσεις που μπορούν να βοηθήσουν μια κοινότητα να ξεπεράσει τις αδυναμίες της και να διατηρήσει τις δυνάμεις της. Θεωρεί τον τουρισμό ως εργαλείο και όχι ως σκοπό. Με βάση την τρίτη άποψη, η τουριστική ανάπτυξη μπορεί να εγκαταλειφθεί εάν θεωρείται ασυμβίβαστη με τη συνολική βιωσιμότητα της κοινωνίας.

Ο Hunter (1997) προσπάθησε να δημιουργήσει ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη σχέση μεταξύ τουρισμού και βιώσιμης ανάπτυξης προτείνοντας τις ακόλουθες τέσσερις βιώσιμες τουριστικές προσεγγίσεις. Η πρώτη προσέγγιση είναι η βιώσιμη ανάπτυξη μέσω του τουρισμού ως επιτακτική ανάγκη, η οποία αφορά κυρίως την ικανοποίηση των αναγκών και τις επιθυμίες των τουριστών και των τουριστικών φορέων. Σε αυτήν την προσέγγιση, επομένως, ένας ορισμένος βαθμός απώλειας φυσικών πόρων μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο προς όφελος της ανάπτυξης του τουρισμού, όπως στην περίπτωση της πολύ ασθενούς βιωσιμότητας. Η δεύτερη προσέγγιση είναι η αιεφόρος ανάπτυξη μέσω του τουριστικού προϊόντος. Αυτή η προσέγγιση είναι συμβατή με μια αδύναμη ερμηνεία της αιεφόρου ανάπτυξης. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ένα ευρύ φάσμα περιβαλλοντικών και κοινωνικών επιπτώσεων μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικό στην περιοχή προορισμού, αλλά μόνο στο βαθμό που αυτές οι πράξεις συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση του τουριστικού προϊόντος. Η τρίτη είναι η αιεφόρος ανάπτυξη μέσω του τουρισμού με περιβαλλοντικό τρόπο. Το κύριο μέλημα αυτής της προσέγγισης είναι η διατήρηση του περιβάλλοντος με την προώθηση ορισμένων τύπων τουρισμού, οι οποίοι βασίζονται συγκεκριμένα και ανοιχτά στη διατήρηση ενός υψηλής ποιότητας φυσικού περιβάλλοντος και πολιτιστικών εμπειριών. Παρόλο που εξακολουθεί να υπάρχει μια πολύ μεγάλη γκάμα προϊόντων με αυτήν την προσέγγιση, διαφέρει από τον τουρισμό που βασίζεται στο προϊόν αυτό καθαυτό, δίνοντας προτεραιότητα στις περιβαλλοντικές επιπτώσεις έναντι των ευκαιριών μάρκετινγκ. Η τέταρτη προσέγγιση είναι η αιεφόρος ανάπτυξη μέσω του νέου τουρισμού. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, η οποία στρέφεται έντονα προς την περιβαλλοντική σκοπιά, ο τουρισμός μπορεί να θυσιάζεται ή να αποθαρρύνεται για την προστασία του

περιβάλλοντος και τη λειτουργική ακεραιότητα των φυσικών οικοσυστημάτων στην περιοχή προορισμού.

Γενικά υποστηρίζεται ότι η κεντρική προσέγγιση του μαζικού τουρισμού πρέπει να αποφευχθεί για να επιτευχθεί η βιωσιμότητα. Σύμφωνα με τον Butler, *"Ενώ ορισμένοι προορισμοί μπορεί να θεωρηθούν βιώσιμοι όσον αφορά την ικανότητά τους να διατηρήσουν την τουριστική τους βιομηχανία, ενδέχεται να μην θεωρούνται πάντα βιώσιμοι από περιβαλλοντική ή κοινωνικοπολιτική έννοια (1999)."* Πολλοί συγγραφείς επέκριναν επίσης τις παγίδες μιας επικεντρωμένης στον τουρισμό προσέγγισης, η οποία ασχολείται κυρίως με την προστασία των πόρων που θα επιτρέψει τη διατήρηση της τουριστικής ανάπτυξης (Ioannides, 2001). Ο Hunter (1995) υποστήριξε ότι το κυρίαρχο πρότυπο αειφόρου τουριστικής ανάπτυξης, το οποίο είναι μια υπερβολικά κεντρική προσέγγιση του τουρισμού, αποτυγχάνει να αντιμετωπίσει πολλά από τα ζητήματα που είναι απαραίτητα για τη γενικότερη έννοια της αειφόρου ανάπτυξης και μπορεί μάλιστα να λειτουργήσει ενάντια στις γενικές απαιτήσεις της αειφόρου ανάπτυξης. Ως εκ τούτου, προκειμένου να διασφαλιστεί η απαίτηση των μελλοντικών γενεών, ο τουρισμός σε ένα πλαίσιο αειφορίας θα πρέπει να αναγνωρίσει την ανάγκη για ολοκληρωμένες και ολιστικές προσεγγίσεις που εξισορροπούν την τουριστική ανάπτυξη με άλλες δραστηριότητες.

Στο πλαίσιο του τουρισμού ως εργαλείου αειφόρου ανάπτυξης, η τουριστική βιομηχανία πρέπει να ανταγωνιστεί άλλους τομείς για να εξασφαλίσει επαρκείς πόρους στους οποίους βασίζεται η τουριστική βιομηχανία. Επομένως, ο πιθανά βιώσιμος τουρισμός μπορεί να επηρεαστεί από ακόμη πιο περίπλοκους και σύνθετους παράγοντες από άλλους τομείς, επειδή ο τουρισμός δεν είναι μόνο ένας κλάδος όπου διάφοροι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν τα δικά τους συμφέροντα και ανταγωνίζονται τους περιορισμένους πόρους, αλλά επίσης πρέπει να ανταγωνιστεί άλλους τομείς για την απόκτηση κατάλληλων τουριστικών πόρων, πληροφοριών και υποδομών. Αυτό το ζήτημα σχετίζεται με τις συγκρούσεις ή τη συνεργασία μεταξύ διαφόρων τμημάτων κυβερνητικών φορέων και πολιτικών. Ο τουρισμός πρέπει να συνεργάζεται με άλλους τομείς για την επίτευξη του στόχου της αειφόρου ανάπτυξης και να υπάρχει εύλογη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων τομέων. Συνεπώς, ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με αυτό το ζήτημα δεν μπορεί να γίνει κατανοητή χωρίς να ληφθεί υπόψη ο ανταγωνισμός μεταξύ διαφόρων εμπλεκόμενων μερών για τη διασφάλιση των συμφερόντων τους.

3.3 Μορφές εναλλακτικού τουρισμού

Η εγκατάλειψη του πρωτογενούς τομέα και η ειδίκευση πολλών περιοχών στις τουριστικές υπηρεσίες καθιστά έναν τόπο ευάλωτο στις περιόδους κρίσης του κλάδου, που οφείλονται στις διεθνείς συγκυρίες και τον ανταγωνισμό από άλλες τουριστικές περιοχές. Έχει γίνει κατανοητό ότι η

ανεξέλεγκτη τουριστική ανάπτυξη, με την οποία έχει συνδεθεί ο μαζικός τουρισμός στη Μεσόγειο, μπορεί να υπονομεύσει τη βιωσιμότητα του ίδιου του τουριστικού «προϊόντος» λόγω της υποβάθμισης του τουριστικού περιβάλλοντος. Το περιβάλλον πρέπει να διασωθεί όχι μόνο για την αξία που έχει αυτό καθαυτό αλλά, κυρίως, γιατί έχει οικονομική αξία.

Μια έννοια που αναπτύχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες ως μέσο ελέγχου της τουριστικής ανάπτυξης και αποφυγής των αρνητικών επιπτώσεων, είναι αυτή της τουριστικής φέρουσας ικανότητας. Η έννοια αυτή αναφέρεται στη χωρητικότητα μιας τουριστικής περιοχής και στον αριθμό επισκεπτών που μπορεί να δεχθεί χωρίς να υποστεί σημαντική υποβάθμιση. Πέρα από τις δυσκολίες που υπάρχουν να μετρηθεί η φέρουσα ικανότητα, η χρησιμότητα της έννοιας έγκειται στην αναγνώριση της ανάγκης να τεθούν όρια και μηχανισμοί ελέγχου της τουριστικής ανάπτυξης.

Σήμερα, η παγκόσμια τάση είναι να περιοριστεί ο μαζικός τουρισμός λόγω των δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, και να αντικατασταθεί από τον εναλλακτικό τουρισμό, ώστε η τουριστική ανάπτυξη να καταστεί βιώσιμη και να μειωθεί η εποχικότητα. Ο εναλλακτικός τουρισμός αποτελεί τμήμα των ειδικών μορφών τουρισμού, στον οποίο οι περιηγητές αναζητούν ένα διαφορετικό τρόπο διακοπών, ο οποίος συνδέεται με την προστασία της τοπικής κουλτούρας, την προστασία του φυσικού και ανθρωπογενούς περιβάλλοντος, αλλά και με την αποφυγή της χρήσης υπηρεσιών οργανωμένου μαζικού τουρισμού. Με τον όρο εναλλακτικός τουρισμός ορίζεται το σύνολο των ολοκληρωμένων τουριστικών υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται σε ένα εξειδικευμένο κοινό, στηρίζονται σε οικολογικά ανεκτές και ήπιες δραστηριότητες, ενώ αναδεικνύουν χωρίς να καταστρέφουν τα φυσικά κάλλη μιας περιοχής (Πολύζος, 2011).

Τα κύρια χαρακτηριστικά του εναλλακτικού τουρισμού είναι η αναζήτηση της αυθεντικότητας και της επαφής με τη φύση, η άρνηση των απρόσωπων τουριστικών πακέτων, η αποφυγή των κοσμικών παραλιών' ο συνδυασμός των διακοπών με την προσφορά εθελοντικής εργασίας συμβάλλει στην προστασία του περιβάλλοντος και την ανάδειξη της πολιτιστικής κληρονομιάς, και προσφέρει λύσεις σε προβλήματα της τουριστικής εποχικότητας. Θεωρείται μικρής κλίμακας ανάπτυξη του τουρισμού, που προέρχεται και οργανώνεται από τον τοπικό πληθυσμό ή τους τοπικούς φορείς και προσελκύει τουρίστες με ειδικά ενδιαφέροντα. Οι οπαδοί του εναλλακτικού τουρισμού υποστηρίζουν ότι άνθρωποι διαφορετικών πολιτισμών έρχονται σε επαφή μεταξύ τους και είναι δυνατόν να δημιουργηθεί ένα κλίμα κατανόησης ανάμεσα στους ανθρώπους και στους πολιτισμούς, και να προωθηθούν πολιτιστικές ανταλλαγές ανάμεσα στους «φιλοξενούμενους» και τους «οικοδεσπότες». Με τον τρόπο αυτό, αυξάνονται οι πιθανότητες για τους ανθρώπους να αναπτύξουν αμοιβαία συμπάθεια και κατανόηση, και να μειωθούν οι προκαταλήψεις.

Ορισμένα είδη τουρισμού, που συνθέτουν τον εναλλακτικό τουρισμό, είναι (Πολύζος, 2011):

- **Αγροτουρισμός.** Ονομάζεται η εναλλακτική εκείνη μορφή τουρισμού, η οποία αναπτύσσεται σε μη τουριστικά κορεσμένες αγροτικές περιοχές και συνδέεται με κοινωνικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές αξίες, οι οποίες επιτρέπουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ τοπικού πληθυσμού και επισκεπτών. Ως δραστηριότητα αναπτύσσεται από τους μόνιμους κάτοικους των περιοχών του πρωτογενούς τομέα, οι οποίοι χρησιμοποιούν τον αγροτουρισμό ως συμπληρωματική πηγή εισοδήματος.
- **Οικοτουρισμός.** Ονομάζεται ο τουρισμός που περιλαμβάνει επίσκεψη σε φυσικές περιοχές και αποσκοπεί στην απόλαυση και εκτίμηση της φύσης, των πολιτισμικών και ανθρωπογενών στοιχείων του παρόντος και του παρελθόντος. Ως δραστηριότητα προάγει τη διατήρηση της φύσης στους τουριστικούς προορισμούς' η παρουσία των επισκεπτών έχει χαμηλή επίδραση και παρέχει χρήσιμη ενεργή κοινωνικοοικονομική ανάμιξή τους με τον τοπικό πληθυσμό.
- **Επαγγελματικός τουρισμός.** Αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια επαγγελματικών ταξιδιών και διακρίνεται σε επί μέρους κατηγορίες με κριτήριο το σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται το επαγγελματικό ταξίδι. Έτσι, μπορεί να αφορά συμμετοχή σε ένα συνέδριο (συνεδριακός τουρισμός), συμμετοχή σε μια έκθεση (τουρισμός εκθέσεων), συμμετοχή σε σεμινάριο (τουρισμός σεμιναρίων) κ.λπ. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από επισκέπτες υψηλού εκπαιδευτικού και οικονομικού επιπέδου, οι οποίοι διαμένουν σε καταλύματα υψηλών κατηγοριών, ο χρόνος παραμονής στον τουριστικό προορισμό κυμαίνεται συνήθως από 3 έως 5 ημέρες και η περίοδος αιχμής σημειώνεται κυρίως τους μήνες Φεβρουάριο - Μάιο και Σεπτέμβριο - Νοέμβριο.
- **Πολιτιστικός τουρισμός.** Σχετίζεται με την επίσκεψη σε έναν τόπο με στόχο την επαφή με τα πολιτιστικά του στοιχεία και συνήθως δεν εμφανίζεται μόνος τους, αλλά συμπληρωματικά με κάποιο άλλο είδος τουρισμού.
- **Μαθησιακός τουρισμός.** Αναφέρεται στη μάθηση και την έχει σαν τουριστικό προϊόν, ή η τουριστική πελατεία έχει θεσμική σχέση με τη μάθηση
- **Τουρισμός υγείας:** Είναι η μορφή του τουρισμού όπου οι τουρίστες συμμετέχουν σε προγράμματα υγείας ή σε προγράμματα που σχετίζονται με την υγεία, όπως διατήρησης, πρόληψης, θεραπείας, ανάρρωσης και αποκατάστασης της υγείας με σύγχρονες μεθόδους και προγράμματα που σχετίζονται και επηρεάζουν την υγεία. Ο τουρισμός υγείας περιλαμβάνει μερικότερες εναλλακτικές μορφές τουρισμού και συγκεκριμένα τις εξής, (i) θεραπευτικός τουρισμός, (ii) ιαματικός τουρισμός, (iii) τουρισμός φυσιοθεραπείας, (iv) τουρισμός υγιεινής διαβίωσης, (v) τουρισμός ομορφιάς και (vi) θερμαλισμός ή θερμαλιστικός τουρισμός.

- **Κοινωνικός τουρισμός.** Είναι το σύνολο των σχέσεων και διεργασιών που προκύπτουν από την επιδοτούμενη από την πολιτεία, βάσει ορισμένων προγραμμάτων, συμμετοχή στον τουρισμό των κοινωνικών στρωμάτων με χαμηλό εισόδημα.
- **Θαλάσσιος τουρισμός.** Είναι ο τουρισμός ο οποίος σχετίζεται με την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων στη θάλασσα, όπως κολύμβηση, αναψυχή στην παραλία, αλλά με την εναλλακτική του έννοια εμπεριέχει και λοιπές δραστηριότητες, όπως θαλάσσια σπορ, παρακολούθηση βυθού κ.λπ.
- **Αθλητικός τουρισμός.** Είναι η εναλλακτική μορφή τουρισμού κατά τη διάρκεια της οποίας οι τουρίστες ασκούνται, γυμνάζονται, παίζουν ή αθλούνται, και συγκεκριμένα επιδίδονται σε ένα ή περισσότερα αγωνίσματα. Η μορφή αυτή του τουρισμού ονομάζεται ειδικότερα αθλητικός

Ο διαχωρισμός των εναλλακτικών μορφών τουρισμού από τον μαζικό τουρισμό, αλλά και η μεταξύ τους διάκριση δεν είναι εύκολη. Σε πολλές περιπτώσεις, τα κίνητρα ενός τουρίστα μπορεί είναι ένα, ή και περισσότερα του ενός και η τουριστική επίσκεψη μπορεί να συμπεριληφθεί σε περισσότερες από μία από τις παραπάνω κατηγορίες. Έτσι, για παράδειγμα, η επίσκεψη σε θρησκευτικά κέντρα μπορεί να ικανοποιεί το θρησκευτικό συναίσθημα, αλλά παράλληλα να περιλαμβάνει κίνητρα πολιτιστικού και κοινωνικού τουρισμού, ο οικονομικός ή πολιτικός τουρισμός συχνά περιλαμβάνει συνδυασμό διακοπών ή πολιτιστικών αναζητήσεων, κ.λπ. Επίσης, ο θρησκευτικός τουρισμός θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στην κατηγορία του πολιτιστικού τουρισμού, ενώ οι διαφορές ανάμεσα στις παραπάνω μορφές τουρισμού δεν είναι διακριτές και ο συνδυασμός κινήτρων, που πολλές φορές ενυπάρχει στις τουριστικές επισκέψεις, δυσκολεύει την εύκολη ταξινόμηση του τουριστικού φαινομένου.

Οι βασικές διαφορές μεταξύ των εναλλακτικών μορφών τουρισμού και μαζικού τουρισμού είναι ότι ο εναλλακτικός τουρισμός είναι μικρότερης, ελεγχόμενης και ρυθμιζόμενης κλίμακας, ενισχύει οικονομικά και κοινωνικά τις τοπικές κοινωνίες, ελαχιστοποιεί τις αρνητικές επιδράσεις στο φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, έχει ποικιλία δραστηριοτήτων σε ατομική βάση και στηρίζεται σε βιώσιμα πρότυπα ανάπτυξης (Πολύζος, 2011).

3.4 Εμπόδια στην ανάπτυξη του εναλλακτικού τουρισμού

Η οικονομική κρίση της Ελλάδας έγινε εμφανής στα τέλη του 2009 οδηγώντας σε ένα αρχικό δάνειο διάσωσης, ύψους 110 δισ. ευρώ από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Ο σκοπός της διάσωσης ήταν να δοθεί χρόνος στην κυβέρνηση να υιοθετήσει μέτρα λιτότητας χωρίς να χρειαστεί να αξιοποιήσει τις αγορές του δημόσιου χρέους. Εντούτοις, ενάμιση χρόνο αργότερα, η χώρα δεν ανταποκρίνεται στους δημοσιονομικούς στόχους και τις διαρθρωτικές

αλλαγές ενώ τα μέτρα λιτότητας είχαν ως αποτέλεσμα χαμηλότερες φορολογικές εισπράξεις και ολοένα και μεγαλύτερα ελλείμματα. Ως αποτέλεσμα, ήταν ένα δεύτερο πακέτο διάσωσης που εγκρίθηκε στις αρχές Ιουνίου 2011 και απαιτούσε αυστηρότερες διαρθρωτικές προσαρμογές (Task, 2011). Η πρόσφατη διακυβερνητική αναταραχή επιδείνωσε τις οικονομικές προοπτικές. Η κατάσταση δεν είναι αναπόφευκτη αν ληφθεί υπόψη η δύναμη της τουριστικής και ναυτιλιακής βιομηχανίας στη χώρα. Ο τουρισμός μπορεί να αποφέρει υψηλότερα κέρδη, ακόμη και χωρίς αύξηση του αριθμού των τουριστών, εάν οι άνθρωποι καταφέρουν να μειώσουν τα κοινωνικοοικονομικά τους κόστη που προκύπτουν από την περιβαλλοντική υποβάθμιση και κατάχρηση, την εγκατάλειψη της γεωργικής παραγωγής και την μετανάστευση των αγροτικών περιοχών στις πόλεις.

Η έκταση των κοινωνικοοικονομικών επιδράσεων του μαζικού τουρισμού στην Ελλάδα έχει συζητηθεί στους τομείς της οικονομίας, των επιχειρήσεων και τις κοινωνικές επιστήμες. Σύμφωνα με την έκθεση «Οι μεταβαλλόμενες όψεις των παράκτιων περιοχών της Ευρώπης» (Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος, 2006), ο αντίκτυπος σε πολλές παράκτιες περιοχές είναι σημαντικός. Στην προαναφερθείσα έκθεση συμπεριλήφθηκε το παράδειγμα ενός ελληνικού νησιού της Πάτμου, όπου η ζήτηση νερού αυξήθηκε επτά φορές κατά τη διάρκεια της τουριστικής περιόδου. Οι ιδιώτες απαλλοτρίωσαν γη για την ανάπτυξη τουριστικών επιχειρήσεων, οι τουρίστες άσκησαν πίεση στους πόρους και τις εγκαταστάσεις αποβλήτων και η επέκταση του ξενοδοχείου είχε ως αποτέλεσμα στην καταστροφή υδροτόπων και αμμόλοφων. Η καταστροφή των δασών και η εγκατάλειψη της γης στη Λέσβο αναφέρθηκαν από τον Κοσμά (2004) και οι επιπτώσεις της υποβάθμισης του περιβάλλοντος στη Μεσόγειο εκτιμήθηκαν από τους Hickman (2006) και McCarthy (2001). Ο Kerin (1999) και ο Κατσαντώνης (2007) ανέφεραν τις επιπτώσεις του μαζικού τουρισμού στις συνθήκες υγιεινής στις πληγείσες περιοχές και στο φυσικό περιβάλλον γενικότερα. Οι προσπάθειες για την προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης έχουν αναληφθεί από μη κυβερνητικές οργανώσεις όπως η SOS-Mediterranean.

Δεδομένου ότι τα τρέχοντα οικονομικά προβλήματα προτρέπουν την Ελλάδα να ενισχύσει την τουριστική βιομηχανία αναζητώντας επιπλέον εισόδημα, πρέπει να εκτιμήσει κατά πόσο η τρέχουσα μορφή ανάπτυξης μπορεί πράγματι να συμβάλει στην κατάσταση ή αν υπάρχει η πιθανότητα περαιτέρω ζημιών. Τον Μάιο του 2011 στα νησιά του Αιγαίου, του Ιονίου, της Ηπείρου και της Κρήτης, όπου διαφημίζεται ο αγροτουρισμός και ο οικοτουρισμός γίνονταν συζητήσεις για τις τρέχουσες μορφές ανάπτυξης με τους κατοίκους και τους αξιωματούχους εντοπίζοντας τα ακόλουθα εμπόδια στην ανάπτυξη, που επιβάλλουν το άμεσο και έμμεσο κόστος στην οικονομία.

- Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις εναλλακτικού τουρισμού εξακολουθούν να επιδοτούνται από το κράτος, μια διαδικασία που ενθαρρύνει την υποτονικότητα και τη διαφθορά.

- Ορισμένα αγροτουριστικά σημεία έχουν υιοθετήσει το όνομα αλλά όχι την ουσία του εναλλακτικού τουρισμού, καθώς ο ορισμός του όρου είναι σκοτεινό και μπορεί να περιλαμβάνει μαζικές τουριστικές δραστηριότητες. Επιπλέον, οι αγροτουριστικές δραστηριότητες που προσφέρουν είναι περιορισμένες και δεν εκπαιδεύουν τον τουρίστα στην αγροτική ζωή.
- Ορισμένα σημεία οικοτουρισμού εξαρτώνται από τις εγκαταστάσεις μαζικού τουρισμού για τη στέγαση των επισκεπτών.
- Τα αγροτουριστικά και οικοτουριστικά κέντρα προσέλκυσαν ξένους κατοίκους που αγόρασαν γη και σπίτια οδηγώντας έτσι τις αξίες των ακινήτων σε ένα όριο που δεν μπορεί να επιτευχθεί από τους τοπικούς πληθυσμούς, οι οποίοι οδηγούνται είτε σε αγροτική πτώση είτε σε τοπική φτώχεια.
- Η σημερινή κρίση ενθάρρυνε ορισμένους κατοίκους της πόλης να επιστρέψουν στις αγροτικές περιοχές. Η επιστροφή των αστικών πληθυσμών έχει εντείνει τις τοπικές εχθροπραξίες και αποδυναμώνει την κοινωνική συνοχή, η οποία είναι απαραίτητη για την επιτυχή επέκταση του τουρισμού.
- Οι αλλοδαποί κάτοικοι συχνά νοικιάζουν τα σπίτια τους μέσω του διαδικτύου χωρίς να δηλώνουν το εισόδημα ούτε στην πατρίδα τους, προωθώντας έτσι τη φοροδιαφυγή.

Το πρώτο εμπόδιο για την υγιή βιώσιμη ανάπτυξη είναι μια παρενέργεια της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την επιδότηση του τουρισμού τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο μέσω των διαρθρωτικών ταμείων. Τα κεφάλαια αυτά αποτελούν μια χρηματοοικονομική συσκευή για τη βελτίωση των τοπικών οικονομιών στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες. Τόσο η δημόσια διοίκηση όσο και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις μπορούν να επωφεληθούν από τη λήψη ενισχύσεων για την υποδομή, την κατάρτιση και την προώθηση των εξελίξεων (Οικονομική Υποστήριξη, 2010). Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι αυτά τα κεφάλαια είναι επιχορηγήσεις και όχι δάνεια. Δεν χρειάζεται να επιστραφούν.

Σύμφωνα με τον Κατσαΐτη (2010), οι επιπτώσεις των διαρθρωτικών ταμείων στην οικονομική ανάπτυξη παρουσιάζουν μια μικτή εικόνα ενώ τονίζεται η σημασία της θεσμικής ηγεσίας για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των πιστώσεων. Από την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των διαρθρωτικών ταμείων και την αύξηση της παραγωγικής ανάπτυξης για τις χώρες της ΕΕ διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη εκτεταμένης διαφθοράς παρεμπόδισε τη θετική επίδραση των διαρθρωτικών ταμείων στην παραγωγικότητα των στοιχείων και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας. Παρομοίως, ο Badea (2011) συζήτησε τη δραματική άνοδο των κακοδιαχειρισμένων διαρθρωτικών ταμείων στα μεσογειακά κράτη και την καταστροφική επίδραση της διαφθοράς στις οικονομίες των εθνών. Επίσης, η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της

Φτώχειας διερεύνησε την κακή διαχείριση των είκοσι υποθέσεων για την περίοδο 1989-2006 συνολικού αντίκτυπου 142 εκατ. Ευρώ (Δραστηριότητες της OLAF, 2010). Πράγματι, στις μικρές πόλεις της Ηπείρου και της Κρήτης, η έκταση του προβλήματος γίνεται εύκολα αντιληπτή. Συγκεκριμένα, οι υποψήφιοι φορείς φιλοξενίας λαμβάνουν ένα ορισμένο ποσό κεφαλαίου για την οικοδόμηση, ενώ είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν αποδείξεις για το έργο που έχει γίνει. Ωστόσο, λόγω της ενδημικής διαφθοράς, οι τοπικοί πάροχοι συμφωνούν να τους δώσουν αποδείξεις για τα χρήματα που δεν δαπανήθηκαν, και έτσι οι αποδέκτες απαλλοτρίωσαν την διαφορά. Το άμεσο κόστος είναι ότι τα κονδύλια που προορίζονται για την ανάπτυξη κλάπηκαν και ενισχύεται ο πολιτισμός της διαφθοράς καταστρέφοντας άμεσα τα υγιή μέρη της οικονομίας.

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Τουρισμού, ο αγροτουρισμός αναφέρεται στα ταξίδια στις αγροτικές περιοχές όπου οι επιχειρηματίες που σχετίζονται με τον τουρισμό εκθέτουν με οργανωμένο τρόπο τοπικές συνήθειες, έθιμα και παραδόσεις. Οι δραστηριότητες αυτές πρέπει να συμβάλλουν στην άνοδο των εισοδημάτων, στην μείωση της αγροτικής μετανάστευσης, στη διατήρηση της τοπικής ταυτότητας και του πολιτισμού, στην αύξηση των τοπικών προϊόντων και στην προστασία του περιβάλλοντος (Aravossis, 2004, Bramwell, 2004). Ωστόσο, υπήρξαν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες η ετικέτα δεν ταιριάζει με την πραγματικότητα, χωρίς κρατική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Συγκεκριμένα, σε έναν από τους πιο γνωστούς προορισμούς "αγροτουρισμού" στην Κρήτη, την πόλη του Βάμου, βρίσκουμε τοπικούς ξενώνες, οι διευθυντές των οποίων προσέφεραν τα μαθήματα μαγειρικής και πεζοπορίας αλλά όχι οργανωμένα. Η πόλη είναι πολυσύχναστη με μπαρ, καφετέριες και θόρυβο ενώ σύγχρονα ξενοδοχεία ξεφυτρώνουν στην κοντινή ακτή. Παράλληλα, οι ξένοι και οι ντόπιοι κάτοικοι κατασκευάζουν σύγχρονες βίλες που έχουν παραμορφώσει την αγροτική εμφάνιση του χωριού. Ο θόρυβος και η περιβαλλοντική πίεση των νέων ξενοδοχείων και βιλών καταστρέφουν την φύση, ενώ η ταχεία αύξηση της αξίας των ακινήτων οδήγησε τον τοπικό πληθυσμό σε αστικές περιοχές, αναζητώντας απασχόληση. Η ίδια παρατήρηση έγινε στην Κόνιτσα της Ηπείρου, όπου το μοναδικό αγροτουριστικό ξενοδοχείο δεν είχε αισθητική σχέση με το αγροπεριβάλλον και προσέφερε μια αυλή όπου τα ζώα κρατήθηκαν ως η μοναδική αγροτουριστική δραστηριότητα. Παρόμοιες αντιφάσεις καταγράφηκαν από τους Kizos και Iosifides (2007), αφού εξέτασαν τρία σημεία στη Λέσβο, τη Μαγνησία και τη Λευκάδα.

Ένα ακόμη εμπόδιο είναι η αλαζονική άνοδος της αξίας των τοπικών ακινήτων. Στην περιοχή του Βάμου στην Κρήτη περισσότεροι από 200 Βρετανοί, που προσελκύονται από το ήπιο κλίμα και την κρητική διατροφή, αγόρασαν σπίτια τα οποία εκμισθώνουν σε ξένους τουρίστες. Τα κέρδη είναι σημαντικά και οι περισσότεροι ξένοι ενθαρρύνονται να αγοράζουν τοπικές περιουσίες με σκοπό την εκμίσθωση τους. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή έχει βλάψει σοβαρά την τοπική οικονομία λόγω της φοροδιαφυγής που προκύπτει από την πρακτική. Οι ιδιοκτήτες σπιτιού δεν δηλώνουν έσοδα από

ενοίκια σε καμία χώρα. Ο δήμαρχος διευκρίνισε επίσης ότι από το 1992 η άνοδος σε τιμές ακινήτων υπερέβη το 800%, γεγονός που κατέστησε την αγορά υφιστάμενων κατοικιών δύσκολη για τους ντόπιους. Επιπλέον, εχθρότητα παρατηρήθηκε στους κατοίκους που έδωσαν παραδείγματα άμεσης εξυπηρέτησης από την εταιρεία ύδρευσης και την τηλεφωνική εταιρεία στους Βρετανούς αλλά όχι στους Έλληνες. Δεν είναι σε θέση να αντέξουν τις νέες τιμές γης, ορισμένοι ντόπιοι επιλέγουν να χτίσουν παράνομα σε γεωργικές εκτάσεις. Αυτό είναι μια επικίνδυνη πρακτική, καθώς βασίζεται στη διαφθορά, διαιωνίζει τη διαφθορά, καταστρέφει πολύτιμες γεωργικές εκτάσεις, εξαντλεί τα φυσικά ύδατα που χρησιμοποιούνται για τη γεωργία και στρεβλώνει το τοπικό γεωργικό περιβάλλον. Η παράνομη κατασκευή έχει αποκτήσει δραματικές διαστάσεις και είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων ζωνών για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο, η νέα τοποθέτηση ζωνών απαιτεί νέα έργα υποδομής στον τομέα των μεταφορών και των υπηρεσιών κοινής ωφέλειας. Ωστόσο, καθώς τα χρήματα δεν μπορούν να αυξηθούν σε τοπικό επίπεδο, τα έργα εξαρτώνται από κονδύλια της ΕΕ τα οποία είναι δύσκολο να εγκριθούν, εάν ο λόγος είναι να καθοριστούν οι συνέπειες των παράνομων δραστηριοτήτων. Στην Κέρκυρα και στην ακτή της Ηπείρου γενικά παρατηρήθηκαν παρόμοιες αυξήσεις στις τιμές της γης, οι οποίες παρόξυναν τους ντόπιους, δημιούργησαν εχθρότητα προς τους ξένους ιδιοκτήτες και ενθάρρυναν την φυγή στην ύπαιθρο.

Το μόνο μέσο για την απόκτηση κεφαλαίων είναι να δικαιούται το κράτος ένα διαρθρωτικό ταμείο της ΕΕ που θα χρηματοδοτήσει την αγορά γης. Ωστόσο, η παράδοση τέτοιων κεφαλαίων έχει σταματήσει λόγω της κρίσης και του φόβου της κατάχρησης λόγω διεφθαρμένων δραστηριοτήτων. Σε πόλεις όπως η Κόνιτσα, όπου ο τουρισμός και ιδιαίτερα ο οικοτουρισμός είναι η κινητήρια δύναμη της τοπικής οικονομίας, η αποδυνάμωση της τοπικής συνοχής μπορεί να αποδειχθεί καταστροφική. Οι οικοτουρίστες προσελκύονται από τη φύση και τους τοπικούς πολιτισμούς και θα παραμείνουν σε ένα μέρος που θεωρούν φιλικό προς το περιβάλλον και όπου σέβονται την τοπική κουλτούρα. Το ενδεχόμενο στοιχείο αποδυνάμωσης της κύριας βιομηχανίας της πόλης είναι επί του παρόντος σοβαρό.

Επίσης εμπόδιο φαίνεται να είναι η νοοτροπία φοροδιαφυγής που έχει βλάψει τον τομέα των ακινήτων. Η διαφθορά στην Ελλάδα συνδέεται στενά με τη φοροδιαφυγή και την παραοικονομία. Το τελευταίο εκτιμάται ότι θα παράγει 55 δισ. Ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί στο 29% του ΑΕΠ. Έχει εκτιμηθεί ότι οι δωροδοκίες φθάνουν το ποσό των 400 εκατομμυρίων ευρώ ετησίως, ενώ τα κρυφά ολοκληρωμένα έργα αξίας σχεδόν 15 δισεκατομμυρίων ευρώ ετησίως. Η υπόγεια οικονομία στην Ελλάδα εκτιμάται ότι είναι τριπλάσια σε μέγεθος από εκείνη στην υπόλοιπη Ευρώπη (Στεργίου, 2007). Όσον αφορά τη φοροδιαφυγή από ακίνητα, ο Πρόεδρος της Ένωσης Ελλήνων Οικονομολόγων δήλωσε ότι ο τομέας αποτελεί τη μαύρη τρύπα του ισολογισμού της εθνικής οικονομίας. Εκτίμησε ότι το εισόδημα από το 20% των ενοικίων ακινήτων της χώρας δεν έχει

δηλωθεί. Σημειώνει επίσης την ευθύνη των ενοικιαστών που δέχονται να πληρώσουν χρήματα κάτω από το τραπέζι και να συμφωνήσουν σε ψευδείς συμβάσεις που δηλώνουν μισθώματα μόλις 30 ευρώ το μήνα. Σύμφωνα με τον Νοτί (2010), η φοροδιαφυγή από τις βίλες διακοπών είναι εύκολη υπόθεση. Οι ιδιοκτήτες διαφημίζουν τη βίλα στο διαδίκτυο και την ενοικιάζουν για διάστημα από λίγες μέρες έως μερικές εβδομάδες, ενώ το ενοίκιο κατατίθεται απευθείας σε τραπεζικό λογαριασμό. Δεδομένου ότι δεν έχει κατατεθεί γραπτή σύμβαση στις τοπικές φορολογικές αρχές, τα χρήματα δεν εμφανίζονται οπουδήποτε και οι απώλειες στην εθνική οικονομία είναι σημαντικές καθώς μερικές βίλες έχουν εβδομαδιαίο μίσθωμα 10.000 ευρώ.

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρές διαρθρωτικές προσαρμογές και δυσκολία οικονομικής ανάπτυξης. Οι εναλλακτικοί τύποι τουρισμού γίνονται όλο και πιο δημοφιλείς και προσελκύουν χιλιάδες νέους επισκέπτες. Το δυναμικό αυτό στοιχείο πρέπει να ενισχυθεί με την αυστηρή εφαρμογή του νόμου σε θέματα επισήμανσης, χρήσης κεφαλαίων, διαφθοράς και φοροδιαφυγής. Για μια αυστηρότερη εφαρμογή, οι ντόπιοι και οι κυβερνητικοί αξιωματούχοι πρέπει να βρουν ένα κοινό έδαφος επικοινωνίας, ενώ πρέπει να καλλιεργηθεί μια ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Εάν προκύψει ένας υγιής εναλλακτικός τουριστικός τομέας, οι τοπικοί πληθυσμοί θα ωφεληθούν από την αύξηση της απασχόλησης, την επανεπένδυση των κερδών στην τοπική οικονομία, την ενίσχυση της συνοχής μεταξύ των τοπικών κοινωνικών ομάδων και την αναζωογόνηση των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων. Ο εναλλακτικός τουρισμός έχει τη δυνατότητα να προσελκύσει εκατομμύρια επισκέπτες και συνεπώς μπορεί να μετριάσει σημαντικά την τρέχουσα κρίση. Η κρίση αποτελεί επίσης μια πρόκληση που μπορεί να μετατραπεί σε ευκαιρία.

Κεφάλαιο 4

Τουρισμός υγείας

4.1 Ορισμός και υποδιαίρεσεις του τουρισμού υγείας

Για να γίνει κατανοητός ο όρος του τουρισμού υγείας, πρέπει πρώτα να οριστεί τι είναι η υγεία. Σύμφωνα με Benhacine, Hanslbauer και Nungesser (2008), η υγεία είναι μια «κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας». Αυτός ο ορισμός ταιριάζει στην ευρεία φύση της αγοράς του τουρισμού υγείας που δεν περιέχει μόνο στοιχεία ανάρρωσης από κάποια ασθένεια, αλλά περιλαμβάνει επίσης ολόκληρο το φάσμα από την ασθένεια έως υγεία και την ευεξία και από θεραπευτική έως προληπτική και στη συνέχεια προώθηση της υγείας (Hall, 2011).

Τα κορυφαία εγχειρίδια σχετικά με τον τουρισμό υγείας (M. Smith & Puczkó, 2014; M. K. Smith & Puczkó, 2016), αναφέρουν μελέτες που δείχνουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η πλειοψηφία των πελατών του ιατρικού/θεραπευτικού τουρισμού αποτελείται από γυναίκες. Σίγουρα, τα retreats και οι θεραπείες γιόγκα αποτελούν στοιχεία επιβεβαίωσης. Επίσης, οι εκθέσεις Erfurt-Cooper και Cooper (2009) σχετικά με τους τουρίστες ευεξίας στη Μαλαισία και Ταϊλάνδη, δείχνουν ότι η πλειονότητα αυτών των τουριστών ήταν γυναίκες. Στην περίπτωση του ιατρικού τουρισμού, η θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης και ο τουρισμός αισθητικής χειρουργικής απευθύνονται κυρίως στο γυναικείο φύλο πράγμα που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία σε αυτές τις μορφές ιατρικού τουρισμού, (Lunt et al., 2015).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τον τουρισμό υγείας, αλλά επιλέχθηκε ως πιο εύστοχος ο εξής: *«Αυτές οι μορφές τουρισμού που επικεντρώνονται κεντρικά στη σωματική υγεία, αλλά βελτιώνουν επίσης ψυχική και πνευματική ευεξία και αύξηση της ικανότητας των ατόμων να ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες και λειτουργίες καλύτερα στο περιβάλλον και την κοινωνία τους»* (Smith and Puczkó, 2015).

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ο ορισμός του ιατρικού τουρισμού υπήρξε αντικείμενο έντονης ακαδημαϊκής συζήτησης, συμπεριλαμβανομένης της «σκόπιμης κίνησης ασθενών» (Bookman & Bookman, 2007) και «οργανωμένα ταξίδια» (P. M. Carrera & Bridges, 2006), αναφερόμενα σε διεθνή ταξίδια του ιατρικού τουρισμού. Επιπλέον, έχει επεκταθεί ο ορισμός του ιατρικού τουρισμού στην εξέταση της διάκρισης μεταξύ ιδιωτικών πληρωμών και δημόσιας κάλυψης (Carrera και Lunt, 2010 και Mainil, 2012). Οι δύο πρώτες αναφορές ορίζουν τον ιατρικό τουρισμό ότι βασίζεται αποκλειστικά σε ιδιωτικές πληρωμές, με διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη που

καλύπτει τα ταξίδια και συνεπώς συνεπάγεται δημόσια κάλυψη της περίθαλψης, κυρίως μέσω της νομοθεσίας της ΕΕ. Ωστόσο, όπως επεσήμαναν οι Carrera και Lunt (2010), το όριο μεταξύ των δύο μορφών διασυνοριακής κινητικότητας των ασθενών είναι διαπερατό.

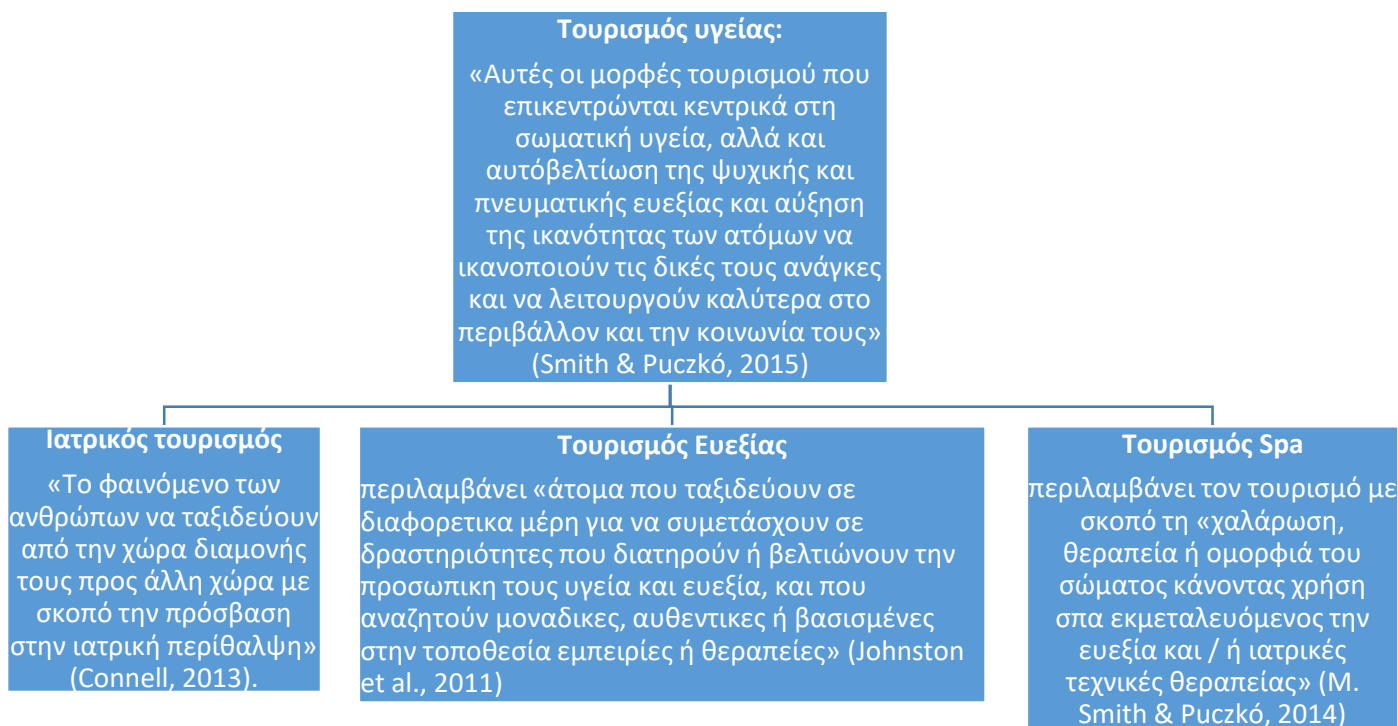
Ο προτεινόμενος ορισμός για τον ιατρικό τουρισμό είναι «*Το φαινόμενο των ατόμων που ταξιδεύουν από τη συνήθη χώρα διαμονής τους σε άλλη χώρα με σκοπό την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη*» (Connell, 2013).

Κατά τους Johnston, Puczkó, Smith και Ellis (2011), ο τουρισμός ευεξίας ορίζεται: «*Με τη συμμετοχή ατόμων που ταξιδεύουν σε διαφορετικό μέρος για την προληπτική άσκηση δραστηριοτήτων που διατηρούν ή να βελτιώσουν την προσωπική τους υγεία και ευεξία, και που αναζητούν μοναδικές, αυθεντικές είτε εμπειρίες ή θεραπείες βάσει τοποθεσίας που δεν είναι διαθέσιμες στην χώρα τους*».

Συνεπώς ο καταλληλότερος ορισμός λόγω της συνολικής εστίασης σε ταξίδια ευημερίας, αν και άλλοι ορισμοί του τουρισμού ευεξίας έχουν έννοιες σύμφωνα ανάλογες, όπως σωματική, ψυχική και κοινωνική αρμονία (Mueller & Kaufmann, 2001), με στόχο μια πολυδιάστατη κατάσταση υγείας (Hritz, Sidman, & D'Abundo, 2014).

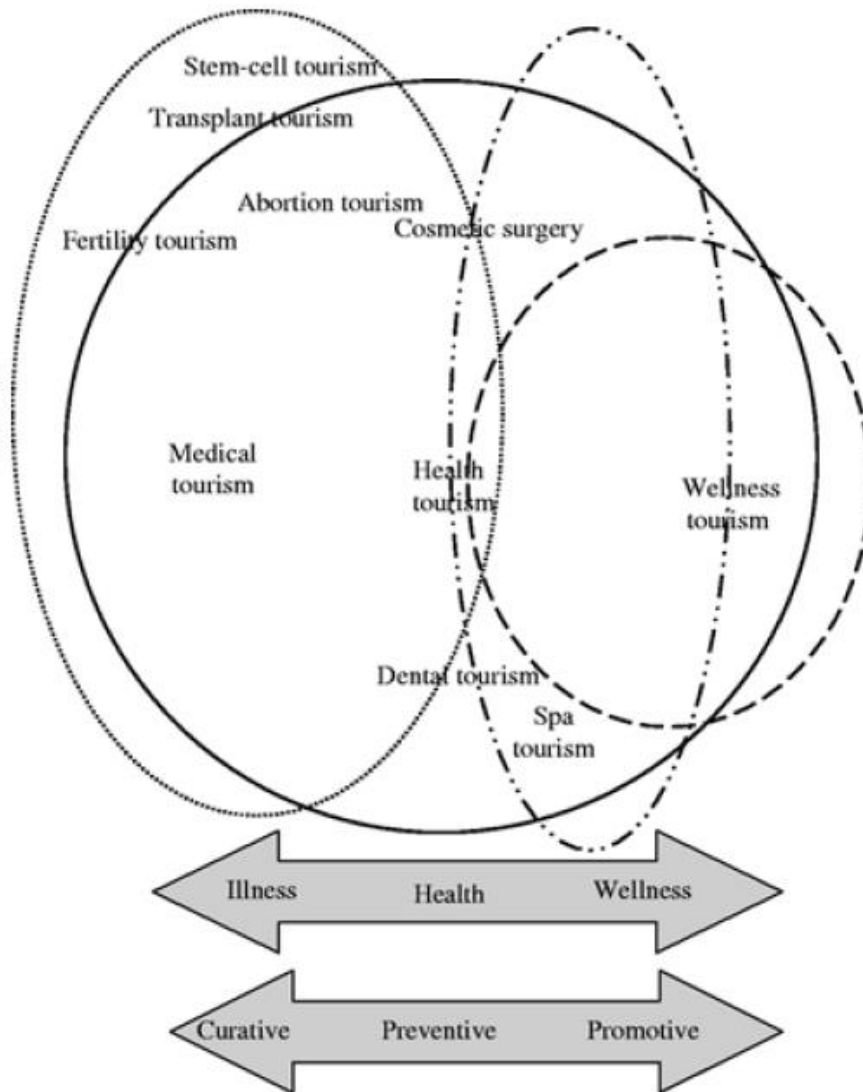
Σύμφωνα με τους Smith και Puczkó (2014), ο τουρισμός spa καθίσταται ως: «*Ο τουρισμός επικεντρωμένος στη χαλάρωση, την epούλωση ή την ομορφιά του σώματος στα ιαματικά λουτρά στη προληπτική ευεξία ή / και ιατρικές τεχνικές θεραπείας*».

Άλλοι ορισμοί περιλαμβάνουν μέρη αφιερωμένα στη γενική ευημερία (M. Smith & Puczkó, 2015) και προγράμματα αφιερωμένα στην υγεία και την φυσική κατάσταση ενός ατόμου (Steiner & Reisinger, 2006), αλλά δεν θεωρείται ότι αυτά αντιμετωπίζουν αποκλειστικά τα spa ως στοιχείο προορισμού. Στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζεται μια γραφική αναπαράσταση των διαφόρων μορφών τουρισμού υγείας.



Διάγραμμα 9 Σύνοψη ορισμών
(Πηγή: European Parliament Study, 2017)

Ορισμένοι οργανισμοί περιλαμβάνουν τον τουρισμό spa ως υποκατηγορία του τουρισμού ευεξίας (GWI, 2017). Πάρα ταύτα μπορεί αν θεωρηθεί ως ξεχωριστός τύπος τουρισμού υγείας που συνδυάζει ιατρικά και μη ιατρικά στοιχεία, και έτσι βρίσκεται μεταξύ του ιατρικού τουρισμού και του τουρισμού ευεξίας. Σε αυτό αναφέρεται ο Hall (2011) που περιγράφει ως λογική συνέχεια από «ασθένεια» σε «υγεία» και, τέλος, «ευεξία» και το συνεχές που κινείται από «θεραπευτικό» σε «προληπτικό» και, τέλος, «προωθητικό» (Διάγραμμα 10). Η ασθένεια σχετίζεται με τον ιατρικό τουρισμό και ως παράδειγμα αποτελούν οι πολίτες με ιατρική πάθηση που αναζητούν θεραπεία. Ο τουρισμός ευεξίας μπορεί να θεωρηθεί ως προώθηση υπηρεσιών σε υγιείς πολίτες που θέλουν να απολαύσουν υγιείς διακοπές. Η πρόληψη μπορεί να συνδέεται με τον τουρισμό spa που απευθύνεται, για παράδειγμα, σε άτομα με χρόνια ασθένεια ή ιατρικές παθήσεις. Έτσι, ενώ στην περίπτωση του ιατρικού τουρισμού, η ασθένεια είναι μέρος της εμπειρίας, ο τουρισμός ευεξίας συνεπάγεται απόλαυση, υγεία και αναζωογόνηση και ο τουρισμός spa να περιλαμβάνει τόσο ιατρικές όσο και μη ιατρικές υπηρεσίες. Εκεί διαφαίνεται η επικάλυψη μεταξύ αυτών των πεδίων.



Διάγραμμα 10 Αλληλεπιδράσεις στον θεραπευτικό τουρισμό
(Πηγή: European Parliament Study, 2017)

4.1.1 Ιατρικός τουρισμός

Η βιβλιογραφία ιατρικού τουρισμού αποτελείται κυρίως από μελέτες σε μη ευρωπαϊκές περιοχές και χώρες, με πολύ λίγες ολοκληρωμένες μελέτες για τον ιατρικό τουρισμό στην Ευρώπη (Lunt et al., 2015). Ο μη ευρωπαϊκός ιατρικός τουρισμός αντιπροσωπεύεται κυρίως από επισκέπτες και αφίξεις από γειτονικές χώρες για προορισμούς όπως η Νότια Αφρική, η Μαλαισία και η Ταϊλάνδη (Connell, 2013; Crush & Chikanda, 2015; Ormond & Sulianti, 2014). Οι Lunt et al. (2011) τόνισαν την έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων για ιατρικές τουριστικές ροές σε όλο τον κόσμο ενώ οι Volgger, Mainil, Pechlaner, και Mitas (2015) επικεντρώνονται στην ανάπτυξη διακρατικών περιοχών. Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας οργανωτικής ικανότητας για τη χρηματοδότηση, τη διαχείριση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και επενδύσεις σε προσωπικό και κανάλια επικοινωνίας. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις έχουν σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν στην ανάπτυξη τέτοιων

δομών, προκειμένου να διαχειριστεί αυτές τις ιατρικές και υγειονομικές δομές τόσο για τους εγχώριους όσο και για τους διεθνείς ασθενείς.

Οι Glinos, Baeten, Helble και Maarse (2010) σχεδίασαν μια τυπολογία διασυνοριακής κινητικότητας που περιγράφει τους οδηγούς κινητικότητας των ασθενών:

1. διαθεσιμότητα,
2. προσιτότητα,
3. εξοικείωση
4. και ποιότητα.

Αυτά τα στοιχεία θα μπορούσαν επίσης να ορίσουν τον τουρισμό υγείας γενικά. Ο Stan (2015) έχει παράσχει αποδεικτικά στοιχεία στην ΕΕ για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη από Ρουμάνους μετανάστες το 2007 στην Ιρλανδία, επισημαίνοντας το φαινόμενο που δεν έχει ακόμη ερευνηθεί σχετικά με τον «diasporic medical tourism»¹ στην ΕΕ, η οποία περιγράφεται από τους Main (2014) και Osipovič (2013) για τους Πολωνούς μετανάστες. Επίσης, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο ιατρικός τουρισμός στην ΕΕ συνδέεται με ανισότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και άνιση κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την ήπειρο. Ενώ η ιατρική περίθαλψη είναι σε πολλές χώρες της ΕΕ μόνο εν μέρει εμπορεύσιμο αγαθό, στον ιατρικό τουρισμό, η ιατρική περίθαλψη γίνεται εμπόρευμα, προσβάσιμο στους πιο εύπορους πολίτες. Ωστόσο, σύμφωνα με την οδηγία 2011/24 / ΕΕ σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων των νοσούντων ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011), η οποία ρυθμίζεται από τη νομοθεσία της ΕΕ και είναι περισσότερο ενσωματωμένη στην ιθαγένεια και όχι στα δικαιώματα των καταναλωτών προωθώντας κατ' αυτόν τον τρόπο μια πιο δημοκρατικής φύσης πολιτική (Mainil, 2012). Ωστόσο, το σύστημα χρηματικής προκαταβολής για τους ασθενείς υπό την οδηγία 2011/24 / ΕΕ μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη.

Μια έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015) δείχνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό πολιτών στην ΕΕ (49%) είναι πρόθυμο να ταξιδέψει για ιατρική περίθαλψη. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να αναληφθεί σχετικά με τη σχέση μεταξύ της κινητικότητας των ασθενών, του γηράσκοντος πληθυσμού και της οικονομίας εντός της ΕΕ. Αυτό ισχύει επίσης για τον τουρισμό ευεξίας και σπα.

Η έκθεση της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας Δημόσιας Υγείας (ΕΡΗΑ) (European Public Health Alliance, 2015) για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται ρητά στη σχέση μεταξύ ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στην οδηγία της ΕΕ για την

¹ Επαναπατριsmός με σκοπό την ιατρική περίθαλψη

εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών: «Η οδηγία απαιτεί από τα κράτη μέλη να αποζημιώνουν τους πολίτες στην αξία που θα είχε η κατ' οίκων προωθώντας έτσι μια ουσιαστική διάταξη για την προστασία της οικονομικής βιωσιμότητας και της βιωσιμότητας του εθνικού συστήματος υγείας, αλλά αυτό θέτει αμέσως σε κίνδυνο ασθενείς από φτωχότερες χώρες με λιγότερο ανεπτυγμένα συστήματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με ουσιαστικά λιγότερα χρήματα στην Κροατία, για παράδειγμα, παρά στη Σουηδία. Έτσι, ένας Κροάτης ασθενής θα έπρεπε να καλύψει τη σημαντική διαφορά κόστους της θεραπείας από τη δική του τσέπη, ενώ οι ασθενείς από πλουσιότερα κράτη μέλη είναι ελεύθερα να ταξιδεύουν σχεδόν οπουδήποτε αλλού για τη φροντίδα τους χωρίς να συμβάλλουν το ίδιο. Μια άλλη παρενέργεια είναι ότι οι πλουσιότερες κυβερνήσεις κερδίζουν αποτελεσματικά εάν η θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρή στο εξωτερικό ».

Όσον αφορά τα δικαιώματα των καταναλωτών στις υπηρεσίες υγείας στην κοινοτική νομοθεσία, αξίζει να αναφερθεί ότι σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, οι καταναλωτές ιατρικού τουρισμού κατατάσσονται σε δύο ομάδες:

- Μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα δικαιώματά που απορρέουν από την ευρωπαϊκή ιθαγένεια για ιατρικά απαραίτητη χειρουργική επέμβαση σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ και αποζημιωθούν στο κόστος της θεραπείας.
- Οι ιατρικοί τουρίστες μπορεί να θεωρηθούν καταναλωτές, επειδή χρησιμοποιούν την αγοραστική δύναμη που εκφράζεται μέσω της αγοράς για πρόσβαση σε μια σειρά οδοντιατρικών, καλλυντικών και εκλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Αυτός ο διπλός ρόλος πολιτών και καταναλωτών και οι συνοδευτικές εγγυήσεις για διεκδίκηση και επιλογή αυτών των ρόλων, ξεχωρίσε την Ευρώπη από τις συνθήκες των ΗΠΑ, όπου ο ιατρικός τουρίστας περιγράφεται ως καταναλωτής παρά πολίτης (P. Carrera & Lunt, 2010).

Εάν οι διεθνείς ασθενείς θέλουν να πάνε στο εξωτερικό για να λάβουν θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος, πρέπει να πληρώσουν μόνοι τους το κόστος της θεραπείας. Χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να ανακτηθούν αυτά τα έξοδα. Λαμβάνουν μόνο τα χρήματα για το ποσό που θα έκανε η θεραπεία στη χώρα καταγωγής τους, οπότε αν η θεραπεία είναι πιο ακριβή στο κράτος μέλος τα έξτρα έξοδα καλύπτονται από τους ασθενείς.

Ακόμη και στην οδηγία 2011/24/ΕΕ, υπάρχουν επί του παρόντος μηχανισμοί που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Συμμαχία Δημόσιας Υγείας (EPHA). Ήδη υπάρχει αισθητή αύξηση των ασθενών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για ιδιωτικές προσφορές υγειονομικής περίθαλψης που ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμα στις χώρες καταγωγής τους (ή να κάνουν αγορές για λιγότερο δαπανηρές / ποιοτικότερες θεραπείες) και η οδηγία δεν θα πρέπει να επιδεινώσει αυτήν την τάση με την επέκταση των ιδιωτικών τομεακών

κανόνων και προϋποθέσεων στα δημόσια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργώντας έτσι μια νέα οδό για την τόνωση του τουρισμού υγείας που απευθύνεται σε λίγους (European Public Health Alliance, 2015).

Ο ιατρικός τουρισμός, σε συνεργασία με την τουριστική βιομηχανία, ορίζεται ως οικολογική ανταγωνιστική ιδιωτική ιατρική περίθαλψη σε ασθενείς που χρειάζονται χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες εξειδικευμένες μορφές θεραπείας. Ο Ιατρικός τουρισμός, όπως και άλλα τουριστικά προϊόντα, περιλαμβάνει όχι μόνο την ιατρική περίθαλψη στα καλύτερα νοσοκομεία αλλά και υπηρεσίες μεταφοράς, πληροφορίες, περιηγήσεις και τροφοδοσία. (Lunt, et al., 2016)

Οι κυριότεροι τομείς του ιατρικού τουρισμού είναι η πλαστική/αισθητική χειρουργική, η οδοντιατρική, η οφθαλμολογία, η καρδιολογία, η ορθοπεδική, η θεραπεία του καρκίνου, αλλά και η παροχή υπηρεσιών σε μεταμοσχεύσεις οργάνων και νεφρών. (ΙΚΠΙ , 2012) Ο όρος «ιατρικός τουρισμός» σημαίνει δύο κατηγορίες υπηρεσιών:

- 1) Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε επισκέπτες που βρίσκονται σε ξένες χώρες λόγω διακοπών, επαγγελματικών ταξιδιών ή προσωρινή διαμονή. Περιλαμβάνει έκτακτη ανάγκη για ιατρικά προβλήματα (π.χ. καρδιακή προσβολή) ή ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης για χρόνιες ασθένειες όπως η αιμοκάθαρση και διάφορες συναφείς νεφροπάθειες.
- 2) Ο επιλεκτικός ιατρικός τουρισμός, όπου ο ασθενής επιλέγει να ταξιδέψει για να λάβει μια συγκεκριμένη ιατρική υπηρεσία, παρακινούμενος από παράγοντες όπως:
 - Το κόστος της υπηρεσίας.
 - Η ποιότητα υπηρεσιών και συνολική υγειονομική περίθαλψη.
 - Ο χρόνος αναμονής στη χώρα προέλευσης για παροχή παρόμοιας υπηρεσίας.
 - Η ευκαιρία να συνδυάσει την ιατρική περίθαλψη με ψυχαγωγία / ταξίδια.

Για την πρώτη κατηγορία υπηρεσιών που αναφέρεται στη διαχείριση των ιατρικών αναγκών των τουριστών, οι πιο σημαντικές ομάδες ασθενών με χρόνιες ασθένειες είναι:

- Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια
- Ασθενείς με καρκίνο
- Ασθενείς με καρδιοπάθειες
- Άτομα με αιματολογικές ασθένειες
- Ηλικιωμένοι που χρειάζονται συστηματική ιατρική και φαρμακευτική παρακολούθηση

Για τον επιλεκτικό ιατρικό τουρισμό, οι πιο κοινές υπηρεσίες σήμερα είναι:

- Πλαστική/αισθητική χειρουργική
- Οδοντιατρική

- Οφθαλμολογία
- Τεχνητή γονιμοποίηση
- Καρδιολογία/καρδιοχειρουργική
- Ορθοπαιδική θεραπεία και αποκατάσταση
- Καρκινοπαθήσεις
- Μεταμοσχεύσεις οργάνων (ΙΚΠΙ, 2012)

Ο ιατρικός τουρισμός όπως ορίζεται εδώ, και σύμφωνα με τα εξειδικευμένα διεθνή ιδρύματα, δεν περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως spa , ιαματικά λουτρά, κέντρα αδυνατίσματος, τα οποία αποτελούν μέρος του ευρύτερου όρου «τουρισμός υγείας» ή «ευεξία». (Lunt, et al., 2016)

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί ένα φαινόμενο που υπήρξε έντονα προχωρημένη ειδικά την τελευταία δεκαετία. Γεγονότα όπως το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης φροντίδα, η ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών υγείας ή η παρατεταμένη αναμονή περίοδος για ιατρική υπηρεσία είναι δυνάμεις που έχουν οδηγήσει τους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική υπηρεσίες εκτός συνόρων.

Σήμερα, όλο και περισσότερες χώρες ασχολούνται με την βιομηχανία του ιατρικού τουρισμού . Μεταξύ άλλων, αυτά που θεωρούνται οι κορυφαίες επιλογές για τους τουρίστες βρίσκονται κυρίως στην Ασία σε περιοχές όπως η Ταϊλάνδη, η Μαλαισία, η Ινδία, η Νότια Κορέα κ.λπ. και μερικές στις ΗΠΑ, στην Κόστα Ρίκα, στο Μεξικό και τέλος στην Τουρκία. (Woodman , 2011)

Οι Ευρωπαίοι ταξιδεύουν σχετικά λιγότερο για ιατρικούς σκοπούς, ίσως γιατί οι ιατρικές τους ανάγκες καλύπτονται σε μεγαλύτερο βαθμό από συστήματα δημόσιας υγείας ή ασφάλισης. Σε αντίθεση, η μεσαία τάξη στην Ασία και την Αμερική τείνει να πληρώνει ιδιωτικά συστήματα, και αυτό μπορεί να εξηγήσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξη ως προορισμού στην Ασία και τη Νότια Αμερική. Πρέπει να σημειωθεί , μια νέα οδηγία για τη διασυννοριακή περίθαλψη εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου αργά ή γρήγορα θα επιτρέπουν στους Ευρωπαίους να λαμβάνουν υπηρεσίες σε ολόκληρη την ΕΕ με κάλυψη από τα δικά τους ασφαλιστικά συστήματα. (ΙΚΠΙ, 2012)

Μέχρι τώρα, οι δημόσιοι και ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν περιορισμένη συμμετοχή στην κάλυψη δαπανών σχετικά με τον «εκλεκτικό ιατρικό τουρισμό». Αυτό το γεγονός εξηγεί τον λόγο για τον οποίο ιατρικές υπηρεσίες, όπως οδοντιατρική και αισθητική χειρουργική που δεν είναι καλύπτονται από οποιαδήποτε ασφάλιση, είναι υπερισχύουσες. Στο μέλλον, αυτή η τάση αναμένεται να αλλάξει καθώς τα ασφαλιστικά συστήματα θα αναζητήσουν χαμηλού κόστους λύσεις στο παγκόσμια αγορά. (ΙΚΠΙ, 2012)

5.1.1.1 Πλεονεκτήματα του ιατρικού τουρισμού

Όπως προαναφέρθηκε, η ιδέα του ιατρικού τουρισμού πλέον είναι αρκετά διαδεδομένη συγκριτικά με το παρελθόν. Δεν είναι τυχαίο ότι πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο δίνουν προσοχή στη δημιουργία και ανάπτυξη σύγχρονων και αποτελεσματικών υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Ο λόγος όμως έχει να κάνει με τα κύρια οφέλη που προκύπτουν τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις χώρες υποδοχής. Συγκεκριμένα, για ασθενείς - ιατρικούς τουρίστες:

- Αρχικά, το κόστος για την ιατρική περίθαλψή τους σε συνδυασμό με οποιοδήποτε ταξίδι και το κόστος διαμονής είναι συχνά χαμηλότερο από το κόστος που θα έπρεπε να αντιμετωπίσει η χώρα καταγωγής μόνο για την κάλυψη της ιατρικής τους περίθαλψης.
- Δεύτερον, παρέχεται καλύτερη ιατρική περίθαλψη και προηγμένη τεχνολογία όσον αφορά τον ιατρικό εξοπλισμό σε συμφωνία με έμπειρους και διακεκριμένους επαγγελματίες που είναι πρόθυμοι να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε ασθενή. (Anido, 2012), (Al-Lamki, 2011).
- Τρίτον, δεν αντιμετωπίζουν μεγάλες λίστες αναμονής. Αντίθετα, οι ιατρικοί προορισμοί είναι κατάλληλα οργανωμένοι ώστε να καλύπτουν οποιονδήποτε χρονικό περιορισμό. (Wilson, 2007)
- Τέταρτον, είναι αξιοσημείωτο ότι ο τουρισμός υγείας επιτρέπει στους ασθενείς να συνδυάζουν τη σωματική θεραπεία μαζί με την ψυχική υγεία. Η διαφορετική τοποθεσία, το κλίμα και ο πολιτισμός είναι δυνάμεις που μπορούν να συμβάλουν σε μια πιο αποτελεσματική ανάρρωση, καθώς η ψυχολογία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία ενός ασθενούς. (Anido, 2012). Επιπλέον, ο τουρισμός υγείας δίνει τη δυνατότητα σε όσους έχουν περιορισμένο ελεύθερο χρόνο να συνδυάσουν τις διακοπές τους με την υγειονομική περίθαλψη και να επισκεφθούν χώρες που ίσως δεν είχαν σκεφτεί ποτέ. (Wilson, 2007).
- Τέλος, ο ιατρικός τουρισμός συμβάλλει στην προστασία των προσωπικών δεδομένων και προσφέρει το αντίστοιχο απόρρητο. Πολλοί είναι αυτοί που προτιμούν να είναι μακριά, ειδικά για μια αισθητική χειρουργική επέμβαση. Φυσικά, αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες χώρες υπόκεινται σε αυστηρή νομοθεσία σχετικά με ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, κυρίως αισθητική χειρουργική, καθώς δεν παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους να γίνουν «ταξιδιώτες υγείας» (Wilson, 2007).

Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς δεν είναι μόνο αυτοί που επωφελούνται από τον ιατρικό τουρισμό. Οι χώρες προορισμού των τουριστών υγείας επωφελούνται ως εξής:

- Οι χώρες που υποδέχονται τους τουρίστες υγείας δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη δημιουργία και την ανάπτυξη μιας εναλλακτικής μορφής τουρισμού που στοχεύει σε μια νέα, διαφορετική και πολλά υποσχόμενη αγορά, σε ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με προβλήματα υγείας (π.χ. καρδιοπάθειες, καρκινοπαθείς, νευροπάθειες) που δεν μπόρεσε να απολαύσει τις διακοπές του στο παρελθόν. Προσφέροντας αυτό το καινοτόμο τουριστικό προϊόν, η φήμη τους επεκτείνεται παγκοσμίως και διευρύνει τις επιλογές του τουριστικού τομέα. (Macguire, 2006)
- Η ανάπτυξη του τουρισμού υγείας, όπως και κάθε τύπου εναλλακτικού τουρισμού, συμβάλλει άμεσα στην ανάπτυξη της περιοχής ή της χώρας που εφαρμόζεται. (Anido, 2012) Ωστόσο, οι χώρες όχι μόνο στοχεύουν στην παροχή και ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών υγείας, αλλά ταυτόχρονα αγωνίζονται να κυριαρχήσουν και να επεκτείνουν το μερίδιο αγοράς τους στο ιατρικό τουρισμό και να αποκτώντας ένα ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Προσπαθώντας να γίνουν ακόμα πιο ανταγωνιστικές, "αναγκάζουν" άλλες χώρες του τουρισμού υγείας να επενδύσουν ακόμη περισσότερο σε αυτήν την εναλλακτική μορφή τουρισμού. Ως εκ τούτου, προσπαθούν να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης, την υπάρχουσα υποδομή, την τεχνολογία και το προσωπικό τους. Με αποτέλεσμα, όλο και περισσότερες χώρες ή περιοχές να γίνονται μέρος αυτής της εναλλακτικής μορφής τουρισμού και να αποδέχονται τα οικονομικά οφέλη που ενδέχεται να προκύψουν. (Anido, 2012). Ουσιαστικά, είναι μια πρακτική εμπλουτισμού και βελτίωσης της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς οι καταναλωτές του τουρισμού υγείας είναι συνήθως οικονομικά και κοινωνικά εύποροι άνθρωποι.
- Η ανάπτυξη υπηρεσιών τουρισμού υγείας προσελκύει ξένες πολυεθνικές εταιρείες για επενδύσεις. Σε συνδυασμό με όλα τα προαναφερθέντα, αυτό δίνει περαιτέρω ώθηση στην ανάπτυξη της χώρας προορισμού. Ως αποτέλεσμα, βελτιώνει την απασχόληση δημιουργώντας νέες θέσεις εργασίας, και κατά συνέπεια, τα ποσοστά ανεργίας βρίσκονται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (Turner, 2007)
- Τέλος, αυτή η μορφή τουρισμού δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο επομένως αποτελεί μια σταθερή πηγή εισοδήματος τόσο για τη χώρα προορισμού όσο και για την οικονομία στο σύνολό της. (Macguire, 2006)

5.1.1.2 Κίνδυνοι - Μειονεκτήματα του ιατρικού τουρισμού

Παρά τα οφέλη που αποφέρει ένας τουριστικός προορισμός που προέρχεται από τον ιατρικό τουρισμό, ενέχει κινδύνους τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις χώρες γενικά.

Οι ασθενείς που αποφασίζουν να ταξιδέψουν σε μια ξένη χώρα υπόκεινται σε πολλούς κινδύνους που πρέπει απαραίτητα να γνωρίζουν. Ειδικότερα, σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες του ιατρικού τουρισμού, όπως η Μαλαισία, η Ινδία, η Ταϊλάνδη, η παρουσία επικίνδυνων μολυσματικών ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε ένα μέγεθος επιδημιών. Έτσι, οι ασθενείς, σχετικά με την επιλεγμένη περιοχή επίσκεψης, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τον κίνδυνο να έρθουν σε επαφή με μολυσματικές ασθένειες για πρώτη φορά χωρίς να έχουν στο σώμα τους αντίστοιχα αντισώματα. Ιδιαίτερα, ευαίσθητες κατηγορίες όπως οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά είναι αυτές που αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα. Αυτό, μεταξύ άλλων, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα και καθυστερήσεις στη γενική απόδοση της θεραπείας. (Al-Lamki, 2011)

Επιπλέον, τις περισσότερες φορές, οι χώρες προορισμού βρίσκονται πολύ μακριά από τον τόπο καταγωγής των τουριστών υγείας, έχοντας ως αποτέλεσμα μια εκτεταμένη και εξαντλητική μεταφορά που είναι προφανώς απαγορευτική. Σε αυτήν την περίπτωση, μπορούν να συμβούν πολλές επιπλοκές. Συνήθως, οι πτήσεις μεγάλων αποστάσεων και ο περιορισμένος ελεύθερος χώρος εντός ενός μέσου μεταφοράς μπορούν να προκαλέσουν επιπλοκές όπως θρόμβωση στα πόδια, φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή και, σε πιο ακραίες περιπτώσεις, ακόμη και θάνατο.

Ένας άλλος κίνδυνος που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η κατάσταση και η αποτελεσματικότητα των ιατρικών κέντρων που είναι υπεύθυνα για τις θεραπείες αποκατάστασης. Οι ασθενείς είναι πιθανό να συναντήσουν τελικά κέντρα που δεν διαθέτουν πιστοποίηση ποιότητας για τις υπηρεσίες τους ή κανόνες ασφαλείας. Λόγω της έλλειψης του αντίστοιχου αρμόδιου οργανισμού, αναγκάζονται να αναζητήσουν τις απαραίτητες πιστοποιήσεις και πιστοποιήσεις σχετικά με το ιατρικό κέντρο που θα ήθελαν να εισέλθουν. Επίσης, οι ιατρικοί τουρίστες όταν ταξιδεύουν σε μια χώρα προορισμού δεν γνωρίζουν πλήρως τόσο τα δικαιώματα όσο και τις υποχρεώσεις που θα πρέπει να ακολουθήσουν. Συνήθως, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ασφάλιση υγείας ενός ασθενούς δεν ισχύει για ιατρικές υπηρεσίες στο εξωτερικό. Επομένως, θα ήταν προτιμότερο ο ασθενής να ελέγξει εκ των προτέρων εάν και σε ποιο βαθμό καλύπτεται οικονομικά από την ασφάλειά του πριν επιλέξει τη χώρα προορισμού. (Anido, 2012)

Από την άλλη πλευρά, μπορεί να προκύψουν περιορισμοί και παρακωλύσεις για την ίδια τη χώρα - τον προορισμό του τουρισμού υγείας. Ειδικότερα, προκειμένου μια χώρα προορισμού να βελτιώσει τη φήμη της και την ιατρική της υποδομή όσον αφορά τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και το ιατρικό προσωπικό, υπάρχει μεγάλη ανάγκη κατάλληλων επενδύσεων και χρηματοδότησης.

Αν και δεν είναι πάντα το υψηλό χρηματοοικονομικό κόστος η επιβραδυντική δύναμη για αυτή την ανάπτυξη αλλά το ίδιο το νομοθετικό πλαίσιο που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι τόσο ευέλικτο όσο θα έπρεπε να ήταν στην προσέλκυση επενδύσεων. (Wilson, 2007)

4.1.2 Τουρισμός ευεξίας

Η ευεξία είναι μια ευρεία έννοια και το νόημά της καθορίζεται πολιτιστικά και γεωγραφικά. Για παράδειγμα, όπου η ευεξία στο νότο της Ευρώπης συνδέεται με την παραλία, τον θαλάσσιο αέρα, αργούς ρυθμούς ζωής και άφθονο μεσογειακό φαγητό, ο σκανδιναβικός τρόπος για την επίτευξη ευεξίας βασίζεται στο ύπαιθρο, με έμφαση στο περπάτημα και το κολύμπι και με την απλότητα ως κορυφαίο αρχή (M. Smith & Puczkó, 2014). Η Γερμανία, η Αυστρία και η Ελβετία δεν είναι μόνο γεωγραφικά μεταξύ της Μεσογείου και της Σκανδιναβίας, αλλά επίσης συνδυάζουν την ευεξία ως τη φυσική υγεία του Βορρά με το βραδύτερο ρυθμό του νότου. Επί πλέον, οι M. Smith και Puczkó (2014) δείχνουν ότι η ευεξία συνδέεται περισσότερο με «ιατρικές πηγές» στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ή στα κράτη της Βαλτικής.

Όλες αυτές οι περιπτώσεις, που υπάρχουν στην ΕΕ, χρησιμεύουν ως στοιχεία για την αλληλοεπικάλυψη μεταξύ ευεξίας και του σπα τουρισμού. Επιπλέον, το ΗΒ (και οι ΗΠΑ, η Αυστραλασία και ο Καναδάς) έχουν ισχυρή βιομηχανία καλλυντικών ιαματικών λουτρών. Σε αυτές τις χώρες, ένα μεγάλο μερίδιο της βιομηχανίας της ευεξίας φαίνεται να εξυπηρετεί την καθημερινή ζωή και όχι μόνο τους τουρίστες. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα που πρέπει να γίνει αντιληπτό γιατί πολλές αναφορές στον κλάδο για τη βιομηχανία ευεξίας αποτυπώνει τη συνολική προσφορά της βιομηχανίας της ευεξίας, συμπεριλαμβανομένων αυτών των μεγάλων μεριδίων καθημερινής ζωής. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι ο τουρισμός ευεξίας, όπως και πολλές άλλες μορφές τουρισμού, κάνουν χρήση καθημερινών βιομηχανιών της οικονομίας, όπως οι βιομηχανίες μεταφορών και υπηρεσιών τροφίμων.

Οι Voigt και Pforr (2013) περιγράφουν τη σχέση μεταξύ διαχείρισης προορισμού και ανάπτυξης του τουρισμού ευεξίας δείχνοντας ότι η ανάπτυξη οποιασδήποτε περιοχής, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εστιάζουν στον τουρισμό ευεξίας, σε έναν επιτυχημένο τουριστικό προορισμό απαιτεί μια συνεργατική προσέγγιση όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Πιστεύουν ότι η βιομηχανία ευεξίας λειτουργεί σε μεγάλο βαθμό χωρίς ρύθμιση, με πραγματικό κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων στη βιώσιμη ανάπτυξη. Μια αναφορά από το Παρατηρητήριο Τουρισμού Υγείας, Ευεξίας και Σπα για την ανάπτυξη μιας στρατηγικής για τον τουρισμό υγείας για τα κράτη της Βαλτικής δείχνει τις δυνατότητες συνεργασίας στην ανάπτυξη του τουρισμού υγείας (M. Smith & Puczkó, 2014). Ωστόσο, επειδή ο τουρισμός ευεξίας είναι περισσότερο αποδεκτός ως

εμπορική δραστηριότητα και ταιριάζει πολύ καλύτερα με τα πιο κοινά τουριστικά προϊόντα από τον ιατρικό τουρισμό και τον τουρισμό spa, η συνεργασία αυτή θα μπορούσε να παρεμποδιστεί για λόγους ανταγωνισμού μεταξύ των εταιρειών.

Πρόσθετες αλληλεπικαλύψεις μεταξύ του ιατρικού τουρισμού και του τουρισμού ευεξίας περιλαμβάνουν επίσης πρωτοβουλίες για τη διευκόλυνση του τουρισμού για άτομα με χρόνιες παθήσεις. Έτσι, ορισμένες τουριστικές περιοχές όπως το Veneto και η επαρχία Zeeland προσφέρουν υπηρεσίες αιμοκάθαρσης σε τουρίστες (Footman et al., 2014; Timmermans, Marijs, Bijl, & Tempelman, 2016), σε μια προσπάθεια να τους επιτρέψουν να απολαύσουν τις διακοπές τους.

Οι υπηρεσίες αιμοκάθαρσης κατά τη διάρκεια διακοπών είναι ήδη ευρέως εξαπλωμένες εντός ΕΕ και αλλού. Παραδείγματα που μπορούν να βρεθούν από τη βιβλιογραφία είναι λιγότερο προφανή, αλλά υπάρχουν στοιχεία για την περιοχή Veneto όπου 47-50 ασθενείς φτάνουν από άλλες χώρες κάθε χρόνο για να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση όταν βρίσκονται σε διακοπές. Οι ασθενείς εξέφρασαν την ικανοποίησή τους με τις υπηρεσίες και ορισμένοι ασθενείς είδαν τη θεραπεία ως ίδια με αντίστοιχες των χωρών αφίξεώς τους. Η συνέχεια της φροντίδας θεωρήθηκε σημαντική, παρόλο που αναφέρθηκαν επίσης τα γλωσσικά εμπόδια (Footman et al., 2014). Μια άλλη καλή πρακτική είναι το Big Red Kidney Bus στην Αυστραλία, μια καινοτομία που δείχνει μια άλλη προοπτική από τις περιστασιακές διακοπές. Αυτό το λεωφορείο ήταν εξοπλισμένο με τρεις μηχανές αιμοκάθαρσης και καρέκλες και σταθμευμένο σε προκαθορισμένες τοποθεσίες και χρονικά διαστήματα, επιτρέποντας την αιμοκάθαρση ενώ βρίσκεστε σε διακοπές. Ωστόσο, αυτή η παρέμβαση είχε αντίκτυπο στη διάθεση των τουριστών δεν επιβεβαιώθηκε ότι το αποτέλεσμα αυτό οφειλόταν στην εν λόγω παρέμβαση.

Στην Ελλάδα υπάρχουν 822 καταγεγραμμένες πηγές (ΕΟΤ, 1996). Σύμφωνα με έρευνα του ΚΕΠΕ (2000) αναφορικά με τις τουριστικές ροές των ελληνικών ιαματικών πηγών παρατηρήθηκε ότι, κατά μέσο όρο για το σύνολο της χώρας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων προέρχεται από τους άλλους νομούς της χώρας (41%) και ακολουθούν τα άτομα από την περιφέρεια της ιαματικής πηγής (33,8%), τα άτομα από τον ίδιο νομό της πηγής (23,3%), ενώ αποτελούν μόλις το 1,8% τα άτομα από το εξωτερικό. Αντίθετα, για τις πηγές Τοπικής Σημασίας το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων προέρχεται από το νομό όπου βρίσκεται η πηγή (49%) και ακολουθούν κατά σειρά τα άτομα από την ίδια περιφέρεια (34,7%), τα άτομα από τους υπόλοιπους νομούς της χώρας (13,5%) και τα άτομα από το εξωτερικό (2,8%). Και στις δύο περιπτώσεις διαφαίνεται το χαμηλό ποσοστό διεθνών τουριστικών ροών που καταδεικνύει το πρόβλημα της έλλειψης οργάνωσης και διαχείρισης, της ανύπαρκτης χάραξης στρατηγικής και μάρκετινγκ που θα οδηγούσε στην ενίσχυση του «brand name» της χώρας ως παγκόσμιου τουριστικού προορισμού.

4.1.3 Τουρισμός Spa

Υπάρχει αρκετή ακαδημαϊκή και επιχειρηματική βιβλιογραφία που αναφέρεται στον τουρισμό spa, τουλάχιστον σε αριθμητικούς όρους, από έρευνα για προϊόντα και υπηρεσίες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, όπου υπάρχουν ιαματικά λουτρά έχουν μακρά παράδοση (M. Smith & Ruczkó, 2014). Σύμφωνα με τον Derco (2014), «οι δραστηριότητες των φυσικών ιαματικών λουτρών στη Σλοβακία επηρεάζονται επί του παρόντος από την εμπορευματοποίηση υπηρεσιών spa που απευθύνονται σε αυτοπληρωτές στον τουρισμό υγείας. Η αδυναμία των ασφαλιστών υγείας και τα τυπικά έξοδα διαμονής spa απαιτούν την τη δημιουργία προϊόντων ευεξίας (όπως διαμονή ευεξίας σαββατοκύριακου) και άλλες δραστηριότητες μάρκετινγκ για την παρουσίαση τέτοιων προϊόντων ».

Μια πολωνική μελέτη περίπτωσης έδειξε ότι για τα θέρετρα spa μπορεί να γίνει διαφορά μεταξύ των εμπορικών και μη-εμπορικών τουριστών (Dryglas & Różycki, 2016). Επιπλέον, το Szromek, Οι Romaniuk και Hadzik (2016) παρουσίασαν τη διαδικασία ιδιωτικοποίησης για την παραδοσιακά κρατική διαχείριση ιαματικών λουτρών στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Η διαδικασία είναι μάλλον χαοτική λόγω της έλλειψης σαφούς οράματος πολιτικής, κριτήρια επιλεξιμότητας και ιδέες σχετικά με τον τρόπο διατήρησης του θεραπευτικού δυναμικού του στον τομέα του spa.

Στη Γερμανία, τα παραδοσιακά ιαματικά λουτρά (ή «Kurorten») έχουν επηρεαστεί σημαντικά από πρόσφατα μεταρρυθμίσεις του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και αντέδρασαν εστιάζοντας περισσότερο στην ανάπτυξη της ιατρικής ευεξίας (Pforr & Locher, 2012). Αυτό δείχνει επίσης τις άμεσες σχέσεις και ορισμένες αλληλεπικαλύψεις μεταξύ ιατρικού τουρισμού και τουρισμού spa.

4.2 Εμπλεκόμενοι φορείς στον τουρισμό υγείας

Οι ενδιαφερόμενοι της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού είναι αυτοί που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτής της βιομηχανίας και την εκμεταλλεύονται . Αν και υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ενδιαφερόμενοι με διαφορετικά συμφέροντα, υπάρχει ένας μοναδικός στόχος βάσει του οποίου αναπτύσσονται: η αποτελεσματική χρήση μιας στρατηγικής για την προώθηση του ιατρικού τουρισμού και τη δημιουργία ενός ενοποιημένου δικτύου για τον καθορισμό ρόλων μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών. Μερικές από τις πιο διακριτές και σημαντικές κατηγορίες αναλύονται παρακάτω. (Jabbari, et al., 2013)

Τουριστικοί πάροχοι

Στον ιατρικό τουρισμό, οι εταιρείες που παρέχουν ένα είδος διευκόλυνσης για να εισέλθουν στον κλάδο είναι αυτές που διαδραματίζουν τον κυρίαρχο ρόλο. Αυτοί είναι οι διαμεσολαβητές ιατρικού τουρισμού που ενεργούν ως μεσάζοντες για τους τουρίστες και ασχολούνται με τη

διευθέτηση ενός πακέτου ιατρικής υπηρεσίας, διαμονής και μεταφοράς, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα τα απαραίτητα γραφειοκρατικά ζητήματα και την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών για τη διαμονή τους σε μια χώρα. (ΙΚΠΙ, 2012)

Εναλλακτικά, παρόλο που ορισμένοι τουρίστες μπορεί αρχικά να έχουν άμεση επαφή με τον ιατρό που ενδιαφέρεται να συνεργαστούν, συνήθως θα πρέπει να απευθύνονται σε έναν ενδιάμεσο υπεύθυνο ή ταξιδιωτικό πράκτορα που μπορεί να τους βοηθήσει με τις ατομικές διευθετήσεις. Δεδομένης της ιδιαίτερης φύσης του ιατρικού τουρισμού, είναι ζωτικής σημασίας για μια χώρα να επιτύχει την προσέλκυση δυνητικών τουριστών μέσω της διευκόλυνσης που προσφέρουν άλλοι παράγοντες αντί να συμμετέχουν στη διαδικασία της άμεσης σύνδεσης, προώθησης και τοποθέτησης μέσω των ασήμαντων καναλιών προώθησης του τουρισμού. (Ellis, et al., 2011)

Αποδεικνύεται έτσι ότι ο ρόλος των διαμεσολαβητών είναι ξεχωριστός σε αυτό το οικοσύστημα. Οι περισσότερες από αυτές τις εταιρείες διαθέτουν πολύ εξελιγμένα διαδικτυακά εργαλεία μέσω μιας διαδικτυακής πύλης όπου μπορεί κανείς να μάθει περισσότερα για τις υπηρεσίες του ή ακόμη και να σχεδιάσει ώστε να παρέχει υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού. (ΙΚΠΙ, 2012) Τα πλεονεκτήματα της συνεργασίας με αυτού του είδους τις εταιρείες, ενισχύουν μια πολιτική μάρκετινγκ, είτε αναπτύσσεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό επίπεδο. Μερικά από αυτά είναι:

- Εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία
- Μειωμένες τιμές και υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού σε ειδικές προσφορές και εκπτώσεις
- Καλύτερη πρόσβαση σε γνωστά ιατρικά κέντρα, ξενοδοχεία και αεροπλάνα
- Εύρεση του βέλτιστου πακέτου υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού
- Η ρύθμιση πακέτων all-inclusive, με στόχο τη διαμόρφωση του προϋπολογισμού και την αποφυγή απροσδόκητων δαπανών. (Senior, 2013)

Οι συντονιστές ιατρικού τουρισμού ή, με άλλα λόγια, οι ιατρικοί συντονιστές αποτελούν μόνο μέρος της ομάδας ιατρικής υποστήριξης που περιλαμβάνει πιστοποιημένο ιατρικό προσωπικό. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας και την επιστροφή του ασθενούς στη χώρα του, η ομάδα ιατρικής υποστήριξης θα πρέπει να παρακολουθεί την πρόοδο του ασθενούς για έξι ή περισσότερες εβδομάδες, όπως απαιτείται, για να εξασφαλιστεί η ανάρρωση και η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Δεδομένης της κρίσιμης σημασίας της ευθύνης που αναλαμβάνουν οι επιχειρήσεις ιατρικού τουρισμού, ο ασθενής πρέπει να είναι περισσότερο από προσεκτικός στην επιλογή της εταιρείας με την οποία θα συνεργαστεί. Θα ήταν καλύτερο για τον ασθενή να γνωρίζει περισσότερα για την εταιρεία, να ελέγξει το ιστορικό της και ενδεχομένως να επικοινωνήσει με προηγούμενους ικανοποιημένους πελάτες. (Stephano, 2013)

Το διαδίκτυο

Η δικτύωση είναι σίγουρα ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχία οποιασδήποτε επιχείρησης, ειδικά στον τουριστικό κλάδο, καθώς οι ιστότοποι μπορούν να είναι η πρώτη και μοναδική επαφή με πιθανούς πελάτες και μπορούν να λειτουργήσουν ως καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία των σχετικών εταιρειών. Η ξενοδοχειακή βιομηχανία έχει συνειδητοποιήσει τη σημασία του Διαδικτύου ως πρωτοποριακού καναλιού διανομής για τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες, για το άμεσο μάρκετινγκ και την ευκαιρία άμεσης επικοινωνίας με τους καταναλωτές. (Κατσώνη & Βενετσανοπούλου, 2012)

Εξ ορισμού, η έννοια της δικτύωσης αναφέρεται στη διασύνδεση ατόμων και επιχειρήσεων που σχετίζονται με τον ίδιο εμπορικό ή επιχειρηματικό τομέα για την αμοιβαία ανταλλαγή εμπειριών και τη σύναψη μελλοντικών συνεργασιών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι επιχειρηματικής δικτύωσης, με την προσέγγιση «B2B» (Business to Business) να είναι η πιο εφαρμόσιμη στον ιατρικό τουρισμό. (Ρέις, 2015)

Όπως προαναφέρθηκε, η επιχειρηματική δικτύωση λειτουργεί ως ο πιο σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία οποιασδήποτε εταιρείας που δραστηριοποιείται στον κλάδο του ιατρικού τουρισμού, καθώς πρόκειται να γεφυρώσει το γεωγραφικό χάσμα μεταξύ των παρόχων υγείας και εκείνων που ενδιαφέρονται για την υγειονομική περίθαλψη. Από επιχειρηματική άποψη, οι δυνατότητες του Διαδικτύου τους δίνουν την ευκαιρία να ενημερωθούν για νέες μορφές παροχής υπηρεσιών, καινοτόμες προτάσεις και θεραπείες, διάσημες τάσεις στην αγορά, καθώς και να είναι ανταγωνιστικές σε παγκόσμια βάση. Τα οφέλη είναι εξίσου σημαντικά για τους ίδιους τους ασθενείς. Οι ασθενείς θα επωφεληθούν από αυτή τη δικτύωση καθώς θα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες και ειδήσεις σε όλο τον κόσμο και να ευνοούνται από οποιαδήποτε προσφορά τιμών στο εξωτερικό. Εάν ο πελάτης-ασθενής κάνει χρήση αυτής της δυνατότητας και στο τέλος είναι ικανοποιημένος με τον τρόπο λειτουργίας του μηχανισμού και με την ιατρική περίθαλψη που έλαβε, τότε θα παραπέμψει και θα ενθαρρύνει άλλους ανθρώπους από το κοινωνικό του δίκτυο προς αυτήν την κατεύθυνση. Η τελευταία διάσταση έχει να κάνει με την ικανοποίηση των πελατών, η οποία παίζει κεντρικό ρόλο στον τρόπο σχεδιασμού και παράδοσης των υπηρεσιών. (ΙΚΠΙ, 2012)

Οι ιστοσελίδες ιατρικού τουρισμού ικανοποιούν μια σειρά από ανάγκες και σκοπούς που προκύπτουν από την ανάγκη για σωστές πληροφορίες. Εκτός από την πηγή πληροφοριών, μπορούν επίσης να λειτουργήσουν ως σύνδεσμος για τις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο αξιολόγησης ή ως μέσο επικοινωνίας μέσω της χρήσης φόρουμ για δημοσίευση και ανταλλαγή παρόμοιων εμπειριών. (Lunt, et al., 2016)

Πολλές εταιρείες ιατρικού τουρισμού έχουν διαφοροποιηθεί από τους ανταγωνιστές τους, καταφέροντας έτσι να προσελκύσουν την κάλυψη ειδήσεων και την ανάπτυξη της στρατηγικής των κοινωνικών μέσων μαζικής ενημέρωσης, και να επωφεληθούν από τις δωρεάν ευκαιρίες μάρκετινγκ που παρέχονται από τα κοινωνικά μέσα όπως το YouTube, το Facebook και το Twitter. (Turner, 2007) Σε πολλές περιπτώσεις, η κύρια πηγή πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα παρέχεται από έναν φιλικό προς τον καταναλωτή ιστότοπο που δημιουργήθηκε από ενδιαμέσους οργανισμούς (Lunt, et al., 2010), ο οποίος παρέχει τη διασφάλιση της ποιότητας των θεραπειών και τα επαγγελματικά προσόντα και ικανότητες ξένων εγκαταστάσεων και εξειδικευμένων κλινικών. Ωστόσο, είναι δύσκολο για τις περισσότερες εταιρείες ιατρικού τουρισμού να συμβαδίσουν με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, την εμφάνιση καινοτόμων διαφημιστικών στρατηγικών, τις αλλαγές στην καταναλωτική αγορά και τον αυξανόμενο ανταγωνισμό λόγω της αύξησης της παγκοσμιοποίησης.

Παρά την ευρεία χρήση των ιστότοπων και των ευκαιριών που προσφέρουν, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος των ενεργών σελίδων με μη έγκυρο και πιστοποιημένο περιεχόμενο. Η δημιουργία και η λειτουργία μιας ιστοσελίδας στο Διαδίκτυο δεν απαιτεί επιπλέον κόστος και οι χειριστές μπορούν να δημοσιεύσουν οποιαδήποτε πληροφορία χωρίς να υπόκεινται σε ποιοτικούς ελέγχους. Σε πολλές περιπτώσεις, αποκαλύπτονται ελλειπείς πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο θεραπείας που επέλεξε ο ασθενής, αποκρύβοντας σημαντικά ζητήματα σχετικά με, για παράδειγμα, τη φροντίδα και την υποστήριξη μετά από μια επέμβαση. Άλλα φαινόμενα που καθυστερούν είναι η διαθεσιμότητα προϊόντων μη αναγνωρισμένης ποιότητας, η προώθηση περιττών θεραπειών ή ακόμη και επικίνδυνων παρεμβάσεων. (Lunt, et al., 2016)

Ασφάλιση

Η ασφαλιστική κάλυψη είναι βασικός παράγοντας για την παροχή ιατρικής περίθαλψης στο εξωτερικό, καθώς αποτελεί σημείο εστίασης για οποιαδήποτε επιπλοκή που μπορεί να προκύψει είτε στη θεραπεία είτε στην περίοδο ανάρρωσης του ασθενούς. Κατά κύριο λόγο, οι παραδοσιακές ασφαλιστικές υπηρεσίες καθώς και η διεθνής ασφάλιση υγείας δεν αναλαμβάνουν προγραμματισμένες ιατρικές παρεμβάσεις εκτός από τις επείγουσες παρεμβάσεις. Ως αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές οι ιατρικοί ταξιδιώτες χρεώνονται με μη προγραμματισμένα κόστη, τόσο για την ίδια τη θεραπεία όσο και για τη φροντίδα τους ως αποτέλεσμα της αμέλειας τους.

Όσον αφορά την ιατρική κάλυψη, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αβεβαιότητα τόσο από πλευράς ασφαλιστικών εταιρειών όσο και από πλευράς ασθενών. Οι ιατροί ταξιδιώτες είναι αρκετά δύσπιστοι σχετικά με τον τύπο και το πεδίο της ιατρικής κάλυψης, καθώς συχνά υπόκεινται σε ειδικές περιπτώσεις και κανονισμούς. Συγκεκριμένα, τα ασφαλιστικά πακέτα συχνά δεν μπορούν να καλύψουν όλες τις ανάγκες μιας προγραμματισμένης παρέμβασης, καθιστώντας τα ανεπιθύμητα και

δαπανηρά για τα ενδιαφερόμενα μέλη. Από την άλλη πλευρά, οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τυχόν κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ή την ακριβή ποιότητα των ιατρικών εγκαταστάσεων, του προσωπικού και των ιατρικών πρακτικών. Αντιμετωπίζουν επίσης πολλά εμπόδια στο νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας, τα οποία λειτουργούν ως εμπόδια στην υλοποίηση μιας συμφωνίας. (Ruka, 2015).

Κυβέρνηση

Η συμβολή της κυβέρνησης στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού και στους τρόπους με τους οποίους ενισχύεται και προωθείται ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν περιπτώσεις χωρών όπου κυβερνητικές ενέργειες ευνοούν την ανάπτυξη ιατρικών υπηρεσιών μέσω διευκόλυνσης θεώρησης, χαμηλής φορολογίας, επενδύσεων σε ιατρικές υποδομές ή επιδοτήσεων, καθώς και χωρών όπου οι πολιτικές εξασθενίζουν ή απορρίπτουν τέτοιες ενέργειες. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι οι κυβερνήσεις έχουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και την προβολή της τουριστικής βιομηχανίας, καθώς έχουν τον πρώτο και τελευταίο λόγο για οποιαδήποτε δράση, είτε μέσω της παροχής ιατρικών υπηρεσιών είτε μέσω της επιδότησης μελετών και ερευνών για την καλύτερη δυνατή εξειδίκευση. Ωστόσο, υπάρχουν στιγμές που ο ρόλος τους δεν ευνοεί την ανάπτυξη μεθόδων ιατρικού τουρισμού. Η γραφειοκρατία, η ασαφής νομοθεσία και τα πολιτικά συμφέροντα είναι παράγοντες που αποθαρρύνουν τους πιθανούς ενδιαφερόμενους από την είσοδο σε αυτόν τον κλάδο. (Ruka, 2015), (Somaiya, 2017).

Μεσίτες και πράκτορες

Οι μεσίτες ή οι πράκτορες είναι συνήθως εταιρείες ή σύμβουλοι που ενεργούν ως μεσάζοντες μεταξύ ασθενών και ιατρικών κέντρων. Μέσω του Διαδικτύου, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε μέρη σε όλο τον κόσμο όπου συνεργάζονται με συγκεκριμένα ιατρικά κέντρα, τον τύπο και το κόστος των υπηρεσιών, καθώς και οργανώνουν απλά πακέτα, όπως πτήση, διαμονή και θεραπεία. (Lunt, et al., 2016) Ο ρόλος τους μπορεί να συγχέεται πολλές φορές με το ρόλο των διαμεσολαβητών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι προσφέρουν το ίδιο φάσμα υπηρεσιών. Λόγω του γεγονότος ότι συνήθως δεν διαθέτουν τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις ή τη διεθνή πιστοποίηση υγειονομικής περίθαλψης, η συμβολή τους περιορίζεται συχνά στην προετοιμασία της πρώτης επαφής του ασθενούς με το ιατρικό κέντρο. Ως εκ τούτου, δεν είναι σε θέση να παρέχουν μετεγχειρητική άσκηση και παρακολούθηση μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ο κύριος στόχος τους είναι να κερδίσουν κέρδη είτε μέσω προμηθειών που λαμβάνονται από πελάτες είτε μέσω προμηθειών που λαμβάνονται από ιατρικά κέντρα με τα οποία συνεργάζονται. (Ruka, 2015).

4.3 Ανάλυση τουρισμού υγείας στην ΕΕ

Ορισμένες πληροφορίες σχετικά με τον όγκο και τη διάρθρωση της αγοράς του τουρισμού υγείας στην ΕΕ28 θα παρουσιαστούν παρακάτω για να αποδοθεί μια πληρέστερη εικόνα της αγοράς σε όρους ΕΕ. Αυτές οι πληροφορίες, οι οποίες περιορίζονται σε τουριστικά ταξίδια με τουλάχιστον μία διανυκτέρευση, περιλαμβάνουν δεδομένα για αφίξεις και αναχωρήσεις εσωτερικού και εξωτερικού. Οι βασικοί ορισμοί που αναπτύχθηκαν από το Υπουργείο Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων του ΟΗΕ (2010,) για αυτούς τους τουριστικούς όρους είναι: «Τα ταξίδια εντός μιας χώρας από κατοίκους ονομάζονται εγχώρια ταξίδια. Τα ταξίδια σε μια χώρα από μη κατοίκους ονομάζονται εισερχόμενα ταξίδια, ενώ τα ταξίδια εκτός χώρας από κατοίκους ονομάζεται εξερχόμενα ταξίδια. Τα εισερχόμενα και εξερχόμενα ταξίδια ταξινομούνται επίσης ως «Διεθνείς αφίξεις» και «Διεθνείς αναχωρήσεις, αντίστοιχα».

Ο παρακάτω πίνακας 7 παρουσιάζει βασικά στοιχεία για τον τουρισμό της ΕΕ28 για το 2014 (ελλείπει πιο πρόσφατων και αξιόπιστων στοιχείων). Ένα βασικό σημείο που απεικονίζεται είναι ότι οι κάτοικοι της ΕΕ περνούν το μεγαλύτερο μέρος των διανυκτερεύσεων τους είτε στη χώρα τους (75%) ή αλλού εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (19%). Το 2014, μόνο το 6% των κατοίκων της ΕΕ διανυκτέρευση τα ταξίδια πραγματοποιήθηκαν εκτός ΕΕ (Eurostat, 2016).

Για τον διεθνή τουρισμό, η ΕΕ28 εξακολουθεί να είναι μακράν η πιο δημοφιλής περιοχή στον κόσμο, συγκεντρώνοντας 40% όλων των διεθνών αφίξεων. Αυτό το μερίδιο μειώνεται αργά, ωστόσο, καθώς η ετήσια αύξηση των διεθνών αφίξεων ήταν πιο αργή κατά μέσο όρο στην ΕΕ από ό, τι ήταν παγκοσμίως (2,7 έναντι 3,9% μεταξύ 2005-2015, βλ. UNWTO, 2016). Τα διεθνή ταξίδια σε χώρες της ΕΕ των 28 αναμένεται να αυξηθούν πιο αργά από τον παγκόσμιο μέσο όρο έως το 2025: 2,1% έναντι 3,5% ετησίως (UNWTO, 2014). Ο πίνακας 5 παραθέτει τα γενικά τουριστικά στοιχεία για την ΕΕ28, ως σημείο αναφοράς για τα δεδομένα υγείας-τουρισμού.

Πίνακας 5 Βασικά στοιχεία τουρισμού ΕΕ, 2014
(Πηγή: European Parliament's Committee on Transport and Tourism, Ιδία Επεξεργασία)

Ταξίδια Ευρωπαίων πολιτών						Διεθνείς αφίξεις
	Αναχωρήσεις (εγχώριες και διεθνείς)	Εγχώριες αναχωρήσεις	Διεθνείς αναχωρήσεις			Σύνολο
			Εντός ΕΕ	Εκτός ΕΕ	Σύνολο	
Ταξίδια (εκατομμύρια)	1209	900	231	77	309	461

Ταξίδια (%)	100	74.4	19.1	6.4	25.6	
Διανυκτερεύσεις (εκατομμύρια)	6334	3700	1976	659	2634	1930
Διανυκτερεύσεις (%)	100	58.4	31.2	10.4	41.6	
Δαπάνες (δισεκατομμύρια €)	Μη διαθέσιμο	664	Μη διαθέσιμο	Μη διαθέσιμο	Μη διαθέσιμο	362
Μέση διάρκεια ταξιδιού (διανυκτερεύσεις)	5.2	4.1	8.5	8.5	8.5	4.2
Μέση δαπάνη ανά ταξίδι (€)	Μη διαθέσιμο	738	Μη διαθέσιμο	Μη διαθέσιμο	Μη διαθέσιμο	785

4.3.1 Μέγεθος αγοράς τουρισμού υγείας και έσοδα

Σύμφωνα με μελέτη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2017), το συνολικό μέγεθος του τουρισμού υγείας στην ΕΕ28 ανήλθε στα 56 εκατομμύρια αφίξεις εσωτερικού και 5,1 εκατομμύρια διεθνείς αφίξεις (από όλο τον κόσμο), συνολικά 61,1 εκατομμύρια αφίξεις υγείας-τουρισμού στην ΕΕ28 κατά το έτος 2014. Το ακριβές μερίδιο των αφίξεων τουρισμού υγείας εκτός ΕΕ δεν ήταν γνωστό, ούτε είχε δημοσιευθεί για τον γενικό τουρισμό. Αλλά αυτό το μερίδιο δεν είναι πιθανό να ήταν ιδιαίτερα μεγάλο λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό μερίδιο αφίξεων από χώρες εκτός της ΕΕ των 25 (συν της Νορβηγίας, Ελβετίας, Βουλγαρίας και Ρουμανίας) ανερχόταν μόνο στο 6% όλων των αφίξεων το 2000 (P. M. Peeters, van Egmond, & Visser, 2004). Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτό το ποσοστό (6%) θα ήταν απαραίτητα διαφορετικό για τον τουρισμό υγείας λήφθηκε ως υπόθεση ότι θα συμπεριφέρεται σύμφωνα με τα ίδια οικονομικά χαρακτηριστικά, χρόνο ταξιδιού, κόστος ταξιδιού και κανόνες έλξης όπως ο γενικός τουρισμός. Η συνολική αγορά του τουρισμού υγείας (διεθνής συν εγχώρια ταξίδια) περιλάμβανε το 4,3% όλων των αφίξεων στην ΕΕ28, το 5,8% των αφίξεων εσωτερικού και το 1,1% διεθνείς αφίξεις, δείτε τον Πίνακα 6 παρακάτω.

Πίνακας 6 Μέγεθος και μερίδιο του τουρισμού υγείας στην ΕΕ28, 2014
(Πηγή: European Parliament's Committee on Transport and Tourism, Ιδία Επεξεργασία)

	Σύνολο ταξιδιών	Εγχώρια	Διεθνή
Αριθμός ταξιδιών (εκατομμύρια)	1361	900	461
Αριθμός ταξιδιών τουρισμού υγείας (εκατομμύρια)	61.1	56	5.1
Μερίδιο αγοράς ταξιδιών τουρισμού υγείας (%)	4.3	5.8	1.1

Συγκριτικά, αυτές οι τιμές εκτίμησης ταξιδιού είναι πολύ χαμηλότερες από τα συνδυασμένα στοιχεία του τουρισμού ευεξίας και σπα για την Ευρώπη. Για παράδειγμα, το Global Wellness Institute (GWI) αναφέρει τον αριθμό των 250 εκατομμυρίων ταξιδιών, αλλά αυτό προϋποθέτει ποσοστό 89% των «δευτερευόντων» εκδρομών και περιλαμβάνει χώρες εκτός ΕΕ όπως η Ρωσία, η Ελβετία και η Τουρκία (αυτές οι χώρες αντιπροσωπεύουν ποσοστό 13% του συνόλου σύμφωνα με το GWI). Αν υπολογιστούν τα ευρωπαϊκά ταξίδια ευεξίας «πρωταρχικού σκοπού» αντλώντας από το μερίδιο 11% που ανέφερε η GWI (2017), φτάνουμε σε περίπου 27,5 εκατομμύρια ταξίδια ευεξίας και σπα, κάτι που είναι χαμηλότερο τα ευρήματα της έρευνας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αριθμοί του GWI δεν περιλαμβάνουν ταξίδια ιατρικού τουρισμού. Σύμφωνα με την έκθεση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, το εγχώριο μερίδιο των αφίξεων του τουρισμού υγείας στην ΕΕ είναι 92%, αποκλίνοντας από το μερίδιο 83% για πρωτοβάθμια και δευτερογενή ταξίδια παγκόσμιας ευεξίας στο GWI (2017)².

Όσον αφορά τις διανυκτερεύσεις, ο τουρισμός υγείας στην ΕΕ περιλαμβάνει 233,7 εκατομμύρια διανυκτερεύσεις επισκεπτών για εσωτερικά ταξίδια και 16,7 εκατομμύρια για διεθνή ταξίδια, συνολικά 250,4 εκατομμύρια. Ο μέσος όρος της διάρκειας διαμονής εσωτερικού είναι 4,1 διανυκτερεύσεις ανά ταξίδι, ενώ για διεθνή ταξίδια είναι 8,5.

Όπως ήδη συζητήθηκε, διακρίνοντας το μέγεθος καθεμιάς από τις τρεις αγορές στον τουρισμό υγείας (δηλ. ιατρικός, ευεξίας και τουρισμός σπα) στην ΕΕ είναι δύσκολο λόγω των περιορισμένων και κατακερματισμένων διαθέσιμων δεδομένων και λόγω του ότι απαρτίζεται από

² Οι εκτιμήσεις του τουρισμού ευεξίας βασίζονται στη γενική διεθνή και εγχώρια ταξιδιωτική και τουριστική βιομηχανία με δεδομένα που ελήφθησαν από την Euromonitor International (GWI, 2017)

ένα ευρύ (και συχνά αλληλεπικαλυπτόμενο) πεδίο εφαρμογής των ορισμών που χρησιμοποιούνται από διαφορετικές πηγές και στατιστικές αναλύσεις. Για παράδειγμα, μια αυστριακή μελέτη βασίστηκε σε αυτήν εκτίμηση του μεγέθους της αγοράς του τουρισμού υγείας στον αριθμό επιχειρήσεων/εγκαταστάσεων ανά τμήμα της αγοράς, αλλά αντιμετώπισε τον επεμβατικό ιατρικό τουρισμό ως ξεχωριστή αγορά. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, το 2014, ο τουρισμός ευεξίας (συμπεριλαμβανομένης της λεγόμενης Alpine Wellness) κυριάρχησε στην Αυστρία, με 76% του συνολικού του τουρισμού υγείας, ακολουθούμενος από 13% του τουρισμού spa, 9% της ιατρικής ευεξίας και 2% του ελάχιστα επεμβατικού / αισθητικού ιατρικού τουρισμού (Donau-Universität Krems, 2014).

Ο όρος «ιατρική ευεξία» είναι ένα παράδειγμα των διαφορετικών ορισμών που χρησιμοποιούνται στην αγορά, αλλά η μελέτη που κατατέθηκε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο θεώρησε οποιαδήποτε μορφή τουρισμού με ιατρικό σκοπό ως σύνολο του ιατρικού τουρισμού και όχι του τουρισμού ευεξίας. Μία παρόμοια μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία εκτιμά ότι ο τουρισμός ευεξίας περιεχόταν στο 63% του τουρισμού υγείας, ιατρικής ευεξίας στο 15% και ο τουρισμός spa μόνο στο 4%, ενώ ο καθαρά ιατρικός τουρισμός στο 1% και άλλες μορφές βασισμένες σε προϊόντα του τουρισμού υγείας στο 17% (Betsch, Klink, & Schur, 2014). Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ των 28, τα μερίδια του ιατρικού τουρισμού θα ήταν σχετικά χαμηλά, αν και οι αριθμοί (και οι ορισμοί) διαφέρουν πολύ μεταξύ χωρών. Για παράδειγμα, η Γερμανία κατέγραψε περίπου 255.000 ξένους τουρίστες ιατρικού τουρισμού το 2015 (Juszczak, 2017), ενώ το μέγεθος αυτής της αγοράς της Αυστρίας εκτιμάται στους 10.000 ξένους τουρίστες ιατρικού τουρισμού (Baierl & Hoerke, 2016).

Τα έσοδα από τον τουρισμό υγείας ανέρχονται συνολικά σε 46,9 δισεκατομμύρια ευρώ στην ΕΕ28 στο έτος 2014, που αντιπροσωπεύει το 4,6% των συνολικών εσόδων από τον τουρισμό και το 0,33% του ΑΕΠ της ΕΕ28. Πάνω από τα τρία τέταρτα των εσόδων από τον τουρισμό υγείας εντός της ΕΕ προέρχονται από πέντε μόνο χώρες: Γερμανία, Γαλλία, Πολωνία, Ιταλία και Σουηδία. Συγκριτικά, το GWI (2017) εκτιμά τις δαπάνες του τουρισμού ευεξίας στην Ευρώπη το 2015 στα 193 δισεκατομμύρια δολάρια (USD), που ισοδυναμεί με 181 δισεκατομμύρια ευρώ. Περίπου 31 δισεκατομμύρια ευρώ είναι για τον τουρισμό ευεξίας ως πρωταρχικό τύπο ταξιδιού, που αντιπροσωπεύει μόνο το 17%, ενώ το υπόλοιπο 83% προορίζεται για δαπάνες ευεξίας για τουριστικά ταξίδια με διαφορετικούς σκοπούς (συμπεριλαμβανομένων τους επιχειρηματικούς).

Επίσης, κατά μέσο όρο, η διαφορά μεταξύ του τουρισμού υγείας και του γενικού τουρισμού για όλες τις χώρες της ΕΕ28 είναι πολύ μικρή (791€/ταξίδι για διεθνείς τουριστικές αφίξεις του ιατρικού τουρισμού σε σύγκριση με 783€/ταξίδι για τον γενικό τουρισμό εντός της ΕΕ28) για το έτος 2014. Ωστόσο, τα ποσοστά εσόδων διαφέρουν μεταξύ των χωρών, από τη Φινλανδία με 39%

χαμηλότερα έσοδα ανά ταξίδι σε σύγκριση με τις διεθνείς αφίξεις στην Ιταλία, όπου τα έσοδα από τον τουρισμό υγείας ανά ταξίδι είναι 28% υψηλότερα από το μέσο όρο του ιατρικού τουρισμού.

4.3.2 Ευρωπαϊκές πολιτικές

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μέρος του νομικού πλαισίου για τον τουρισμό υγείας (και πιο συγκεκριμένα για την διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη) έχει καθοριστεί στην οδηγία 2011/24/ΕΕ σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Η οδηγία 2011/24/ΕΕ, που τέθηκε σε ισχύ στις 24 Απριλίου 2011, στοχεύει στη θέσπιση κανόνων για τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ασφαλή και υψηλής ποιότητας διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ, για να εξασφαλιστεί η κινητικότητα των ασθενών σύμφωνα με τις αρχές που έχει θεσπίσει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για την προώθηση και τη συνεργασία των κρατών μελών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα κύρια σημεία προσοχής της οδηγίας 2011/24/ΕΕ είναι η κινητικότητα των ασθενών (έγκριση και αποζημίωση για ασθενείς), εθνικά σημεία επαφής και διασυνοριακή συνεργασία (ηλεκτρονική υγεία και ευρωπαϊκή δίκτυα αναφοράς). Η επικουρικότητα διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο καθώς, εν γένει και ειδικά όσον αφορά την οδηγία 2011/24/ΕΕ, οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τα κράτη μέλη εκτός εάν οι στόχοι μιας απόφασης δεν μπορούν να επιτευχθούν επαρκώς από τα κράτη μέλη, αλλά μπορούν να επιτευχθούν καλύτερα σε επίπεδο Ένωσης (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Αν και αυτή η νομοθεσία αφορά μόνο ρυθμιζόμενο κινητικότητα ασθενών, που σημαίνει ότι δεν καλύπτει τον «ιατρικό τουρισμό out-of-rocket», θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως καλή πρακτική για την κατανόηση της δυναμικής της κινητικότητας των ασθενών σε σχέση με την αύξηση ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης.

Η οδηγία 2011/24/ΕΕ είναι λειτουργική και οι πρώτες μελέτες αξιολόγησης έχουν ήδη πραγματοποιηθεί και δημοσιευθεί (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015). Εκτός από την οδηγία 2011/24/ΕΕ, θεωρείται ότι η ελεύθερη κυκλοφορία ως δικαίωμα των πολιτών εντός της ΕΕ είναι ισχυρός διαμεσολαβητής του διασυνοριακού τουρισμού και τουρισμού υγείας. Υπό αυτήν την έννοια, η ΕΕ υπερέχει έναντι άλλων περιοχών ανά τον κόσμο.

Εκτός από την οδηγία 2011/24/ΕΕ, υπάρχει ελάχιστη ή καθόλου ρητή αναφορά στον τουρισμό υγείας και τα τρία συστατικά του (ιατρικό, ευεξία και σπα τουρισμό) στις τουριστικές πολιτικές της ΕΕ, όπως στο «*Ευρώπη, ο Νο 1 τουριστικός προορισμός στον κόσμο - ένα νέο πολιτικό πλαίσιο για τον τουρισμό στην Ευρώπη*» και στο «*κυλιόμενο σχέδιο του πλαισίου δράσης για τον τουρισμό*» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013). Ωστόσο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει τακτικά έργα που σχετίζονται με τον τουρισμό, ορισμένα από τα οποία σχετίζονται άμεσα με τον τουρισμό υγείας. Για παράδειγμα, τα ευρωπαϊκά έργα «*WelDest*», «*SOWELL*» (Ευκαιρίες κοινωνικού τουρισμού σε

δραστηριότητες Wellness και Leisure) και «OFF TO SPAS» σχεδιάστηκαν για να ενισχύσουν τη συνεργασία μεταξύ των παραγόντων που εμπλέκονται τον τουρισμό υγείας. Τα έργα αυτά επικεντρώθηκαν, αντίστοιχα, στην ανάπτυξη προορισμών υγείας και ευεξίας, δυνατότητες για άνοιγμα της πρόσβασης σε δραστηριότητες ευεξίας για ηλικιωμένους και νέους, και τη δημιουργία νέων, διεθνών προϊόντων τουρισμού υγείας που σχετίζονται με τα ιαματικά νερά σε πόλεις στα της Κεντρικής Ευρώπης.

Τέλος, ο τουρισμός υγείας είναι επιλέξιμος για κοινοτική χρηματοδότηση από το Ταμείο Ευρωπαϊκή Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΤΕΠΑ) (Γενική Διεύθυνση Επιχειρήσεων και Βιομηχανίας, 2016) γιατί βοηθά στην ανάπτυξη ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών προστιθέμενης αξίας σε εξειδικευμένες αγορές κινητοποιώντας συγκεκριμένα τοπικούς πόρους και συμβάλλοντας στην έξυπνη περιφερειακή εξειδίκευση. Παραδείγματα έργων που χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει από το ΤΕΠΑ περιλαμβάνουν τους «καταρράκτες Krimml» και το «Hohe Tauern»(Αυστρία),«IT Τουρισμός Spa »(Ελλάδα / Βουλγαρία), «Κέντρο αριστείας» (Γερμανία) και «Αναζωογόνηση του Πάρκου Brine» (Πολωνία). Τα έργα περιγράφονται εν συντομία παρακάτω:

- Για το έργο «Καταρράκτες Krimml», οι περιφερειακές αρχές αναμένεται να αναπτύξουν νέο τουριστικά προϊόντα για το Εθνικό Πάρκο Hohe Tauern (στην περιοχή Oberpinzgau της Αυστρίας), με παράλληλη αξιοποίηση επιστημονικών στοιχείων σχετικά με τα οφέλη για την υγεία από τους υψηλότερους καταρράκτες της Ευρώπης. Το έργο αναπτύχθηκε σε στενή συνεργασία με την ένωση περιφερειακού τουρισμού, την εθνική ένωση πάρκων και το περιφερειακό νοσοκομείο. Μια μελέτη σκοπιμότητας εξέτασε τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ξενοδοχείων σε αυτόν το νέο πακέτο τουρισμού υγείας, πώς θα μπορούσε να πιστοποιηθεί και εάν θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ένας επαρκής αριθμός αρμόδιων ξενοδοχείων. Στο τέλος, 11 ξενοδοχεία υπέστησαν την απαιτούμενη ανακαίνιση ή/και μέτρα προσαρμογής. Επιπλέον, ξεκίνησε μια διαφημιστική εκστρατεία για τη στόχευση ατόμων με αλλεργίες και επισκέπτες με υψηλή ευαισθητοποίηση για την υγεία.
- Το έργο «IT Spa τουρισμός» υποστήριξε την υγεία, τον τουρισμό και τον πολιτισμό στην Ελληνο-Βουλγαρική παραμεθόρια περιοχή δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής για τον τουρισμό spa και τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό επέτρεψε στους δήμους να λειτουργούν ιαματικές πηγές ως κέντρα τουρισμού υγείας που προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες και για την παροχή online κράτησης και σχόλια πελάτων, με σκοπό την προσέλκυση περισσότερων τουριστών (ειδικά εκείνων από το εξωτερικό).
- Με μια καινοτόμο τουριστική ιδέα για άτομα που πάσχουν από προβλήματα στην πλάτη, το «vital & physio GmbH» με βάση το Ροστόκ συγκεντρώνει επιχειρήσεις, ξενοδοχεία, γιατρούς και κατασκευαστές επίπλων. Η ιατρική θεραπεία που προσφέρει η «vital & physio GmbH» παρέχει

ανακούφιση σε περισσότερους από 10.000 ασθενείς, τουριστικούς πελάτες και προγράμματα πρόληψης.

- Το έργο «Αναζωογόνηση του Πάρκου Brine» επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη του τουρισμού υγείας στο Brine Park του Inowroclaw (Πολωνία). Για την καλύτερη εξυπηρέτηση του αυξανόμενου αριθμού τουριστών, το πάρκο έπρεπε να υποβληθεί σε πλήρη ανακαίνιση. Αυτό το συγχρηματοδοτούμενο έργο της ΕΕ είχε ως αποτέλεσμα την υλοποίηση μιας νεόδμητης αίθουσας αντλίας μεταλλικού νερού, εγκαταστάσεων γεμάτες εξωτικά φυτά και πουλιά, και ένα ανακαινισμένο πάρκο. Το Brine Park δέχεται πλέον επισκέψεις από 34.000 τουρίστες ετησίως, και έχει δημιουργήσει 19 μόνιμες θέσεις εργασίας.

4.4 Δυναμική ελληνικής αγοράς

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τις αφίξεις, αναχωρήσεις και έσοδα του τουρισμού υγείας των χωρών της ΕΕ για το 2014. Τα συνολικά έσοδα που απέφερε στην ΕΕ ο τουρισμός υγείας από τις διεθνείς αφίξεις για το 2014 ανήλθαν στα 4.01 δισεκατομμύρια ευρώ και αποτελούσαν το 1.6% του συνολικού αριθμού των διεθνών αφίξεων ένα τα εγχώρια ταξίδια τουρισμού υγείας ανήλθαν στα 43 δισεκατομμύρια για το έτος 2014 κατέχοντας μερίδιο 6.8% επί των συνολικών εγχώριων ταξιδιών. Επίσης, σημειώθηκαν 17.8 εκατομμύρια αναχωρήσεις για σκοπούς ιατρικού τουρισμού με τις ετήσιες δαπάνες να ανέρχονται στα 15 δισεκατομμύρια ευρώ.

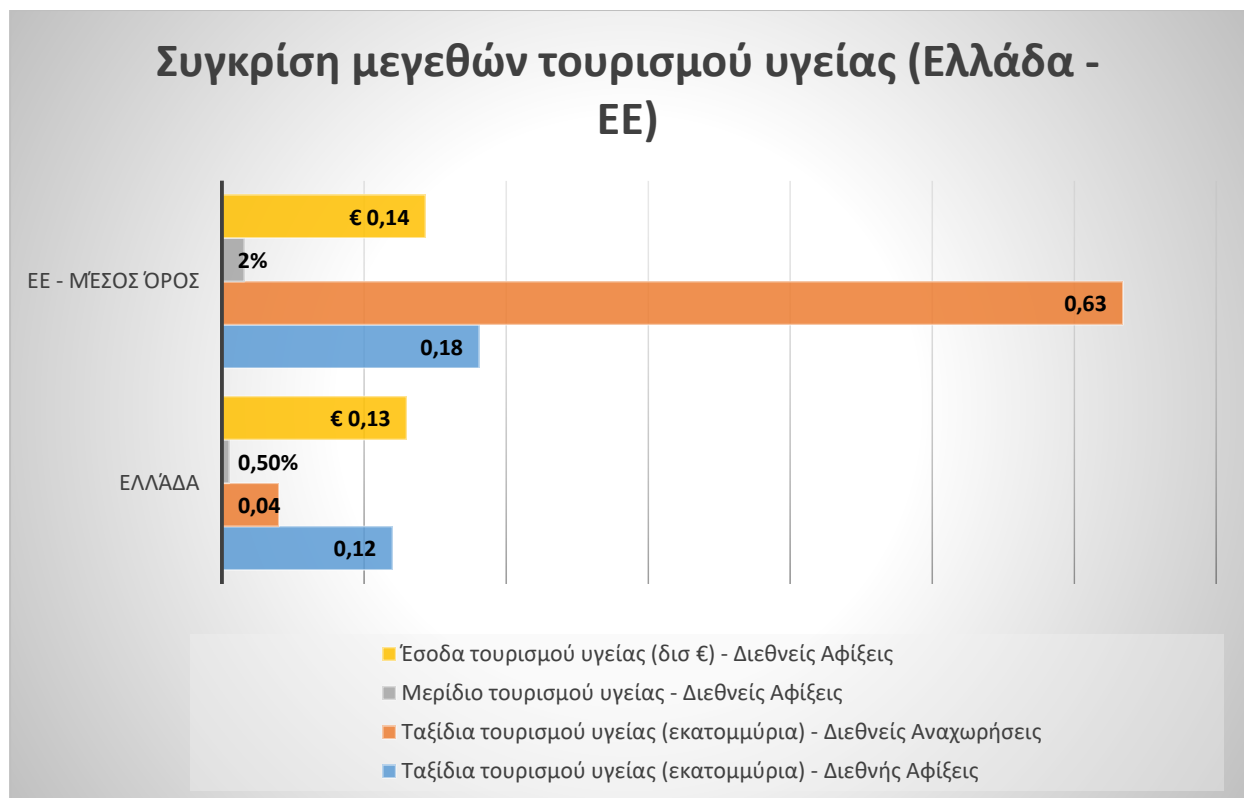
Πίνακας 7 Στοιχεία τουρισμού υγείας
(Πηγή: OECD, Ιδία Επεξεργασία)

Χώρα	Ταξίδια τουρισμού υγείας (εκατομμύρια)		Μερίδιο τουρισμού υγείας	Έσοδα τουρισμού υγείας (δισ €)
	Διεθνείς αφίξεις	Διεθνείς αναχωρήσεις	I Διεθνείς αφίξεις	Διεθνείς αφίξεις
Αυστρία	0.42	0.73	1.70%	€ 0.31
Βέλγιο	0.06	0.4	0.80%	€ 0.04
Βουλγαρία	0.08	0.05	1.10%	€ 0.03
Κροατία	0.13	0.09	1.10%	€ 0.08
Κύπρος	0.03	0.04	1.00%	€ 0.03
Τσεχική Δημοκρατία	0.1	0.49	1.00%	€ 0.04
Δανία	0.07	0.17	0.70%	€ 0.03

	Ταξίδια τουρισμού υγείας (εκατομμύρια)		Μερίδιο τουρισμού υγείας	Έσοδα τουρισμού υγείας (δισ €)
Εσθονία	0.15	0.04	5.30%	€ 0.07
Φινλανδία	0.06	0.64	1.30%	€ 0.04
Γαλλία	0.37	1.91	0.40%	€ 0.26
Γερμανία	0.6	6.09	1.80%	€ 0.51
Ηνωμένο Βασίλειο	0.09	0.76	0.30%	€ 0.11
Ελλάδα	0.12	0.04	0.50%	€ 0.13
Ουγγαρία	0.48	0.63	3.90%	€ 0.13
Ιρλανδία	0.06	0.18	0.70%	€ 0.06
Ιταλία	0.64	0.77	1.30%	€ 0.88
Λετονία	0.05	0.2	2.80%	€ 0.03
Λιθουανία	0.05	0.1	2.30%	€ 0.03
Λουξεμβούργο	0.03	0.12	2.50%	€ 0.02
Μάλτα	0.06	0.03	3.40%	€ 0.06
Ολλανδία	0.2	0.29	1.40%	€ 0.17
Πολωνία	0.13	0.65	0.80%	€ 0.09
Πορτογαλία	0.09	0.18	1.00%	€ 0.11
Ρουμανία	0.04	0.07	0.50%	€ 0.01
Σλοβακία	0.14	0.39	2.20%	€ 0.03
Σλοβενία	0.07	0.17	2.70%	€ 0.05
Ισπανία	0.68	0.24	1.00%	€ 0.60
Σουηδία	0.07	2.29	0.70%	€ 0.06

Στο διάγραμμα 11 παρουσιάζεται η σύγκριση της Ελλάδας με την ΕΕ αναφορικά με τους δείκτες του ιατρικού τουρισμού. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι σημειώθηκαν 0.06 εκατομμύρια

λιγότερες αφίξεις ιατρικών τουριστών στη Ελλάδα σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Επιπλέον, το ποσοστό συμμετοχής των διεθνών αφίξεων για λόγους ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα είναι υποτετραπλάσιο από τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ (0.5% συγκριτικά με 2%). Τέλος, τα έσοδα που προέκυψαν από τους καταναλωτές του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα ανήλθαν στα 0.13 δις ευρώ σχεδόν σε ευθυγράμμιση με τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ (0.14 δις ευρώ). Συνεπώς γίνεται εύκολα κατανοητή η δυναμικότητα που μπορεί να αναπτύξει ο τομέας του ιατρικού τουρισμού στην ελληνική αγορά, καθώς με λιγότερες διεθνείς αφίξεις σημειώθηκαν παρόμοια έσοδα σε σύγκριση με την ΕΕ.



Διάγραμμα 11 Σύγκριση δεικτών ιατρικού τουρισμού σε Ελλάδα και ΕΕ
(Πηγή: IMTJ, Ιδία Επεξεργασία)

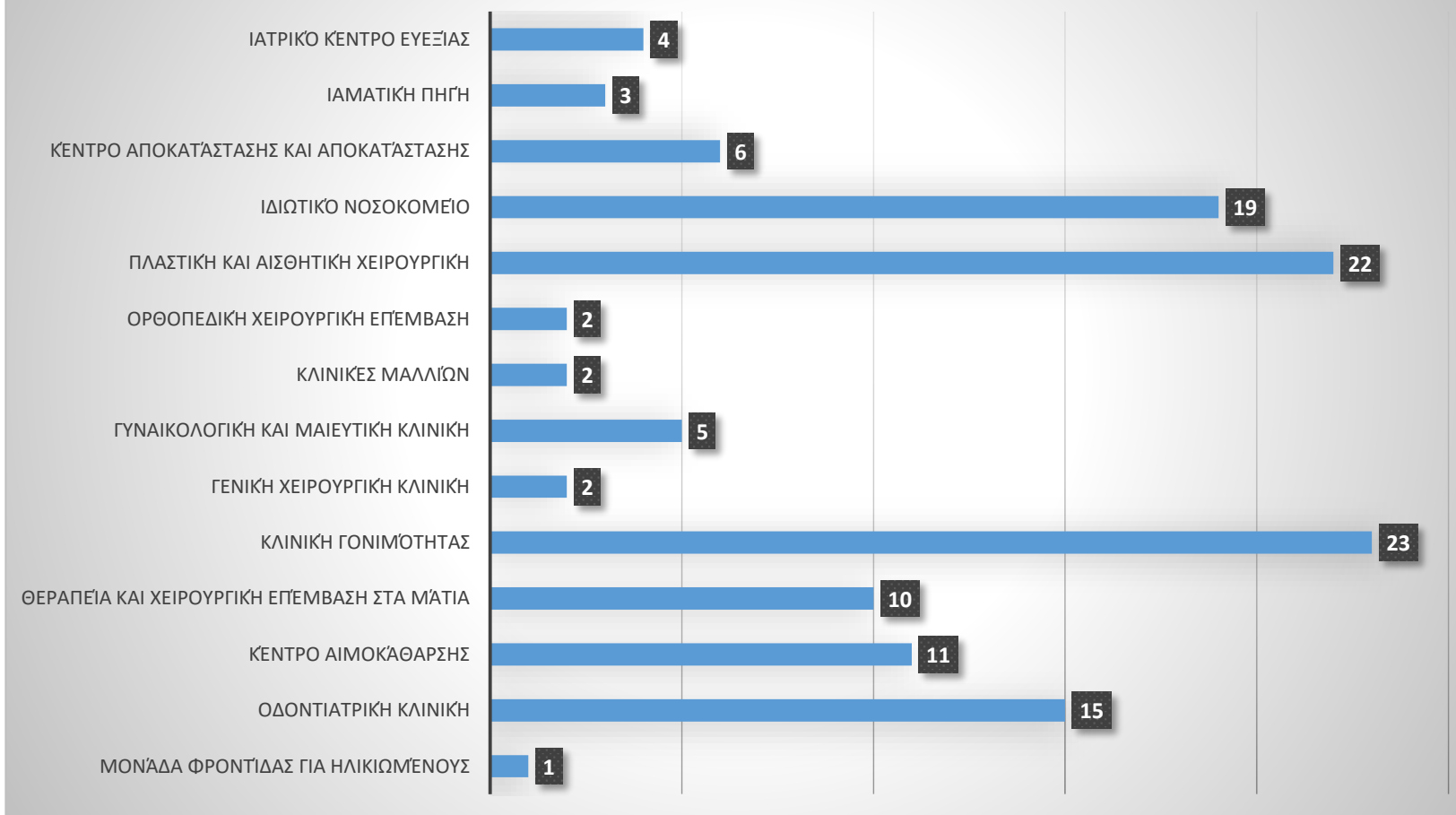
Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας θεωρήθηκε σκόπιμο να παρουσιαστούν και να αναλυθούν ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων που προσφέρουν υπηρεσίες τουριστικού τουρισμού. Συνεπώς, μέσω της ιστοσελίδας του διεθνούς οργανισμού ιατρικού τουρισμού (IMTJ) συγκεντρώθηκε ο αριθμός των συνυφασμένων ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων. Με την χρήση του QGIS γεωαναφέρθηκαν τα στοιχεία προς ανάλυση και αναλύθηκαν με βάση την απόσταση τους από τους κύριους διεθνείς αερολιμένες και την προσβασιμότητα από το κύριο εθνικό οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο.

Συνολικά ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων που προσφέρουν υπηρεσίες τουρισμού υγείας ανέρχεται στις 125 σύμφωνα με το IMTJ (δεν έχουν συμπεριληφθεί άλλες πηγές

ανάλυσης). Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 12 το 42% των κλινικών περιλαμβάνει υπηρεσίες πλαστικής και κοσμητικής ιατρικής, γονιμότητας και οδοντιατρικής. Επιπλέον, το ποσοστό των ιδιωτικών νοσοκομείων ανέρχεται στο 15% όλων των φορέων που προσφέρουν υπηρεσίες τουρισμού υγείας.

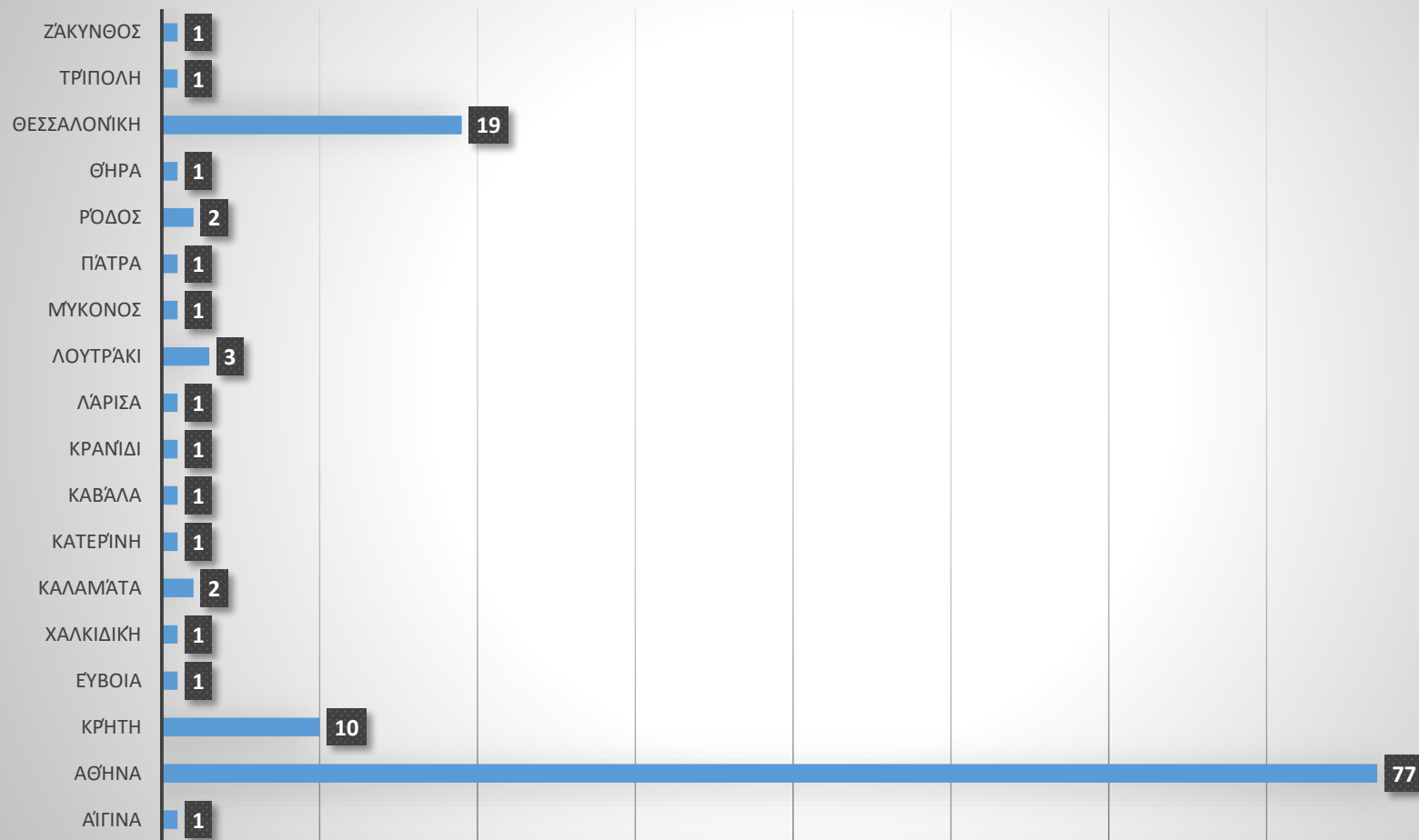
Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζεται η κατανομή των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων στα αστικά κέντρα της Ελλάδας. Πάνω από το 60% των κλινικών/νοσοκομείων βρίσκεται στην Αθήνα. Στη Θεσσαλονίκη εδρεύει το 15% και στην Κρήτη το 10% των κλινικών/νοσοκομείων. Η πυκνότητα του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων παρουσιάζεται επίσης και στο Διάγραμμα 14 (heatmap) που επιβεβαιώνει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός συγκεντρώνεται στην Αθήνα με σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες αστικές περιοχές, με την Θεσσαλονίκη να ακολουθεί.

Είδος ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων

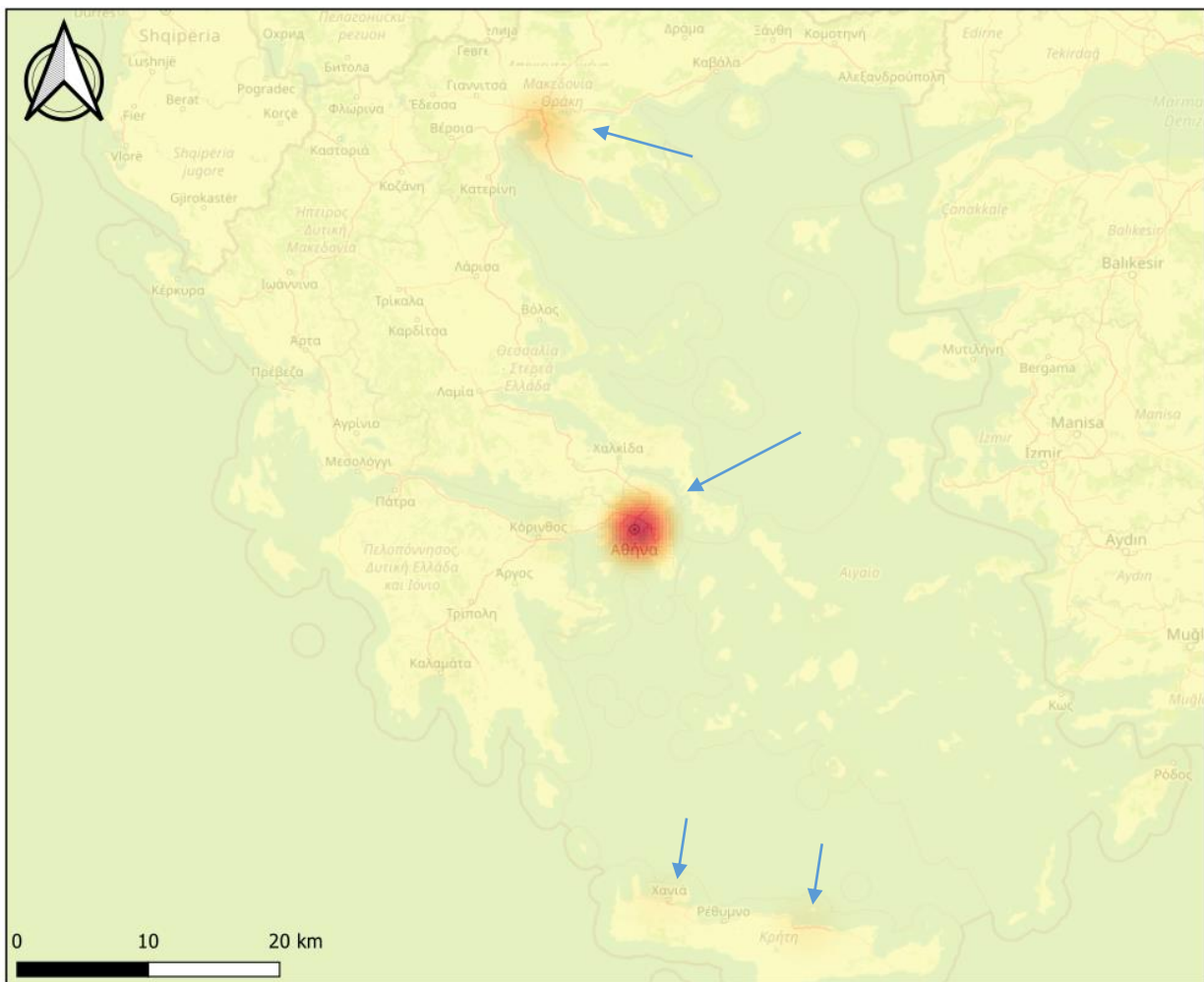


Διάγραμμα 12 Ταξινόμηση ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων ανά είδος
(Πηγή: ΙΜΤΙ, Ιδία Επεξεργασία)

Κατανομή ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων



Διάγραμμα 13 Κατανομή ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων ανά περιοχή
(Πηγή: ΙΜΤJ, Ιδία Επεξεργασία)



Διάγραμμα 14 Heatmap- πυκνότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων
(Πηγή: IMTJ, Ιδία Επεξεργασία)

Στον Πίνακα 9 και Διάγραμμα 15 και 16 παρουσιάζονται οι αποστάσεις (συναρτήσεως της χιλιομετρικής απόστασης και ταχύτητας) των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από τους κύριους διεθνείς αερολιμένες της Ελλάδος έτσι ώστε να παρουσιαστεί μια ανάλυση της χωρικής κατανομής και προσβασιμότητας στις τρεις περιφέρειες με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση κλινικών παροχής υπηρεσιών τουρισμού υγείας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Κρήτη). Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο ταξινομήθηκε το οδικό δίκτυο σε διάφορες κατηγορίες οδών και ανατέθηκε το κατάλληλο όριο ταχύτητας όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα 8.

Η μέση απόσταση των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων των τριών περιφερειών που συγκεντρώνουν τον μεγαλύτερο αριθμό των ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων είναι 15.6 λεπτά συνολικά. Αντίστοιχα για την Αθήνα είναι 17 λεπτά, για την Θεσσαλονίκη 11.4 λεπτά και για την Κρήτη 13.6 λεπτά. Συνεπώς, φαίνεται ότι η χωρική κατανομή των κλινικών/νοσοκομείων των τριών

περιφερειών μπορεί να θεωρηθεί ως αρκετά ικανοποιητική με τη μέση απόσταση τους από τους κύριους διεθνείς αερολιμένες να κυμαίνεται στα 15 λεπτά³.

Πίνακας 8 Ταξινόμηση οδικού δικτύου
(Πηγή: Ιδία Επεξεργασία)

Είδος οδού	Ταχύτητα
Αυτοκινητόδρομος	130
Εθνική οδός/Οδικός άξονας	70
Εθνική οδός/Λεωφόρος	70
Επαρχιακή οδός	50
Τοπική οδός κατοικιών	50
Τοπική οδός	50
Οδός ήπιας κυκλοφορίας	20
Αταξινόμητος δρόμος	-
Δρόμος υπηρεσιών	-
Αγροτικός δρόμος	-

Αντίστοιχα οι χάρτες των διαγραμμάτων 17 και 18 παρουσιάζουν τις ζώνες προσβασιμότητας (3 χιλιομέτρων) των κύριων εθνικών αρτηριών και του εθνικού σιδηροδρομικού δικτύου, καταδεικνύοντας έναν αρκετά ικανοποιητικό βαθμό συνδεσιμότητας της ηπειρωτικής Ελλάδας αλλά και την δυναμικότητα για προοπτικές ανάπτυξης και δημιουργίας υποδομών ικανών στο να συμβάλουν στην ελκυστικότητα του τουρισμού υγείας.

Πίνακας 9 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες
(Πηγή IMTI, Ίδια επεξεργασία)

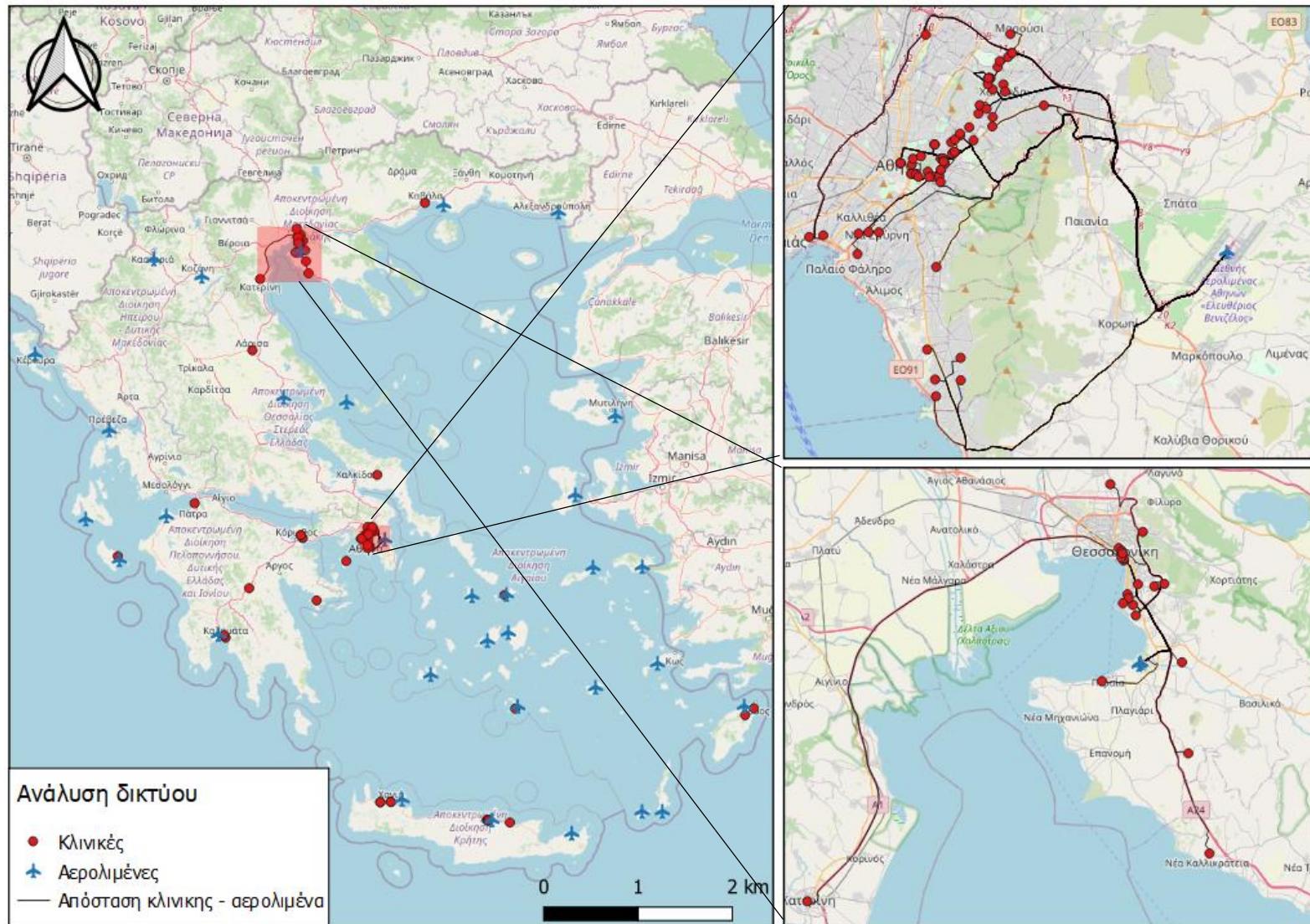
Είδος κλινικής	Ονομασία	Περιοχή	Απόσταση (λεπτά)
Οδοντιατρική κλινική	Dental Holidays Crete	Κρήτη	5.37
Κλινική γονιμότητας	Crete Fertility Centre	Κρήτη	6.40
Οδοντιατρική κλινική	Crete Implants - Contemporary Dental Rehabilitation	Κρήτη	5.58
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Daskalakis	Κρήτη	5.25
Οδοντιατρική κλινική	Gentle Οδοντιατρική κλινική Crete	Κρήτη	20.06
Κέντρο αιμοκάθαρσης	Mesogeios Dialysis Centers	Κρήτη	3.38
Κλινική γονιμότητας	Mediterranean Fertility Institute	Κρήτη	16.92
Κλινική γονιμότητας	Mediterranean Fertility Center & Genetic Services	Κρήτη	16.78
Σπα	Porto Platanias Beach Resort	Κρήτη	28.40
Οδοντιατρική κλινική	Platanias Dental Surgery	Κρήτη	28.40

³ Στην ανάλυση δικτύου (network analysis) δεν λήφθηκαν υπόψη οι χρόνοι καθυστέρησης από παράγοντες όπως η κυκλοφοριακή κίνηση, φαναριά κ.α.

Είδος κλινικής	Όνομασία	Περιοχή	Απόσταση (λεπτά)
Κλινική γονιμότητας	Embryoland IVF Center Greece	Αθήνα	15.87
Κλινική γονιμότητας	Embryogenesis	Αθήνα	15.82
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Euroclinic Children`s Hospital	Αθήνα	16.45
Κλινική γονιμότητας	Eugonia Assisted Reproduction Unit	Αθήνα	16.83
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Euromedica Provision of Healthcare Services S.A.	Αθήνα	18.63
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Eurokliniki S.A.	Αθήνα	16.65
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	EyeLid Greece	Αθήνα	11.79
Οδοντιατρική κλινική	EX.in.D.A	Αθήνα	16.08
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Gabriel Stratis	Αθήνα	18.63
ΙΑτρικό κέντρο ευεξίας	FisioKinesis	Αθήνα	17.69
Κλινική γονιμότητας	Gennima	Αθήνα	13.28
Κέντρο αιμοκάθαρσης	Hedeca Dialysis Clinic	Αθήνα	13.20
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	George J. Zambacos	Αθήνα	18.49
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Henry Dunant Hospital Center	Αθήνα	15.77
Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική	Hatzirafail	Αθήνα	16.42
Κλινική γονιμότητας	Iakentro Athens	Αθήνα	11.93
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Hygeia Group	Αθήνα	16.03
Ιδιωτικό νοσοκομείο	IASO General Hospital	Αθήνα	12.70
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Iaso Children`s Hospital	Αθήνα	12.76
Οδοντιατρική κλινική	Ioannis Kiamos	Αθήνα	18.47
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Iatropolis	Αθήνα	14.52
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Kanellopoulos	Αθήνα	16.45
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Kallifaneia	Αθήνα	22.89
Γενική Χειρουργική Κλινική	Konstantinidis Greece	Αθήνα	11.73
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Kapositas Aesthetic Clinic	Αθήνα	16.45
Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική	M.Renta	Αθήνα	23.51
Κλινική γονιμότητας	Life Clinic Athens	Αθήνα	17.63
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Mavrikakis	Αθήνα	18.16
Κλινική γονιμότητας	Marinos Tsigotis IVF	Αθήνα	15.07
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Metropolitan Hospital	Αθήνα	23.85
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Mediterraneo Hospital	Αθήνα	21.06
Κλινική γονιμότητας	emBIO Medical Centre	Αθήνα	14.61
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Aesthetic Anaplasia	Αθήνα	15.41
Κέντρο αιμοκάθαρσης	Nephrolife - Filoxenia	Αθήνα	21.14
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Surgery in Greece	Αθήνα	18.49
Κλινική γονιμότητας	Ovum Biomedical	Αθήνα	14.28

Είδος κλινικής	Όνομασία	Περιοχή	Απόσταση (λεπτά)
Κλινικές μαλλιών	Advanced Κλινικές μαλλιών	Αθήνα	17.27
Οδοντιατρική κλινική	We Love Smiles	Αθήνα	22.22
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Athens Beverly hills Medical Group	Αθήνα	17.69
Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική	Antoniou Konstantinos	Αθήνα	11.73
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Athens Eye Hospital	Αθήνα	19.83
Ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση	Athens Bone & Joint Reconstruction Centre	Αθήνα	17.14
Κλινική γονιμότητας	Athens IVF Center	Αθήνα	14.75
Ιατρικό κέντρο ευεξίας	Athens Vita Veritas	Αθήνα	16.33
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Athens Vision	Αθήνα	22.20
Κλινικές μαλλιών	Bergmann Kord	Αθήνα	13.25
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Back Care Network	Αθήνα	16.03
Κλινική γονιμότητας	BioDIMIOURGIA	Αθήνα	16.03
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Best Cosmetic Greece	Αθήνα	19.07
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Center of Foot and Ankle Disorders	Αθήνα	19.71
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Center of Clinical & Surgical Ophthalmology	Αθήνα	19.07
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Christina Taki	Αθήνα	18.49
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Central Clinic of Athens	Αθήνα	18.67
Οδοντιατρική κλινική	Cosmetic Dental Center	Αθήνα	17.86
Ιδιωτικό νοσοκομείο	City Clinic	Αθήνα	18.32
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Doctor Athanasios Skouras	Αθήνα	18.56
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Cosmetic Derma Medicine Greece	Αθήνα	19.07
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Dr Constantine Vlassopoulos	Αθήνα	17.79
Ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση	Dousias Orthopaedics	Αθήνα	18.87
Γενική Χειρουργική Κλινική	Dr. N. Ballian Γενική Χειρουργική Κλινική	Αθήνα	17.37
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Dr Stavropoulou Vaso	Αθήνα	16.45
Κέντρο αιμοκάθαρσης	Neogenesis IVF Centre	Αθήνα	13.85
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Morphe	Αθήνα	15.55
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Ophthalmos S.A.	Αθήνα	17.69
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Ofthalmoplastiki	Αθήνα	19.07
Ιατρικό κέντρο ευεξίας	Regen	Αθήνα	14.35
Οδοντιατρική κλινική	Perio-es denta treatment	Αθήνα	24.24

Είδος κλινικής	Όνομασία	Περιοχή	Απόσταση (λεπτά)
Κλινική γονιμότητας	Serum Biomedical Institute	Αθήνα	16.32
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Safe Surgery	Αθήνα	16.03
Οδοντιατρική κλινική	Theodoros Trakas Dental	Αθήνα	16.83
Ιατρικό κέντρο ευεξίας	Symmetria	Αθήνα	13.79
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	V.Stavropoulou	Αθήνα	16.45
Οδοντιατρική κλινική	Tselios Dental Care Clinic	Αθήνα	13.59
Οδοντιατρική κλινική	YourSmile DentalCare	Θεσσαλονίκη	45.61
Κλινική γονιμότητας	EmbryoClinic	Θεσσαλονίκη	6.23
Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας	Arogi Euromedica	Θεσσαλονίκη	10.51
Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας	Armonia Rehabilitation Center	Θεσσαλονίκη	10.25
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Dr Christoforidou Aesthetic Surgery Centre	Θεσσαλονίκη	11.65
Κλινική γονιμότητας	BIOGENESIS	Θεσσαλονίκη	7.07
Ιδιωτικό νοσοκομείο	European Interbalkan Medical Center	Θεσσαλονίκη	11.20
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Dr.Stam Plastic Surgery Clinic	Θεσσαλονίκη	9.81
Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική	GENESIS Hospital	Θεσσαλονίκη	9.35
Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας	Evexia Rehabilitation Center	Θεσσαλονίκη	16.91
Κλινική γονιμότητας	Thessaloniki IVF Center	Θεσσαλονίκη	6.49
Κλινική γονιμότητας	Iakentro Thessaloniki	Θεσσαλονίκη	7.31
Κέντρο αιμοκάθαρσης	Nefrologiki Thessalonikis Dialysis Clinic	Θεσσαλονίκη	9.14
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Ophthalmica	Θεσσαλονίκη	7.41
Κλινική γονιμότητας	Newlife Center of Reproductive Medicine	Θεσσαλονίκη	5.90
Θεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα μάτια	Protipo Ofthalmiatrio Thessalonikis	Θεσσαλονίκη	10.27
Πλαστική και αισθητική χειρουργική	Papaioannou Plastic Surgery	Θεσσαλονίκη	7.00
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Saripanidis	Θεσσαλονίκη	7.60
Ιδιωτικό νοσοκομείο	Sarafianos Ιδιωτικό νοσοκομείο	Θεσσαλονίκη	10.90
Οδοντιατρική κλινική	Smile Clinic Greece	Θεσσαλονίκη	16.95



Διάγραμμα 15 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες (Αθήνα – Θεσσαλονίκη)
(Πηγή: Ιδία Επεξεργασία)

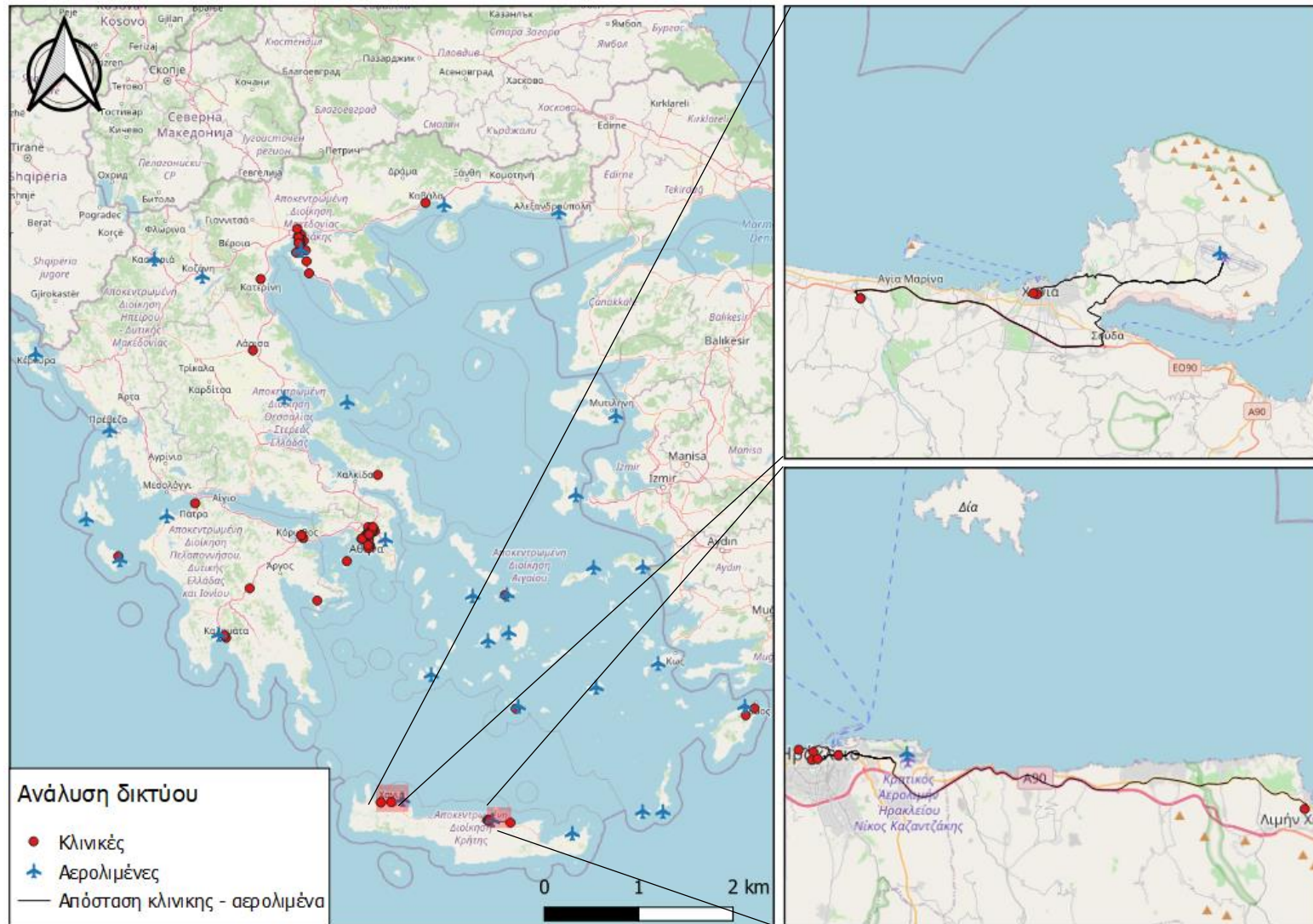
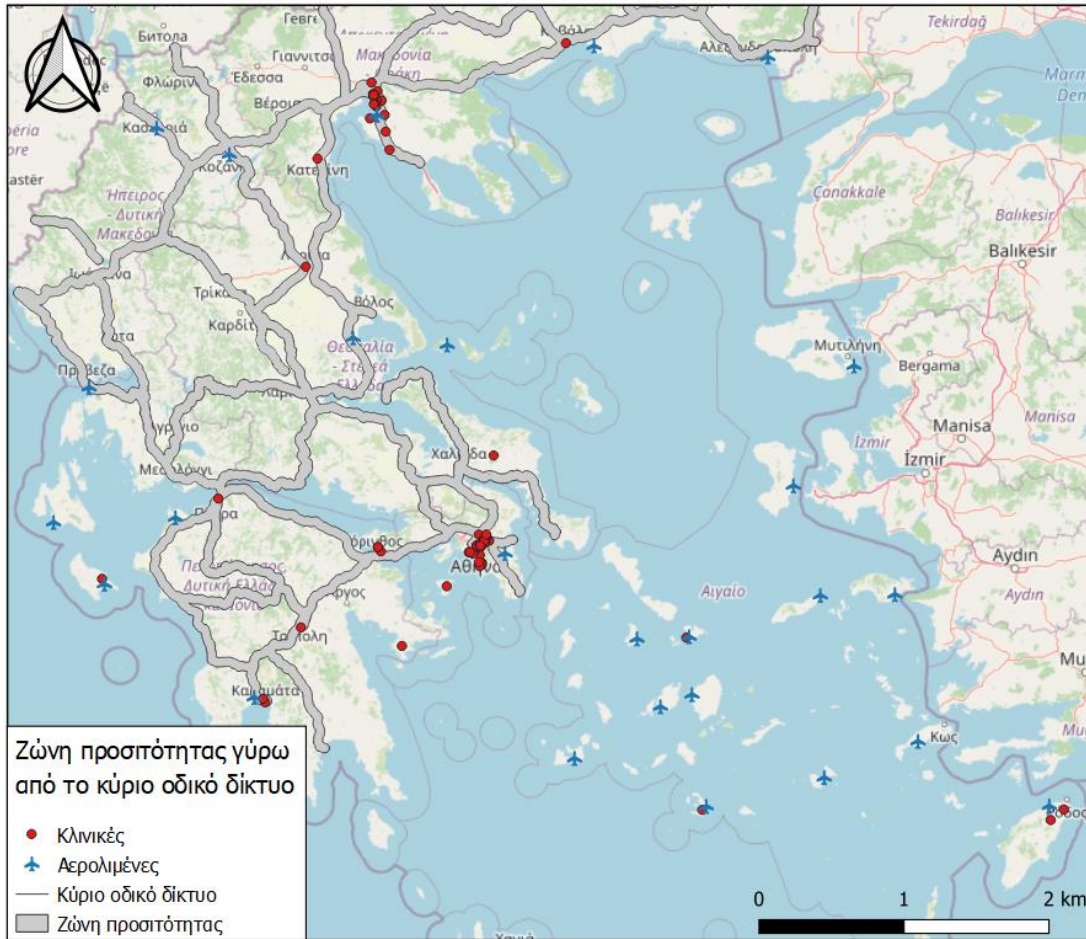
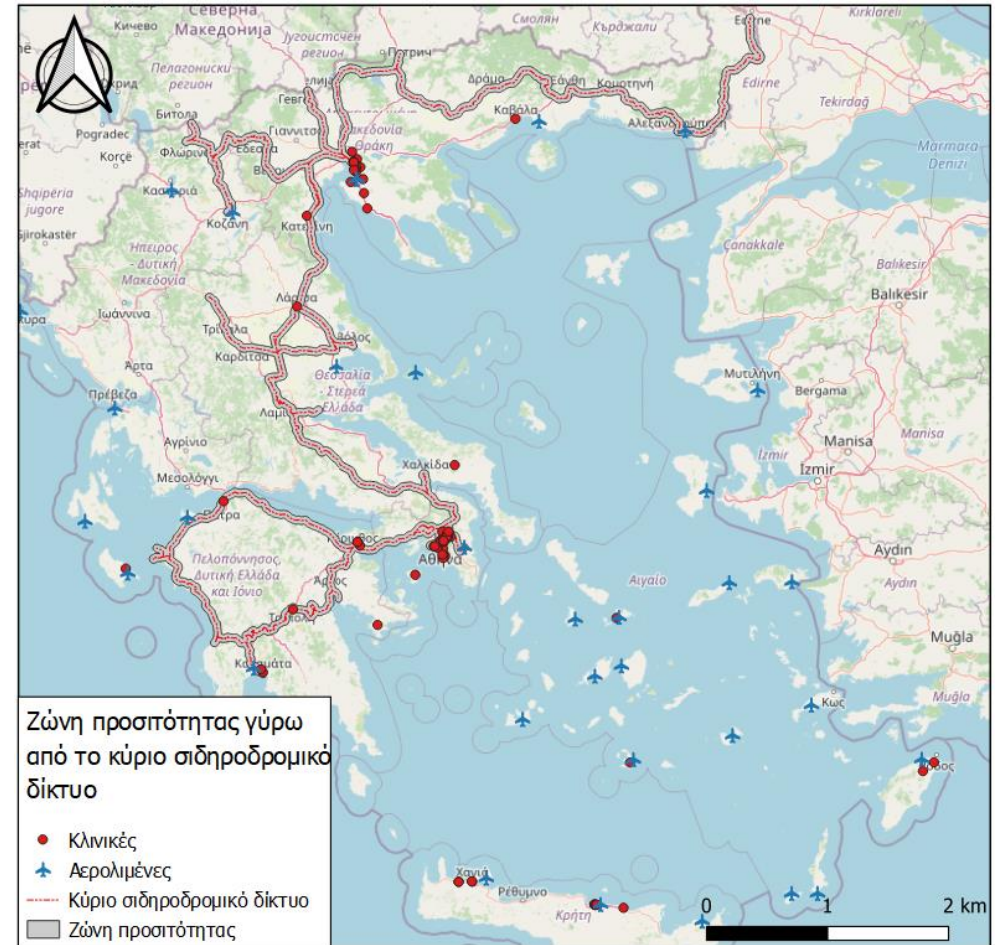


Figure 16 Αποστάσεις ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων από διεθνείς αερολιμένες (Κρήτη)
(Πηγή: Ιδία Επεξεργασία)



Διάγραμμα 17 Προσβασιμότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων μέσω κύριου οδικού δικτύου
(Πηγή: Ίδια Επεξεργασία)



Διάγραμμα 18 Προσβασιμότητα ιδιωτικών κλινικών/νοσοκομείων μέσω κύριου σιδηροδρομικού δικτύου
(Πηγή: Ίδια Επεξεργασία)

4.4.1 Εθνικές και περιφερειακές πολιτικές

Σε εθνικό επίπεδο, υπάρχουν και υπήρξαν πολλές τουριστικές στρατηγικές που αναφέρονται στον τουρισμό υγείας ως στρατηγικό τουριστικό προϊόν, προτεραιότητα, θεματικός τομέας, επενδυτική ευκαιρία κ.λπ. Η σημασία αυτού του υποτομέα του τουρισμού ήταν πάντα αναγνωρισμένη στις εθνικές τουριστικές πολιτικές χωρών όπως η Αλβανία, η Ανδόρα, η Βοσνία-Ερζεγοβίνη, η Βουλγαρία, η Κροατία, η Κύπρος, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Λετονία, Λιθουανία, η πΓΔΜ, το Μονακό, το Μαυροβούνιο, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία, η Σερβία, η Σλοβενία, η Σλοβακία και η Τουρκία. Αρκετές χώρες αναφέρονται επίσης στον τουρισμό υγείας στις εθνικές τους πολιτικές για την υγεία. Τέλος, ορισμένες χώρες όπως η Κύπρος και η Ελλάδα έχουν (ή είχαν) συγκεκριμένες εθνικές στρατηγικές τουρισμού υγείας.

Έρευνα της PwC (2014) αναφέρει ότι ο τουρισμός υγείας θα μπορούσε επίσης να αναπτυχθεί ώστε η Ελλάδα να αποτελέσει κέντρο για παροχή υπηρεσιών υγείας στην Νότιο Ευρώπη, την Τουρκία και τις Αραβικές χώρες. Στοχεύοντας στην παροχή υπηρεσιών υγείας κυρίως στις μεσαίες κοινωνικά τάξεις, η Ελλάδα μπορεί να επωφεληθεί από την προσφορά ιατρικού δυναμικού υψηλών προδιαγραφών συγκριτικά με τα αντίστοιχα των γειτονικών κρατών (Βαλκάνια, Μέση Ανατολή και Αραβία). Επιπρόσθετα, η έλλειψη νομικών περιορισμών στην δημιουργία ιδιωτικών κλινικών σε συνδυασμό με τις ιαματικές πηγές, αλλά και την υψηλή προσφορά διαθέσιμων εγκαταστάσεων είναι σε θέση να μετατρέψουν αρκετές περιοχές της Ελλάδας σε πόλους παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας.

Φυσικά, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των πολιτικών τουρισμού υγείας των παρόντων και των υποψήφιων κρατών μελών της ΕΕ μεταξύ άλλων, με τον συγκεκριμένο τύπο τουριστών που η χώρα προσελκύει ή θα ήθελε να προσελκύσει. Παρ' όλα αυτά, πολλές από τις στρατηγικές έχουν επαναλαμβανόμενες φιλοδοξίες ή/και δράσεις, όπως:

- Εξασφάλιση της συνολικής ποιότητας του τουρισμού υγείας. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικές εγκαταστάσεις και εγκαταστάσεις ευεξίας, υπηρεσίες και προσωπικό, καθώς και προσφορά καταλυμάτων και αναψυχής. Τα ποιοτικά κριτήρια που έχουν προταθεί και αυτά που έχουν εγκριθεί περιλαμβάνουν:

1. προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων ·
2. επιθεωρήσεις και (ελάχιστα) πρότυπα ·
3. αδειοδότηση και πιστοποίηση ·
4. (διεθνής) διαπίστευση και

5. σχόλια ικανοποίησης πελατών.

Για παράδειγμα, στην Αυστρία, τη Βουλγαρία, την Κροατία, την Κύπρο, την Ιρλανδία και την Τουρκία, οι εθνικές στρατηγικές για τον τουρισμό επισημαίνουν αυτά τα ποιοτικά κριτήρια και τρόπους για τη διατήρησή τους. Δίνεται έμφαση στην ανάγκη για τη βελτίωση (εκσυγχρονισμό και επέκταση) του τουρισμού υγείας σε χώρες όπως η Κροατία, η Κύπρος, η Πορτογαλία και η Σλοβακία. Σε όλες αυτές τις στρατηγικές, η προσέλκυση μεγαλύτερης (ιδιωτικής) επένδυσης θεωρείται ως προϋπόθεση για την επίτευξη της βελτίωσης.

• Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ υγειονομικής περίθαλψης και ευεξίας, στέγασης και παροχών ψυχαγωγικών υπηρεσιών και πολλών άλλων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Δημιουργήθηκαν ομάδες ή/και δίκτυα για τον τουρισμό υγείας (π.χ. στην Ουγγαρία, τη Λετονία, τη Ρουμανία και την Ισπανία) με τη συμμετοχή φορέων όπως:

1. κεντρικές και τοπικές δημόσιες αρχές ·
2. νοσοκομεία, κλινικές, γιατροί, ιατρικές σχολές ·
3. ερευνητικά ιδρύματα ·
4. ταξιδιωτικοί πράκτορες, ξενοδοχεία, εστιατόρια ·
5. προμηθευτές εξοπλισμού και συσκευών ·
6. οικονομικοί φορείς κ.λπ.

Αυτές οι ομάδες και τα δίκτυα απασχολούνται κυρίως με την από κοινού προώθηση του τουρισμού υγείας και βελτίωσης της ποιότητας. Για παράδειγμα, το Πολωνικό Σχέδιο Ανάπτυξης Τουρισμού το 2020 τονίζει την ανάγκη ενίσχυσης της συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Αθλητισμού και Τουρισμού και το Υπουργείο Υγείας, καθώς και φορέων περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης και τουριστικών οργανώσεων. Επιπλέον, η εθνική στρατηγική για τον τουρισμό της Πορτογαλίας τονίζει την ανάγκη συμμετοχής οργανισμών όπως της εθνικής αρχής τουρισμού, το Υπουργείο Υγείας, των δήμων, των τουριστικών περιφερειών, των επιχειρηματικών ενώσεων και των εμπορικών τουριστικών ενώσεων.

• Η πραγματοποίηση διαφημιστικών εκστρατειών τουρισμού υγείας, με στόχο την προσέλκυση περισσότερων τουριστών. Αυτοί οι τύποι εκστρατειών ξεκίνησαν στην Κύπρο, το Μονακό και την Τουρκία μεταξύ άλλων χωρών. Περιλάμβαναν:

1. έντυπο υλικό και έντυπες διαφημίσεις ·
2. ηλεκτρονική προώθηση ·
3. εργαστήρια και συνέδρια ·
4. πρεσβευτές και διαμεσολαβητές ·
5. συνεργασίες και δικτύωση και

6. τη δημιουργία μιας εταιρικής ταυτότητας τουρισμού υγείας.

Επιπλέον, αρκετές χώρες προσπαθούν να ενθαρρύνουν τη δράση του ιδιωτικού τομέα ή/και των επενδύσεων χρησιμοποιώντας μέτρα προώθησης (π.χ. Ανδόρα, Τουρκία), συμπεριλαμβανομένης της παρουσίασης επενδυτικών ευκαιριών (π.χ. Μονακό).

- Προσδιορισμός περιοχών που πρέπει να επικεντρωθούν στον τουρισμό υγείας ή σε συγκεκριμένους υποτομείς του, οδηγεί σε εξειδίκευση και διαφοροποίηση. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την περιοχή Jurmala στη Λετονία, το Gozo στη Μάλτα και διάφορες περιοχές της Λιθουανίας και της Πορτογαλίας.

1. Η περιοχή Jurmala παρέχει εγκαταστάσεις λασπόλουτρων και μεταλλικού νερού, και στα πλαίσια της αναπτυξιακής στρατηγικής του τουρισμού αυτής της περιοχής στη Λετονία (2007-2018) έχει μεγάλη σημασία σχετικά με δημόσιες και ιδιωτικές δράσεις για την προώθηση και την υποστήριξη του τουρισμού υγείας.
2. Η τουριστική πολιτική για τα νησιά της Μάλτας για την περίοδο 2012-2016 ανέφερε ότι το Gozo θα προωθηθεί ως προορισμός για μετεγχειρητική και διακοπές αναρρωτικής θεραπείας.
3. Το Λιθουανικό Πρόγραμμα Τουριστικής Ανάπτυξης 2014-2020 προσδιόρισε τις περιοχές του Βίλνιους, την παράκτια περιοχή, τα πεδινά Nemunas, το νότιο Dzūkija, την Ανατολική Aukštaitija και τα χάιλαντς Žemaitija ως περιοχές που είναι ιδιαίτερα ώριμες για τουριστική ανάπτυξη.
4. Τέλος, στην Πορτογαλία, οι περιοχές της Μαδέρας και των Αζορών, το Πόρτο Norte και το Centro προσδιορίζονται ως περιοχές προτεραιότητας για τον τουρισμό υγείας και ευεξίας. Η «Εθνική Στρατηγική Τουρισμού 2006-2015» προσδιόρισε ένα επίκεντρο για κάθε περιοχή (π.χ. εξωτική εμπειρία σε συνδυασμό με φυσική ομορφιά στις Αζόρες) και προτεινόμενες στρατηγικές και δράσεις.

- Προσαρμογή της νομοθεσίας που αφορά, για παράδειγμα, τη διασυνοριακή κινητικότητα των ασθενών, τόσο με υποχρεώσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ιδιοκτητών των θερέτρων όσο και με επενδύσεις. Στη Λετονία, για παράδειγμα, ένα νέο νομικό πλαίσιο για τους ιδιοκτήτες των θερέτρων εκπονήθηκε το 2012. Αυτό καθιέρωσε μια διαδικασία για μια τοπική αρχή να υποβάλει αίτηση για τη χορήγηση άδειας θέρετρου και μέσω της διαδικασίας σχεδιασμού χωρικής ανάπτυξης υποβαλλόταν έκθεση για την ανάπτυξη κάποιου θερέτρου και σχετικούς δείκτες ποιότητας και περιβάλλοντος. Μέχρι το τέλος του 2015, εγκρίθηκαν δύο θέρετρα: Jurmala και Liepaja.

- Κατανομή κρατικών προϋπολογισμών στον τουρισμό υγείας ή στους τρεις υποτομείς του και δράσεις απόκτησης ευρωπαϊκής χρηματοδότησης για έργα τουρισμού υγείας. Στην Κύπρο, για

παράδειγμα, υπήρχε η φιλοδοξία να σχηματιστεί και να αναπτυχθεί ένας ανοιχτός διάλογος μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Γραφείου Προγραμματισμού για να εξασφαλιστεί ευρωπαϊκή χρηματοδότηση για έργα υγειονομικής περίθαλψης.

- Προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των απαραίτητων ενεργειών για τη χρήση του τουρισμού υγείας για την τόνωση του τουρισμού κατά τη χαμηλή περίοδο κινητικότητας, π.χ. δημιουργώντας ειδικές προσφορές κατά τη διάρκεια του χειμώνα (όπως στο Μονακό) ή/και δημιουργώντας μια ποικιλία προσφορών κατάλληλων για όλο το χρόνο»(όπως στη Σλοβακία).

Ένα συγκεκριμένο ζήτημα σχετικά με τις εθνικές πολιτικές είναι το οικονομικό και νομικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν οι διαμεσολαβητές του τουρισμού υγείας. Παρά την ευρωπαϊκή οδηγία 2011/24/ΕΕ, τα οικονομικά και νομικά πλαίσια διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών. Για παράδειγμα σε σχέση στον τουρισμό spa, αναφορικά με τις θεραπείες και την παροχή ευεξίας, υπάρχει περιορισμένος αριθμός κρατών μελών που αποζημιώνουν τις θεραπείες spa. Άλλες διαφορές μεταξύ οικονομικού και νομικού πλαισίου εντός των χωρών είναι θεραπείες που μπορεί να καλύπτονται ή και να μην καλύπτονται από ασφάλειες, ΦΠΑ (σε ορισμένες χώρες δεν καταβάλλεται τίποτα και σε άλλες 20-25%) και τη νομοθεσία για τις θεωρήσεις. Η ανταλλαγή δεδομένων μπορεί επίσης να είναι προβληματική. Τέλος, οι νομικές απαιτήσεις για ιαματικά λουτρά, όπως για την υγιεινή και την εργασία, διαφέρουν επίσης ανά χώρα. Αυτές οι διαφορές μπορούν να αποδοθούν στις πολλές ευαισθησίες μεταξύ των εθνικών πολιτικών συμφερόντων, τα δικαιώματα των πολιτών / ασθενών και την οδηγία 2011/24/ΕΕ.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, εκτός από τις πολιτικές της ΕΕ για την κινητικότητα των ασθενών στο νομικό πλαίσιο της οδηγίας 2011/24/ΕΕ, υπάρχουν ελάχιστες ή καθόλου ρητές αναφορές στον τουρισμό υγείας και στα τρία στοιχεία του (ιατρικός, ευεξίας και τουρισμός spa) αναφορικά με τις πολιτικές της ΕΕ. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει τακτικά έργα που σχετίζονται με τον τουρισμό υγείας και αυτά τα έργα είναι επιλέξιμα από την ΕΕ για χρηματοδότηση από το ΤΕΠΑ.

Σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, οι πολιτικές τουρισμού υγείας είναι μάλλον κοινές. Ορισμένα θέματα των πολιτικών αυτών που προκύπτουν:

- εγγύηση (και βελτίωση) της ποιότητας της προσφοράς τουρισμού υγείας ·
- υποστήριξη της συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων ·
- ανάπτυξη και εφαρμογή διαφημιστικών εκστρατειών.
- εστίαση στην περιφερειακή εξειδίκευση ·
- εισαγωγή και προσαρμογή της νομοθεσίας ·
- αποτελεσματική κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού για έργα τουρισμού υγείας και
- χρήση του τουρισμού υγείας για την τόνωση του τουρισμού στη χαμηλή περίοδο κινητικότητας.

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι εθνικές πολιτικές και οι ευρωπαϊκοί άξονες που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα στα πλαίσια του τουρισμού υγείας

Πίνακας 10 Πολιτικές τουρισμού υγείας στην Ελλάδα
(Πηγή: European Parliament's Committee on Transport and Tourism, Ιδία επεξεργασία)

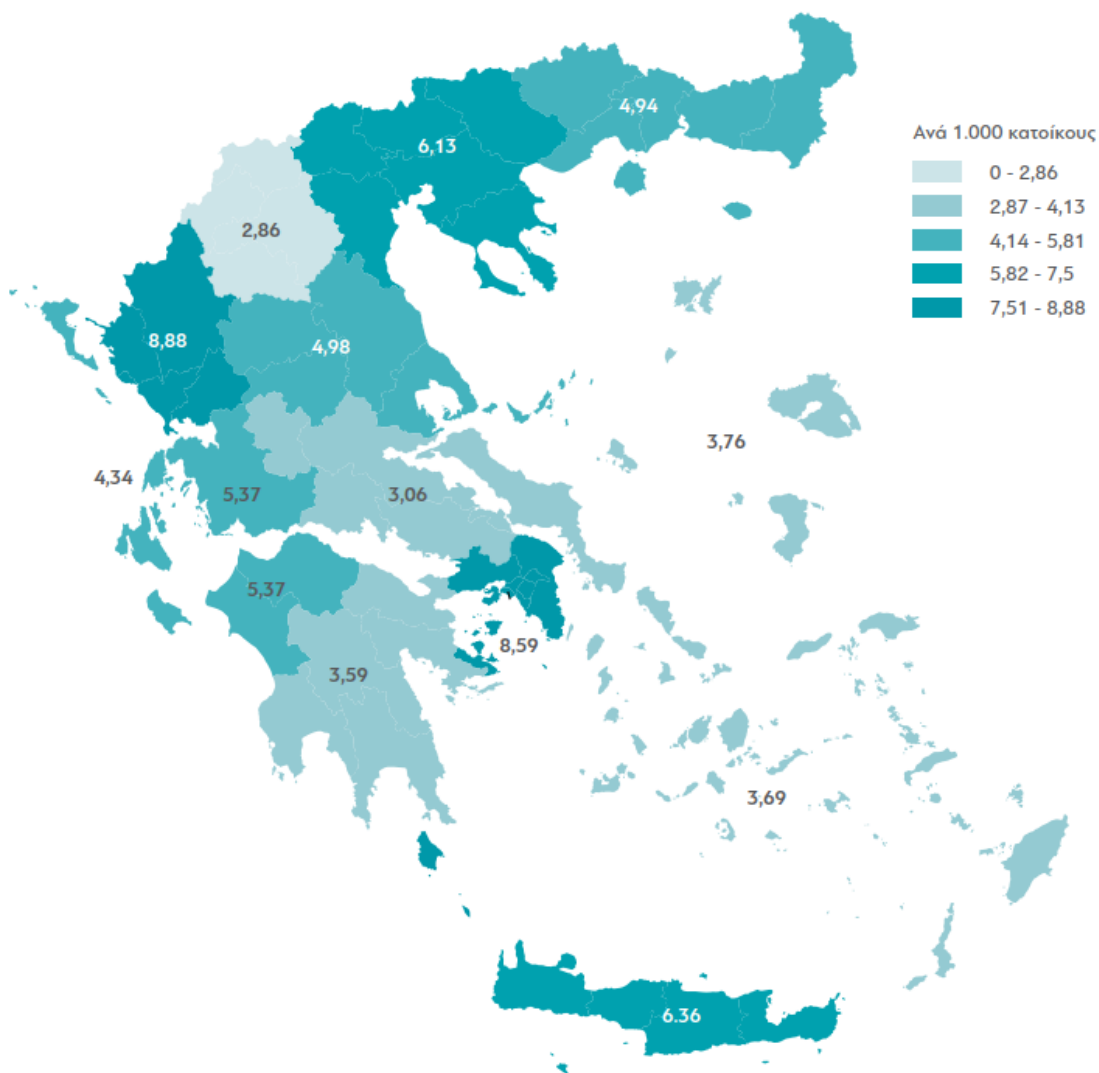
Περιγραφή	Επίπεδο πολιτικής	Περίοδος
Το 2012, αναπτύχθηκε η Ελληνική Εθνική Στρατηγική Τουρισμού Υγείας. Ο απώτερος στόχος ήταν η ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης, επίσημης εθνικής στρατηγικής και τη δημιουργία ομάδων για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και τις επιχειρήσεις που εντάσσονται σε κάθε πτυχή του, θεραπευτικού, οδοντιατρικού, ιατρικού και τουρισμού ευεξίας συμπεριλαμβανομένου ενός περιεκτικού νόμου-πλαισίου για τον τουρισμό υγείας.	Εθνικό	Από το 2012
Η χρηματοδότηση του ΤΕΠΑ και του ΕΚΤ διατίθεται στην Ελλάδα για την προώθηση του τουρισμού υγείας και ευεξίας, την αύξηση της προσφοράς υπηρεσιών, την παράταση της ενεργού σεζόν και την επίτευξη βελτίωσης της ποιότητας που είναι βασισμένο στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανταγωνιστικότητας, Επιχειρηματικότητας και Καινοτομίας. Μεταξύ 2007 και 2013, η χρηματοδότηση από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα βελτίωσης της προσβασιμότητας (ERDF και CF) χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επαγγελματιών του ιατρικού τομέα, την υποστήριξη ιδιωτικών επενδύσεων στον τουριστικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων σχεδίων για ενίσχυση και υποστήριξη της του τουρισμού υγείας, και την ανάπτυξη κέντρων τουρισμού υγείας.	Ευρωπαϊκή Ένωση	2014-2020
Το πρόγραμμα «IT τουρισμός Spa» υποστήριξε την υγεία, τον τουρισμό και τον πολιτισμό στα ελληνοβουλγαρικά σύνορα δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής για τον τουρισμό spa και τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας. Αυτό επέτρεψε στους δήμους να προσφέρουν ιαματικές πηγές και να λειτουργούν ως κέντρα τουρισμού υγείας με ολοκληρωμένες υπηρεσίες και	Ευρωπαϊκή Ένωση	2007-2013

Περιγραφή	Επίπεδο πολιτικής	Περίοδος
<p>παροχές με online κρατήσεις και κριτικές πελατών, με σκοπό την προσέλκυση περισσότερων τουριστών, συμπεριλαμβανομένων αυτών του εξωτερικού. Αυτό το έργο χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από την ΕΕ. Η συνολική επένδυση για το έργο ήταν 1.578.868 € εκ των οποίων συνέβαλε το ΤΕΠΑ με 1.342.038 € από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ελλάδα - Βουλγαρία» για την περίοδο 2007-2013.</p>		

Αναφορικά με τον τουρισμό υγείας, οι γεωγραφικές ανισότητες συνιστούν πρόκληση για την προσβασιμότητα. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των γιατρών (Διάγραμμα 19). Η πυκνότητα των γιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1.000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1.000 κατοίκους στην Αττική. Παρότι παρασχέθηκαν ορισμένα (οικονομικά) κίνητρα σε γιατρούς που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν αποδείχτηκαν επαρκή για την πρόσληψη και την παραμονή προσωπικού σε αυτές τις περιοχές. Το καινοτόμο έργο του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής, που συγχρηματοδοτείται από την Ευρώπη, επιχειρεί να αξιοποιήσει τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής για την προσέγγιση ασθενών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (ΙΚΠΙ, 2019).

Επιπλέον η έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας αποτελεί τροχοπέδη στην ανάπτυξη του τουρισμού υγείας. Τυπικοί δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν είναι διαθέσιμοι στην Ελλάδα. Παρότι υπάρχουν επιτροπές ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία επιφορτισμένες να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας (ΙΚΠΙ, 2019).

Ορισμένοι εθνικοί φορείς ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά εστιάζουν κυρίως σε ρυθμιστικές δραστηριότητες και όχι τόσο στην εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας. Ένα ζήτημα που προκαλεί αυξανόμενη ανησυχία είναι τα υψηλά ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σύμφωνα με μελέτες, τα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση συσκευών στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι υψηλά, ενώ μεγάλη είναι και η διαφοροποίηση μεταξύ νοσοκομείων όσον αφορά τον συνολικό αριθμό των περιστατικών λοιμώξης (κυμαίνονται από 230 έως 450 ανά μήνα) (ΙΚΠΙ, 2019).



Διάγραμμα 19 Η Κατανομή Των Γιατρών Στην Ελλάδα (2015)
(Πηγή: Eurostat, 2015)

4.5 SWOT Ανάλυση

Η Swot Analysis, θεωρείται ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο αναλύει το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον μιας επιχείρησης ή ενός κλάδου. Κατά την ανάλυση SWOT, μελετώνται οι Δυνάμεις (Strengths) και Αδυναμίες (Weaknesses) σημεία μίας επιχείρησης, οργανισμού, περιοχής ή κλάδου, καθώς και οι Ευκαιρίες (Opportunities) και Απειλές (Threats) που υπάρχουν. Έτσι είναι ευκολότερα κατανοητές οι δυνατότητες, που μπορούν να μετατραπούν σε ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα, και οι αδυναμίες, με αποτέλεσμα την καλύτερη δυνατή διαχείριση των απειλών που μπορεί να ανακύψουν. Σύμφωνα με Έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Mainil et al, 2017) παρουσιάζει την Swot Analysis στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 11 SWOT ανάλυση

<p>Δυνάμεις</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες είναι κορυφαίοι διεθνείς προορισμοί. • Μακρά παράδοση στους τομείς του τουρισμού υγείας και ιδιαίτερα του ιαματικού τουρισμού και του τουρισμού ευεξίας. • Η διαφοροποίηση του φυσικού περιβάλλοντος και των πόρων. • Ανεπτυγμένες τουριστικές υποδομές, καλά μέσα μεταφοράς και πολλά τουριστικά αξιοθέατα. • Πολλές ιαματικές πηγές. • Υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. • Η οδηγία 2011/24/ΕΕ που διευκολύνει την κινητικότητα ασθενών και κεφαλαίων. 	<p>Αδυναμίες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός τουρισμού υγείας και των επιμέρους τομέων του. • Έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων σε ροές και έσοδα. • Η αγορά σε μεγάλο βαθμό χωρίς θεσμικές ευρωπαϊκές ρυθμίσεις, με αποτέλεσμα να υφίστανται σημαντικές διαφορές ποιότητας και ασφάλειας. • Πολλές εθνικές νομοθεσίες δεν έχουν εναρμονιστεί ακόμα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ. • Η συνεργασία μεταξύ προορισμών και εμπλεκόμενων φορέων είναι ανεπαρκής. • Ανεπαρκής είναι και η προβολή – διαφήμιση εντός της Ευρώπης. • Ορισμένες εγκαταστάσεις δεν εκσυγχρονίζονται εγκαίρως και επαρκώς.
<p>Ευκαιρίες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η διάθεση σημαντικού ποσοστού (49%) των πολιτών της Ευρώπης να ταξιδέψει σε άλλη χώρα για ιατρική θεραπεία. • Η χρήση νέων τεχνολογιών επικοινωνίας - πληροφόρησης – προβολής. • Η παγκόσμια ανάπτυξη του τουρισμού. • Η γήρανση του πληθυσμού και η ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας. • Η αυξανόμενη προτεραιότητα των πολιτών για τα θέματα υγείας και ευεξίας. • Η δημιουργία Κέντρων Αριστείας για ορισμένες παθήσεις. 	<p>Απειλές</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η έλλειψη ευαισθητοποίησης του κοινού και η ελλιπής γνώση των ευκαιριών που παρέχει η οδηγία 2011/24/ΕΕ. • Η αρνητική δημοσιότητα που προκαλείται από χώρες που δεν ρυθμίζουν και δεν ελέγχουν επαρκώς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. • Η ανησυχία πολλών χωρών για μαζική χρήση υπηρεσιών υγείας άλλων χωρών, γεγονός που θα επιφέρει επιπρόσθετα υγειονομικά κόστη. • Η επιτάχυνση της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών.

<ul style="list-style-type: none">• Η ανακαίνιση μεγάλου αριθμού παλαιών εγκαταστάσεων ιαματικού τουρισμού και τουρισμού ευεξίας.• Η συνεργασία τουριστικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες υγείας.	<ul style="list-style-type: none">• Το ανεπαρκές σύστημα πιστοποίησης κυρίως για τους μη ιατρικούς παρόχους.• Η έλλειψη τεχνογνωσίας για την αξιολόγηση της υγείας των τουριστών από τους ΤΟ και τα ταξιδιωτικά γραφεία.• Εστίες πολιτικής αστάθειας, τοπικών πολέμων και τρομοκρατικών ενεργειών.
---	--

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα

Ο όρος τουρισμός υγείας είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα στην ελληνική πραγματικότητα. Όλες αυτές οι διασυνοριακές και διεθνικές ιατρικές πρακτικές, οι οποίες απευθύνονται σε διεθνείς ασθενείς, δεν μπορούν να είναι μέρος της έννοιας του κλασσικού τουρισμού. Ασθενείς που έρχονται για ιατρικές θεραπείες στην Ελλάδα δεν μπορούν να θεωρηθούν ως τουρίστες, λόγω του επώδυνου μέρους των ιατρικών υπηρεσιών, σε σύγκριση με την ευχάριστη εμπειρία των διακοπών. Ωστόσο, μια ιατρική εμπειρία στην Ελλάδα θα μπορούσε να αποβεί ως θετική, εάν ένα ολιστικό πακέτο προσφέρεται στους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης κάθε λεπτομέρειας και ρύθμισης ολόκληρου του ταξιδιού. Μεγάλες ιδιωτικές κλινικές στο εξωτερικό, έχουν το δικό τους διεθνές τμήμα που φροντίζει όλες τις διαδικασίες που απαιτούνται πριν και μετά την αναχώρηση του ασθενούς. Στη περίπτωση της Ελλάδας, όπου δεν υπάρχει επιχειρηματικό μοντέλο για περαιτέρω ανάπτυξη του τουρισμού υγείας, υπάρχουν μερικά αρχικά σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη προτού καθιερωθεί οποιαδήποτε στρατηγική.

Συγκεκριμένα, αυτό που χρειάζεται η Ελλάδα είναι η συγκέντρωση σε συγκεκριμένους τομείς του τουρισμού υγείας όπου η τεχνογνωσία και η καινοτομία είναι εμφανείς και μπορούν να οδηγήσουν σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι ισχυρίζονται ότι η Ελλάδα έχει μια εξαιρετική ιατρική υποδομή, αλλά δεν θεωρείται πόλος έλξης του τουρισμού υγείας. Συμπερασματικά τα πεδία που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τον κλάδο του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα, όπως φάνηκε και από την ανάλυση του προηγούμενου κεφαλαίου, και να δημιουργήσουν ένα «εμπορικό σήμα» είναι κυρίως η γονιμότητα, η πλαστική και αισθητική ιατρική, η αποκατάσταση και η οδοντιατρική. Όπως η Ελλάδα έχει εξαιρετικά αποτελέσματα θεραπείας σε αυτούς τους τομείς, θα πρέπει να υπάρξει εξιδεικευμένη στρατηγική μάρκετινγκ που να απευθύνεται κυρίως στους διεθνείς τουρίστες προσελκύοντας μεγαλύτερο ποσοστό αυτών.

Αναφορικά με τον ιδιωτικό τομέα είναι απαραίτητη η υποστήριξη τμημάτων προώθησης αυτών των προϊόντων στο εξωτερικό μέσω εκπαίδευσης και κατάρτισης που θα βασίζεται παράλληλα στον κρατικό σχεδιασμό προώθησης του τουρισμού υγείας, προσελκύοντας νέους ασθενείς και φροντίζοντας τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Ο τουρισμός υγείας μπορεί να καταστεί πηγή εσόδων για το ελληνικό κράτος καθ' όλη τη διάρκεια του έτους εξαλείφοντας το φαινόμενο της εποχικότητάς του μαζικού τουρισμού.

Ωστόσο, το επιθετικό μάρκετινγκ είναι πρωταρχικής σημασίας για την αύξηση της δημοσιότητας της Ελλάδας όσον αφορά τον τουρισμό υγείας. Ο αριθμός των ιδιωτικών

κλινικών/νοσοκομείων στην Ελλάδα, ειδικά στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, είναι αρκετά εκτεταμένος και η άμεση προσβασιμότητα σε αυτές μπορεί να θεωρηθεί ως αρκετά ικανοποιητική. Παρ'όλα αυτά, ο αριθμός διαφημιστικών δραστηριοτήτων για την προώθηση και διαφήμιση αυτού του τομέα είναι ανεπαρκής.

Σε εθνικό επίπεδο, η συνέργεια μεταξύ διαφορετικών εμπλεκόμενων φορέων αποτελεί πιθανώς το σημαντικότερο βήμα για τη δημιουργία της χώρας ως προορισμό τουρισμού υγείας. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι είναι εφικτή η δημιουργία συμπλεγμάτων τουρισμού υγείας, που να απαρτίζονται τόσο από ιδιωτικούς όσο και από δημόσιους οργανισμούς που όλοι στοχεύουν στην προώθηση της χώρας και στην ανάπτυξη της φήμης της ως προορισμού τουρισμού υγείας. Σύμφωνα με τον Ιατρικό Τουριστικό Σύλλογο, ένας τομέας υγείας ή ιατρικής αποτελεί παράγοντα μείζονος σημασίας για μια περιοχή ώστε να ευδοκιμήσει ως προορισμός τουρισμού υγείας. Συνεπώς, η συνεργασία των διάφορων βιομηχανιών που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας αλλά και τουρισμού αποτελεί κύριο συστατικό για την τη μεγιστοποίηση των τουριστικών ροών που σχετίζονται με τον τουρισμό υγείας.

Ένα σύμπλεγμα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, δυνητικά θα συντελέσει στην αύξηση της παραγωγικότητας και της δημοσιότητας της χώρας, μειώνοντας τον ανταγωνισμό που υφίσταται η Ελλάδα από άλλους ήδη αναπτυγμένους προορισμούς τουρισμού υγείας παγκοσμίως. Η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, υπό την κρατική υποστήριξη, είναι αναμφίβολα ζωτικής σημασίας, για την προώθηση υψηλής ποιότητας και παράλληλα ανταγωνιστικού κόστους υπηρεσίες παροχής τουρισμού υγείας. Επιπλέον, πρέπει να υιοθετηθεί μια κρατική στρατηγική που να αναλάβει πρωτοβουλίες ανάπτυξης του τουρισμού υγείας, μέσω της προώθησης ολοκληρωμένου επιχειρηματικού σχεδίου που να αποβλέπει στην προσέλκυση διεθνών τουριστών υγείας και παρέχοντας σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς του τουρισμού υγείας τις κατάλληλες κατευθύνσεις.

Κρατικά κίνητρα που θα ενισχύουν την ανάπτυξη επενδύσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ανάπτυξη ζωνών δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης και περιοχών με μειωμένους φόρους για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών η Ελλάδα, αναμφίβολα θα αποτελούσε πόλο έλξης για εγχώριους και ξένους επενδυτές, αλλά και για καταναλωτές του τουρισμού υγείας που θα επωφεληθούν από τις προχωρημένες υποδομές. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι ο κύριος στόχος των ζωνών δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης είναι η τόνωση της οικονομίας, η αύξηση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, η δημιουργία αξίας που μοιράζεται στους επενδυτές, τους ασθενείς, την κοινότητα και αυξάνει την επισκεψιμότητα στη χώρα ή περιοχή για ιατρικούς σκοπούς. Όπως παρουσιάστηκε και από την ανάλυση του προηγούμενου κεφαλαίου η χωρική κατανομή των

κέντρων παροχής τουρισμού υγείας εστιάζεται κυρίως γύρω από την Αθήνα και Θεσσαλονίκη με ιδιαίτερα ικανοποιητικό βαθμό προσβασιμότητας μέσω τόσο του οδικού δικτύου όσο και των κύριων διεθνών αεροδρομίων. Συνεπώς διαφαίνεται η δυναμικότητα των περιοχών αυτών να αυξήσουν τις τουριστικές ροές τους και όχι μόνο κατά τους θερινούς μήνες. Η νησιωτική Ελλάδα κατέχει τα ηνία του μαζικού τουρισμού με ποσοστό διανυκτερεύσεων άνω του 50%. Οπότε, εύκολα γίνεται αντιληπτή η προστιθέμενη αξία του τουρισμού υγείας στην μείωση των επιπέδων ανεργίας, την τόνωση της οικονομίας και στην αύξηση της συνεισφοράς στο ΑΕΠ ιδιαίτερα στον ηπειρωτικό χώρο της Ελλάδας και ιδίως στις πόλεις της Αθήνας και Θεσσαλονίκης που συγκεντρώνουν πάνω από το 60% του πληθυσμού της χώρας.

Μέσω των συντονισμένων και συλλογικών προσπάθειών όλων των εμπλεκόμενων φορέων, θα δημιουργηθούν νέοι ορίζοντες δίνοντας τη δυνατότητα ανάκαμψης και ανάπτυξης, ενισχύοντας σημαντικά την ελληνική οικονομία και συμπαρασύροντας και άλλους ζωτικούς τομείς της. Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού θα δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας σε πολλούς οικονομικούς τομείς, θα διαφοροποιήσει το τετριμμένο ελληνικό τουριστικό προϊόν και θα καταπολεμήσει την εποχικότητα του τουρισμού.

Βιβλιογραφία

- Βαρβαρέσος Σ. (2000). Τουρισμός έννοιες, μεγέθη, δομές. Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα
- Βαρβαρέσος Σ. (2000), Τουρισμός: Οικονομικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα
- ΕΟΤ (1996). Λουτροπόλεις και Ιαματικές Πηγές, επιστημονική επιμέλεια Ν. Λεούση, Αθήνα
- Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) (2012). Ανάπτυξη του Ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα
- ΚΕΠΕ (2000). Ο ιαματικός τουρισμός και η ανάπτυξη του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα, Εκθέσεις Νο 29, Αθήνα
- Κοκκώσης Χ., Τσάρτας Π. (2001). *Βιώσιμη τουριστική ανάπτυξη και περιβάλλον* Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Λαγός Δ. (2005), *Τουριστική Οικονομική*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Λαζανά Φ. (2003) Εισαγωγή στον επαγγελματικό τουρισμό. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα
- Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος (2012), Μελέτη για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα: Περίληψη συμπερασμάτων
- Πολύζος Σ. (2011), Περιφερειακή Ανάπτυξη. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Πολύζος Σ. (2015), Αστική Ανάπτυξη, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Πολύζος Σ., Τσιώτας Δ. (2017), «Ανάλυση της συμβολής του τουρισμού στην εθνική οικονομική ανάπτυξη», Σειρά Ερευνητικών Εργασιών, 23(2): σσ. 49-72
- Πολύζος Σ., Πετράκος Γ., Αραμπατζής Γ Σούτσας Κ. (2005), «Φυσικοί πόροι και περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα», Γεωτεχνικά θέματα, τόμ. 16 (3), σσ. 63-79
- Σφακιανάκης Μ. (2000) Εναλλακτικές μορφές τουρισμού. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Archer, B. H., Cooper, C., & Ruhanen, L. (2012). The positive and negative impacts of tourism. In W. F. Theobald (Ed.), *Global tourism* (3rd ed). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Aronsson, L., (2000). *Development of Sustainable Tourism*, London:
- Aslam, M., Awang, W. K., (2014). *Issues and Challenges in Nurturing Sustainable Rural Tourism Development*. Tourism, Leisure and Global Change
- Bâc, D.P. (2013) *Sustainable tourism & its forms- A theoretical approach*. Economic Science Series, Annals of University of Oradia

- Badea, A. (2011). Perspectives on improving cohesion policy spending. CES Working Papers, III. OLAF Activities Concerning Greece
- Bramwell, B. (2004). Coastal mass tourism. Diversification and sustainable development in Southern Europe. N.Y.: Channel View Publications.
- Buhalis, D. (2001) *Tourism in Greece: Strategic Analysis and Challenges*. Current issues in tourism, 4(5), σσ.440 – 480
- Butler, R. (1992). Alternative Tourism: The thin Edge of the Wedge. In V. L. Smith, & W. R. Eadington (Eds.), *Tourism Alternatives: Potentials and Problems of Tourism* (σσ. 31-46). USA: International Academy for the Study of Tourism
- Butler, R. W., (1998). Sustainable tourism- looking backward in order to progress? In Hall, C., and Lew, A. A. (ed), *Sustainable tourism -A geographical perspective*, Edinburgh: Pearson Education Limited
- Campbell, S., (1996), Green Cities, growing cities, just cities, Urban Planning and the contradictions of Sustainable Tourism, Journal of the American Planning Association
- Caruana, A. and Msida, M. (2002) *Service Loyalty: The effects of service quality & the mediating role of customer satisfaction*. European journal of marketing, τεύχος.36
- Christou, L. (2012). *Is it possible to combine mass tourism with alternative forms of tourism: The case of Spain, Greece, Slovenia and Croatia*. Journal of Business Administration Online, Spring 2012.
- Cooper, C., Fletcher, J., Fyall, A., Gilbert, D., Wanhill, S. (2008) *Tourism principles and practice*. Pearson Education Limited, Harlow, England, UK
- Crompton, J. L. (2006). Economic Impact Studies: Instruments for Political Shenanigans? Journal of Travel Research
- Dernoi, L. A. (1981). *Alternative tourism: A new style in north-south relations*. International Journal of Tourism Management
- Dernoi, L. A. (1988). *Alternative or community-based tourism*. Vancouver, Canada
- Directorate-General for Enterprise and Industry. (2016). Guide on EU funding for the tourism sector (2014-2020) (ISBN 978-92-79-58401-5). Brussels: Directorate-General for Enterprise and Industry
- Dwyer, L., Forsyth, P., & Spurr, R. (2004). Evaluating tourism's economic effects: new and old approaches. Tourism Management

European Commission. (2013). Implementation rolling plan of tourism action framework. (COM(2010) 352)/UPDATE: 6 May 2013). Brussels: European Commission, Προσβάσιμο <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/10155/attachments/1/translations/en/renditions/pdf>

European Commission. (2015a). Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare (COM (2015) 421 final). Brussels.

European Commission. (2015b). Flash Eurobarometer 414: Preferences of Europeans towards tourism. Brussels, Belgium.

European Environmental Agency. (2006). The changing faces of Europe's coastal areas.

European Union. (2011). Directive 2011/24/eu of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union

Fletcher, J. E. (1989). Input-output analysis and tourism impact studies. *Annals of Tourism Research*

Fragkaki, E. (2003). Alternatives Forms of Tourism. Trade with Greece

GW. (2017). Global Wellness Economy Monitor, January 2017. Miami, USA.

Hickman, M. (2006). Mass tourism and climate change could lead to destruction of world's wonders: [Final Edition]. *The Independent*.

Hunter, C., (1997). Sustainable tourism as an adaptive paradigm, *Annals of Tourism Research*

Ioannides, D., (1995). A flawed implementation of sustainable tourism: the experience of Akarnas, Cyprus, *Tourism Management*

Ioannides, D., (2001). Sustainable Development and the Shifting Attitude of Tourism Stakeholders: Toward a Dynamic Framework in McCool, F. and Moisey, N (Ed), 2001, *Tourism, Recreation and Sustainability*, CABI Publishing

Katasitis, O. (2010). The Effect of Structural Funds on Productivity and the Role of Corruption in EU-15. Paper presented at the conference of the International Atlantic Economic Society, Prague.

Kizos, T. and T. Iosifides. (2007). The Contradictions of Agrotourism Development in Greece: Evidence from Three Case Studies. *South European Society and Politics*

Kotler, P. (2003) *Marketing Management*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, USA. *Journal of service science-spring 2012*

Kouthouris, C. and Alexandris, K. (2005) *Can service quality predict customer satisfaction and behavioural intentions in the sport tourism industry? An application of the SERVQUAL model in an outdoors setting*. Journal of Sport Tourism,

Macleod, D. V. L. (2004). *Tourism, Globalisation and Cultural Change: An Island Community Perspective*. Cleveland: Channel View Publications

Mainil, T, Eijgelaar, E, Klijs, J, Nawijn, J, Peeters, P, (2017), Research for TRAN Committee – Health tourism in the EU: a general investigation, European Parliament, Policy Department for Structural and Cohesion Policies, Brussels.

Marinescu, R.C. and Ispas, R. (2011) *Achieving sustainable tourism through customer satisfaction*. Annals of University of Craiova, Economic Science Series

McCool, S. F, and Moisey R. N., (2001). *Tourism Recreation and Sustainability - Linking Culture and the Environment*, New York

McCool, S. F., Moisey, R. N., and Nickerson, N. P., (2001). What Should Tourism Sustain? The Disconnect with Industry Perceptions of Useful Indicator, Journal of Travel Research

Mowforth, M., (1997). *Tourism and sustainability - New tourism in the third world*, Routledge, London.

Page, S (2009). *Tourism management. Managing Change 3rd* Oxford Butterworth-Heinemann/Elsevier.

Pearce, D. G. (1992). *Alternative Tourism: Concepts, Classifications, and Questions*. USA: International Academy for the Study of Tourism

Peeters, P. M., van Egmond, T., & Visser, N. (2004). *European tourism, transport and environment*. Final Version. Breda.

Polyzos S., Tsiotas D. and Kantilas A. (2013), *Determining the Tourism Development Dynamics of the Greek Regions by using TALC Theory*, TOURISMOS

Rural development in the European Union. (2005, May). The Center for Rural Pennsylvania.

Robinson, P., Lück, M. and Smith, S. (2013). *Tourism 1st ed*. Wallingford, Oxfordshire: CABI.

Sarantopoulos I. & Laloumis D. (2015), *The Contribution of Medical Tourism to the Economic and Regional Development in Greece*, International Journal of Management and Applied Research, 2015, Vol. 2, No. 2

Sâmbotin, D. Sâmbotin, A., Petrascoiu, M., Coroioan, A. and Merce, I.I. (2011) *Ecotourism- A model of sustainable development of tourism means*. Lucrari Stintifice, Serie 1, Management agricol

- Sharpley, R. and Telfer, D.J. (2002) *Tourism and Development: Concepts and Issues*. Channel View Publications, Bristol, England, UK
- Smith, H. (2011). Greek crisis forces thousands of Athenians into rural migration. *The Guardian*.
- Sofield, T. (2003), *Empower for Sustainable Tourism Development*, Oxford: Pergamon
- Spathi, S.K. (2000) *Spa tourism and development of health tourism in Greece*. Programming and Research Centre, Athens, Greece
- Stynes, D. J., & White, E. M. (2006). Reflections on Measuring Recreation and Travel Spending. *Journal of Travel Research*
- Surugiu, C., Surugiu, M.-R., Dinca, A.-I., & Frent, C. (2012). Labour productivity and investments as determinants of wages: a pool data analysis of the Romanian hotel and restaurant sector. *Tourism Economics*
- Triarchi E. & Karamanis K. (2017). Alternative Tourism Development: A Theoretical Background, *World Journal of Business and Management*, Vol. 3, No. 1.
- Turner, R. K., Pearce D. and Bateman, (1994). *Environmental Economics: An Elementary Introduction*, Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf
- Vaugeois, N., & Rollins, R. (2007). Mobility into tourism Refuge Employer? *Annals of Tourism Research*.
- Varouhakis, M. (2003). The world urban lure thins rural Greek villages; Industrialized nations find their populations are aging birth rates declining. Many people are drawn to cities by job opportunities
- Wearing, S., & Grabowski, S. (2011). *International Volunteer Tourism: One mechanism for Development*. PINTO, Henrique (org),
- Weaver, D. (ed.) (1998) *Ecotourism in the less developed world*. CABI Publications, Wallingford, England, UK
- Wight, P. (1998). Tools for sustainability analysis in planning and managing tourism and recreation in the destination, in C. M. Hall and A. Lews (Ed), *Sustainable Tourism -a geographical perspective*, Prentice Hall,
- WTO, (1998). *Guide for Local Authorities on Developing Sustainable Tourism: Madrid: A Tourism and Environment Publisher*