
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

Ο ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καραγιαννάκη Μαρία

Επιβλέπουσα: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια/ Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

Ο ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καραγιαννάκη Μαρία, Α.Μ.: ΟΔΥ/2024

Επιβλέπουσα: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια/ Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

Reproductive tourism in Greece

Karagiannaki Maria

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2023

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ονοματεπώνυμο: Μαρία Καραγιαννάκη

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

A handwritten signature in blue ink, consisting of the initials 'MK' followed by the name 'Καραγιαννάκη' written in a cursive style.

Στον πατέρα μου...

Ευχαριστίες

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Χατζηδήμα ,η οποία με την εμπειρία της και τις πολύτιμες συμβουλές της συνέβαλε στον εμπλουτισμό του περιεχομένου και την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την οικονομική και αμέριστη ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου για την απόκτηση του μεταπτυχιακού αυτού διπλώματος.

Ο ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έντονη επιθυμία για την απόκτηση παιδιών και τα προβλήματα υπογονιμότητας, είναι ζητήματα που απασχολούσαν πάντα την ανθρωπότητα και έχει αναφερθεί τόσο σε θρησκευτικές περιγραφές όσο και στην λογοτεχνία και την τέχνη. Η υπογονιμότητα είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση και μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς, παθολογικούς, ανατομικούς ή οργανικούς παράγοντες.

Ο τομέας της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει επιτύχει αλματώδη ανάπτυξη από την άποψη της ιατρικής επιστήμης και αναπτύσσεται συνεχώς και ραγδαία με νέες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προκειμένου να καλύψει τις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Από απόψεως ιατρικού τουρισμού είναι ένας πολλά υποσχόμενος κλάδος με πολύ καλές προοπτικές ανάπτυξης.

Ο ιατρικός τουρισμός, είναι ένας πολύ σημαντικός κλάδος της τουριστικής βιομηχανίας σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο. Ο ιατρικός τουρισμός είναι ουσιαστικά η οποιαδήποτε μορφή ταξιδιού από τον τόπο διαμονής σε άλλες χώρες με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας τους ασθενούς χρησιμοποιώντας τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρει ο κάθε προορισμός. Τα κριτήρια που καθορίζουν τις χώρες ως προορισμούς ιατρικού τουρισμού ποικίλλουν, ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν, με τα κόστη, το νομοθετικό πλαίσιο, την ποιότητα των υπηρεσιών και τη θρησκεία της εκάστοτε χώρας.

Η παρούσα πτυχιακή προσπάθει να διερευνήσει και να αναλύσει τη σπουδαιότητα της ανάπτυξης του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, καθώς και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και του τουριστικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η εισροή των του ιατρικών τουριστών στην Ελλάδα και να εδραιωθεί η Ελλάδα ως ένας δημοφιλής προορισμός αναπαραγωγικού τουρισμού.

Για την ανάλυση του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα έχουν ληφθεί υπόψιν η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, τα κόστη, το θεσμικό πλαίσιο, οι κοινωνικοοικονομικοί παράμετροι, οι θρησκευτικές αντιλήψεις καθώς και τα αίτια αναζήτησης συγκεκριμένου τουριστικού ιατρικού προορισμού, και πιο συγκεκριμένα στον τομέα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

REPRODUCTIVE TOURISM IN GREECE

Abstract

The desire of acquisition of children and the problems of infertility is something which has always troubled humanity and has been mentioned as much in religious descriptions as well as in literature and the arts. Infertility is a situation which could be due to genetic, pathological, anatomical or organic factors.

The field of in vitro fertilization has succeeded a rapid development from the aspect of medical science and is constantly developing and rapidly with new methods of assisted reproduction so as to cover the constant and increasing needs of the couples who face infertility problems. From the medical tourism point of view, it is a promising field with very good growth dynamics.

Medical tourism is a very important field of touristic industry in both a national and international level. Medical tourism is basically whichever form of journey from place of residence to other countries with the goal of acquirement of the patient's health using the medical services which each destination offer. The criteria which defines the countries as a destination of medical tourism which range depending on the type of services which they offer with the costs, the legal framework and religion of each country.

This thesis is attempting to study and analyze the importance of reproductive tourism in Greece as well as the measures which must be taken for the development of cooperation between the units of deprived reproduction and the touristic field so that there is an increase in the inflow of the medical tourists in Greece and for Greece to be established as a popular destination of reproductive tourism.

For the analysis of reproductive tourism in Greece and the quality of its services which they offer has been taken into consideration, the institutional framework, the social economic parameters, as well as the reason for the pursuit of specific medical tourism, and more specifically in the field of deprived reproduction.

Contents

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	xiii
Abstract	xiv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xix
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	2
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
2.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	3
2.3. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	3
2.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	5
2.5. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ	6
2.6. ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΩΜΕΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ	6
2.7. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	8
2.8. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ (IUT)	8
2.8.1. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF)	9
2.8.2. ΕΝΔΟΩΑΡΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟΥ (ICSI)	10
2.8.3. IN VITRO ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΩΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (IVM)	10
2.8.4. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΩΑΡΙΩΝ-ΕΜΒΡΥΩΝ	11
2.8.5. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΚΚΟΛΑΨΗ	12
2.8.6. ΠΡΟΕΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ (PGD, PGS)	12
2.8.7. ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΑΜΕΤΗ	13
2.8.8. ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ	13
2.9. ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ	14
2.10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ	15
2.11. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	16
3. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ	17
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	17
3.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	19
3.3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	19
3.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	20
3.5. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ	22
3.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	23
3.7. Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΑΓΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	25

3.8.	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	27
3.9.	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ.....	28
4.	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ.....	30
4.1.	ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	30
4.2.1.	ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	31
4.2.2.	ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΥΑ	32
4.2.3.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΥΑ	33
4.2.4.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ Η΄ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ.....	34
4.3.	Ο ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	34
4.4.	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	35
4.5.	ΔΙΕΘΝΕΣ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.....	36
4.6.	ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.....	38
4.6.1.	ΔΩΡΕΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	38
4.6.2.	Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ .	39
4.6.3.	ΔΩΡΕΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΩΝ	39
4.6.4.	ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	39
5.	SWOT ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΤΟΥΡΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 41	
5.1.	ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	43
5.2.	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ	44
5.3.	ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ.....	45
5.4.	ΑΠΕΙΛΕΣ.....	46
6.	ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	48
6.1.	ΙΡΑΝ	48
6.2.	ΤΟΥΡΚΙΑ	48
6.3.	ΙΑΠΩΝΙΑ.....	49
7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	51
7.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
7.2.1.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	52
7.2.2.	ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	53
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ.....	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1. Στατιστικά στοιχεία της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής για το έτος 2018	14
Πίνακας 4.1.Κόστη ανά κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης σε διάφορες χώρες	33
Πίνακας 5.1.: Ανάλυση SWOT για τον αναπαραγωγικό τουρισμό στην Ελλάδα	42

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3.1. Σύνοψη των ορισμών του ιατρικού τουρισμού	18
Διάγραμμα 3.2. Είδη υπηρεσιών του ιατρικού τουρισμού	20

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σύλλογος Ιατρικού Τουρισμού καθορίζει την έννοια του ιατρικού τουρισμού ως εξής: «με τον ιατρικό τουρισμό αναφερόμαστε σε ανθρώπους που ζούνε σε μια χώρα και ταξιδεύουν σε μια άλλη χώρα για να λάβουν ιατρική, οδοντιατρική και χειρουργική φροντίδα ενώ το ίδιο διάστημα λαμβάνουν ίση ή μεγαλύτερη φροντίδα από ότι λαμβάνουν στην ίδια τους την χώρα, και ταξιδεύουν για ιατρική περίθαλψη λόγω του χαμηλότερου οικονομικού κόστους, καλύτερης πρόσβασης στις υπηρεσίες ή υψηλότερο επίπεδο ποιότητας περίθαλψης (Medical Tourism Association, 2011).

Όντως επιβεβαιώνεται και από τα βιβλιογραφικά δεδομένα ότι ο ιατρικός τουρισμός ξεκίνησε από την ανάγκη των ασθενών να βρουν πιο χαλές σε κόστος ιατρικές υπηρεσίες με την ίδια όμως ποιότητα. Διαφαίνεται μάλιστα ότι έχει συνεχή ανοδική τάση στην τουριστική βιομηχανία και γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στις αναπτυγμένες χώρες.

Η εξέλιξη στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στον οποίο και θα αναφερθούμε είναι αλματώδης την τελευταία 20ετία. Η εξέλιξη αυτή είναι συνεχόμενη μέχρι και σήμερα με νέες προηγμένες τεχνικές που βοηθάνε τα υπογόνιμα ζευγαρια.

Λόγω του αυξημένου προβλήματος της υπογεννητικότητας παγκοσμίως, η ζήτηση για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αυξάνεται διαρκώς. Η ανταγωνιστικότητα μεταξύ των χωρών που διαθέτουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, μεταξύ αυτών και η χώρα μας, προκειμένου να έχουν το δικό τους μερίδιο στη τουριστική βιομηχανία σε ότι αφορά τον αναπαραγωγικό τουρισμό, αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση. Εξάλλου, οι ειδικοί δηλώνουν ότι η βιομηχανία του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι ακόμη σε αρχικό στάδιο και αναμένονται σημαντικές αλλαγές.

2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η έντονη επιθυμία για την απόκτηση παιδιών και τα προβλήματα υπογονιμότητας, είναι ζητήματα που απασχολούσαν πάντα την ανθρωπότητα και έχει αναφερθεί τόσο σε θρησκευτικές περιγραφές όσο και στην λογοτεχνία και την τέχνη. Η υπογονιμότητα στο γυναικείο φύλο για πάρα πολλά χρόνια θεωρούνταν κοινωνικό στίγμα με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία της γυναίκας. Συγκεκριμένα, η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται ως κρίση, σε πάρα πολλές κοινωνίες, με αποτέλεσμα ενδεχομένως να απειλείται η σταθερότητα των ατόμων, των σχέσεων και κατά επέκταση των κοινωνικών συνόλων. Για πάρα πολλά χρόνια, ο μοναδικός τρόπος αναπαραγωγής ήταν η σεξουαλική επαφή.

Φαίνεται ότι, από τα αρχαία χρόνια, η ινδική λογοτεχνία ασχολήθηκε με το θέμα της γονιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται οι άνθρωποι να είναι εξοικειωμένοι με την ιδέα της τεχνητής σπερματέγχυσης. Η τεχνητή σπερματέγχυση χρησιμοποιούνταν για τη γονιμοποίηση των γυναικών. Με αυτόν τον τρόπο, οι βασίλισσες χρησιμοποιούσαν «μαγικά φίλτρα» για να τεκνοποιήσουν. Στην αρχαία Ελλάδα, ο πρώτος που ασχολήθηκε με το ιατρικό πρόβλημα της υπογονιμότητας ήταν ο Ιπποκράτης. Ουσιαστικά ο ίδιος πίστευε ότι για την θεραπεία της γονιμότητας σημαντικό ρόλο παίζει η διατροφή και ένας υγιεινός τρόπος ζωής (Sharmaetal, 2018).

Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, άρχισαν να χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα για τη διέγερση των ωοθηκών. Σκοπός αυτής της διέγερσης ήταν να επιτευχθεί η ανάπτυξη των ωοθυλακίων, η ωρίμανση των ωαρίων και η πολλαπλή ωοθυλακιορρηξία, με απώτερο σκοπό την λήψη πολλών ωαρίων και την invitro γονιμοποίησή τους. Παράλληλα βέβαια βελτιώθηκε η εφαρμογή της λαπαροσκόπησης με καλύτερα αποτελέσματα.

Το 1978 θεωρείται μια ημερομηνία σταθμός στην ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς ο Patrick Steptoe σε συνεργασία με τον Robert Edwards στο Oldham της Αγγλίας πέτυχαν την ολοκλήρωση της πρώτης εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στις 25 Ιουλίου γεννήθηκε η Louise Brown ένα κοριτσάκι βάρους δύο κιλών και 600 γραμμαρίων, η οποία θα μείνει γνωστή ως το «πρώτο παιδί του σωλήνα». Η μακρόχρονη συνεργασία του Steptoe με τον φυσιολόγο Robert Edwards πάνω σε πειραματισμούς που αφορούσαν τη εξωσωματική γονιμοποίηση οδήγησε στο γεγονός η Αγγλία να καταχωρηθεί ως η χώρα που γέννησε το πρώτο παιδί του σωλήνα και να τιμηθεί ο Robert Edwards με Νόμπελ Φυσιολογίας 22 χρόνια αργότερα. Στις ΗΠΑ η πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης πραγματοποιήθηκε το 1981, ενώ στην Ελλάδα η πρώτη εφαρμογή έγινε το 1982 σε συνεργασία με τον Patrick Steptoe (Rao, 2010).

Σήμερα, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ευρέως γνωστή σε παγκόσμιο επίπεδο εξαιτίας της συνεχόμενης ανάπτυξης τόσο της ιατρικής όσο και της γενετικής. Οι τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν συμβάλει σημαντικά στην επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την υπογονιμότητα και στην απόκτηση τέκνου και με φυσικό τρόπο.

2.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η πιθανότητα σύλληψης κάθε μήνα είναι περίπου 20-25% κάθε μήνα σε ένα ζευγάρι. Βέβαια σημαντικό είναι να τονιστεί ότι αυτό ισχύει σε περιπτώσεις που το ζευγάρι βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία και έχει σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη, τις ημέρες της ωορρηξίας. Το ποσοστό σύλληψης ανεβαίνει στο 80% μετά από ένα χρόνο προσπάθειας, υπό φυσιολογικές συνθήκες. (Hammer Linda, 2002) Στην σημερινή εποχή όμως, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκνοποίησης. Καθώς οι αναπαραγωγικές τεχνολογίες εξελίσσονται ταχύτατα, συνεχώς περισσότερα ζευγάρια απευθύνονται σε ειδικούς για να ζητήσουν βοήθεια. Αυτός είναι, ίσως, και ένας λόγος που το καταγεγραμμένο ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών, τείνει να αυξάνεται όσο περνάει ο καιρός.

Σημαντικό σε αυτό το σημείο είναι να διαχωρίσουμε τους όρους υπογονιμότητα και στειρότητα. Με τον όρο στειρότητα εννοείται η απόλυτη αδυναμία σύλληψης. Ενώ ως υπογονιμότητα, λοιπόν, ορίζεται “η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση, μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη, αποτελεί πάθηση και χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης”.(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

Στην ελληνική νομοθεσία, σύμφωνα με το Ν.3305/2005 του άρθρου 3§1, ορίζεται η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως «κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.)» (ΦΕΚ 17/Α/27-1-2005). Επιπλέον, η αυστηρή νομοθεσία σε κάποια κράτη, έχει ως αποτέλεσμα γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν στη χώρα τους και δε μπορούν να ταξιδεύουν σε άλλες χώρες του εξωτερικού με λιγότερο περιοριστική νομοθεσία προκειμένου να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Ως πρωτογενής υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού να συλλάβει, όταν δεν έχει συλλάβει ποτέ (30% των ζευγαριών), ενώ η δευτερογενής υπογονιμότητα αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης από ένα ζευγάρι που έχει συλλάβει στο παρελθόν (70% των ζευγαριών). Και στις δύο περιπτώσεις, η αξιολόγηση και η θεραπεία των ζευγαριών όπως και οι αιτίες είναι ίδιες (Χατζηωαννίδου, 2018).

Οι αιτίες της υπογονιμότητας ποικίλλουν. Μπορεί να είναι γενετικές - οργανικές(παράδειγμα η ενδομητρίωση),να είναι εξωγενείς παράγοντες (αλκοόλ, άγχος), να είναι αίτια κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας ακόμα και να μην παρουσιάζεται καμία σαφής αιτιότητα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια να προσεγγιστούν αυτές οι αιτίες, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου.

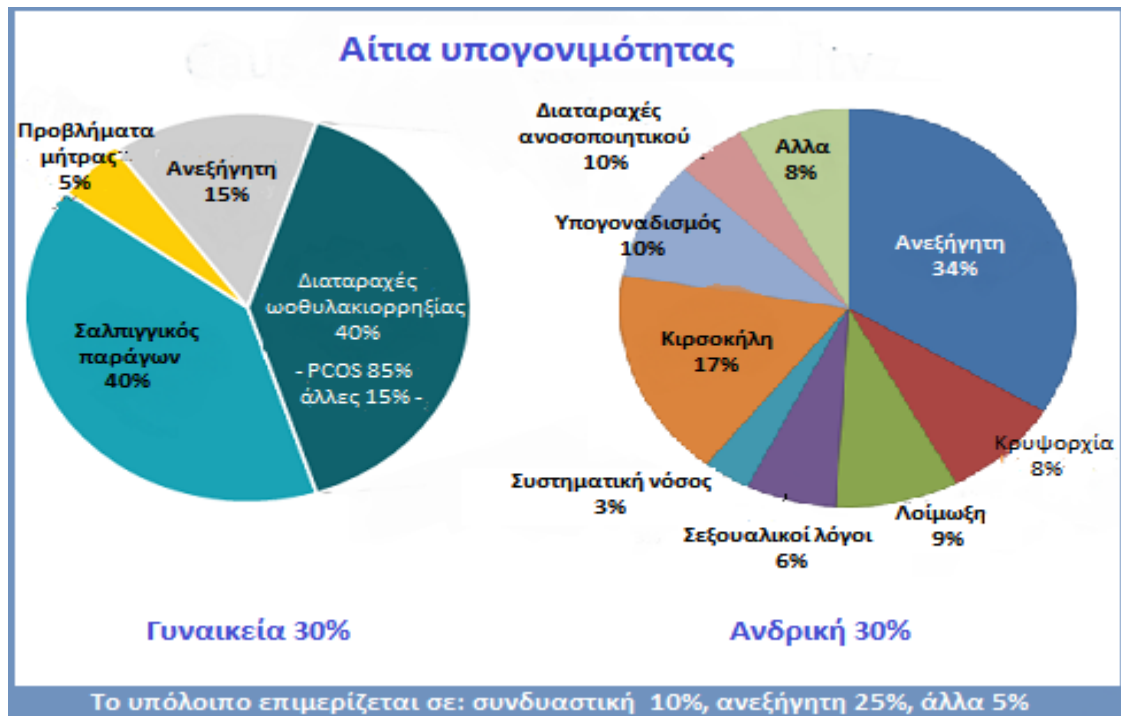
2.3. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η αιτία της υπογονιμότητας μπορεί να οφείλεται είτε στην γυναίκα, είτε στον άντρα, είτε και στους δύο μαζί, είτε σε άγνωστη αιτία. Τα αίτια που σχετίζονται με την υπογονιμότητα ποικίλλουν καθώς πρόκειται για μια πολυπαραγοντική κατάσταση. Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς, παθολογικούς, ανατομικούς ή οργανικούς παράγοντες, και μπορεί να βελτιώνεται με μια πολύ απλή θεραπεία ή να κρίνεται αναγκαία η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Γουρουντής 2011).

Όσον αφορά το γυναικείο παράγοντα , παράγοντες παθογένεσης μπορεί να είναι η απόφραξη ή οι συμφύσεις των σαλπίγγων (η οποία ευθύνεται για το 35% των προβλημάτων γονιμότητας) ,οι πολυκυστικές ωοθήκες και η ακατάστατη ωορρηξία. Οι διαταραχές στην ωοθυλακιορρηξία μπορεί να οφείλονται είτε σε κάποια βλάβη στην υπόφυση (υπογοναδοτροφικός υπογοναδισμός), είτε σε απότομη απώλεια βάρους ή σε έντονη άσκηση (Beke, 2019). Άλλοι παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν προβλήματα στη μήτρα , όπως τα ινομυώματα και οι πολύποδες. Η ενδομητρίωση , είναι από τα κύρια αίτια υπογονιμότητας, καθώς καταστρέφεται η ποιότητα των ωαρίων. Υπολογίζεται ότι η ενδομητρίωση είναι υπεύθυνη για το 6% περίπου των υπογόνιμων ζευγαριών. Οι φλεγμονές που μπορεί να υπάρχουν στον τράχηλο από την παρουσία αντισπερμικών αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννα εμποδίζουν την διέυλωση των σπερματοζωαρίων για τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί , ότι η υπογεννητικότητα σε μία γυναίκα μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρινικά νοσήματα (διαταραχές στη λειτουργία του θυρεοειδή αδένου), σε ανοσολογικές παθήσεις , σε λοιμώξεις , σε στρεσογόνους παράγοντες , σε ψυχολογικούς παράγοντες και σε προβλήματα βάρους εκτός από τις γενετικές αιτίες. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι η υπογονιμότητα στη γυναίκα μπορεί να έχει προκληθεί και από προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις (Μιχαλάς, 2000).

Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει παρατηρηθεί ότι ο ανδρικός παράγοντας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υπογονιμότητα του ζευγαριού και είναι υπεύθυνος για το 33% των περιπτώσεων των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμοποίησης .Πιο συγκεκριμένα η κύρια παράμετρος στον ανδρικό παράγοντα είναι το σπέρμα που παράγει (Deshrande&Gupta, 2019). Για να επιτευχθεί η γονιμοποίηση ένα υγιές και επαρκές σπέρμα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση και οι παράμετροι που αξιολογούνται σε αυτό είναι πάρα πολλοί. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο αριθμός των σπερματοζωαρίων. Εάν ο αριθμός είναι μικρότερος του φυσιολογικού , η κατάσταση ονομάζεται ολιγοσπερμία , ενώ αν δεν υπάρχουν καθόλου σπερματοζωάρια μιλάμε για αζωοσπερμία (Χατζηιωαννίδου, 2018). Επίσης η κινητικότητα επηρεάζει την υπογεννητικότητα του άνδρα, δεδομένου ότι τα σπερματοζωάρια πρέπει να χρησιμοποιήσουν τις δικές τους δυνάμεις για να διασχίσουν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας και να φτάσουν στις σάλπιγγες. Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες , σημασία έχουν και ο όγκος του σπέρματος , η παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων και η ύπαρξη αντισπερμικών αντισωμάτων. Η ανδρική υπογονιμότητα μπορεί να έχει διάφορες αιτίες , όπως ορμονικές ανισορροπίες , ανατομικά προβλήματα και βαθύτερα ψυχολογικά αίτια.

Η ηλικία, και παράγοντες σχετικά με τον τρόπο ζωής τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η τοξικότητα εργασιακού περιβάλλοντος και το κάπνισμα έχουν επίσης το μερίδιό τους σε φαινόμενα υπογονιμότητας. Στις γυναίκες το κάπνισμα μπορεί να ελαττώσει τον αριθμό των ωαρίων που παράγονται και να αυξήσει την πιθανότητα των μεταλλάξεων στα ωάρια. Ομοίως στους άνδρες δημιουργεί προβλήματα μεταλλάξεων στα σπερματοζωάρια. Τέλος, σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων που μπορεί να φτάσει και το 30 % , η αιτιολογία της υπογονιμότητας είναι άγνωστη (Λαϊνάς, 2006).



Εικόνα 2.1.: Στατιστικά στοιχεία των αιτιών υπογονιμότητας στο ανδρικό και γυναικείο φύλο.

2.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μία από τις πρωταρχικές ανάγκες της γυναίκας είναι η ανάγκη της αναπαραγωγής. Η πλειοψηφία των γυναικών ανεξάρτητα από την ηλικία τους, την εθνικότητα, το θρήσκευμα επιθυμούν σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής τους να τεκνοποιήσουν. Παρόλα αυτά κάποιες από αυτές τις γυναίκες δε το κατάφεραν λόγω της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν. Είναι σημαντικό επομένως να ποσοτικοποιηθεί η συχνότητα της υπογονιμότητας σε ένα πληθυσμό προκειμένου να γίνει αντιληπτό τόσο από τους πολίτες όσο και από το εξειδικευμένο προσωπικό ότι πρόκειται για μια κατάσταση η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί με απόλυτη σοβαρότητα.

Πριν αναφερθούμε στα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα, κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης της υπογονιμότητας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Αυτό συμβαίνει γιατί σε κάθε επιδημιολογική έρευνα απαιτείται μελέτη διαφορετικών παράμετροι και αποκλεισμός των ατόμων που εφαρμόζουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο για να υπολογιστεί το ποσοστό εμφάνισης της υπογονιμότητας. Για παράδειγμα, τα χρόνια προσπάθειας σύλληψης ποικίλλουν από 2 έως και 6 χρόνια. Γενικά είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τα επιδημιολογικά δεδομένα καθώς η υπογονιμότητα είναι μια πολυπαραγοντική νόσος με τη συμμετοχή σε αυτό τόσο του άντρα όσο και της γυναίκας.

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι συχνό και διαχρονικό. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν ένα ποσοστό 10-15% στον γενικό πληθυσμό. Σήμερα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκνοποίησης σε παγκόσμια κλίμακα με μια συνεχόμενη ανοδική τάση. Η πρώτη μελέτη που διεξήχθη σχετικά με την υπογονιμότητα πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου συμμετείχαν 495 ζευγάρια με διάρκεια γάμου πάνω από 5 έτη και ηλικία της γυναίκας μέχρι και 74 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα ποσοστό

των ζευγαριών της τάξεως του 16,3% δεν είχε τεκνοποιήσει. Το 1985 σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Hull et al., από τα 708 ζευγάρια που μελετήθηκαν στην Αγγλία, ανευρέθηκε ένα ποσοστό ζευγαριών της τάξεως του 16% που αντιμετώπιζαν προβλήματα στην σύλληψη.

Οι Trussel & Wilson , άντλησαν δεδομένα από μια περίοδο που δεν υπήρχαν μέθοδοι αντισύλληψης. Ουσιαστικά μελέτησαν τα δημογραφικά δεδομένα του Cambridge της Αγγλίας από το 1550-1850. Στην μελέτη συμπεριέλαβαν μόνο γυναίκες που είχαν παντρευτεί μία φορά ηλικίας έως 50 ετών. Υπολογίστηκε ότι το 8 % των γυναικών δεν είχαν αποκτήσει παιδί. Το 1997 , οι Snick et al., υπολόγισαν περίπου ότι 9,9 % των γυναικών ηλικίας 15-45 ετών ζήτησαν τουλάχιστον μία φορά τη βοήθεια επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Οι Mascarencas et al.(2012), πραγματοποίησαν μία από τις μεγαλύτερες μελέτες που αφορούν την υπογονιμότητα. Ουσιαστικά , προσδιόρισαν το ποσοστό συχνότητας της υπογονιμότητας από το 1990 μέχρι και το 2010 σε παγκόσμια κλίμακα. Έγινε ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων σε 190 χώρες με βασικές προϋποθέσεις την πενταετή προσπάθεια σύλληψης χωρίς αντισυλληπτική μέθοδο , την επιθυμία απόκτησης παιδιού και τη γέννησή του. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη στις περισσότερες χώρες παρατηρείται αύξηση των υπογόνιμων ζευγαριών. Εξαιρέση αποτελούν οι χώρες υψηλού εισοδήματος στις οποίες μειώθηκε ο αριθμός των υπογόνιμων ζευγαριών από 4,2 εκατομμύρια σε 3,6 εκατομμύρια στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και από 4,4 εκατομμύρια σε 3,8 εκατομμύρια στην Κεντρική Ασία.

2.5. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη μέθοδος Ιατρικώς Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής , και η εφαρμογή της έγινε για πρώτη φορά το 1978. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας το 2010, δημοσίευσε ότι στην Ευρώπη , ο ετήσιος αριθμός κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης ήταν 458.759 (Γουρουντής, 2011). Η εξωσωματική γονιμοποίηση όπως προδίδει το όνομά της είναι η γονιμοποίηση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου που συμβαίνει εκτός του σώματος της γυναίκας και πιο συγκεκριμένα στο εργαστήριο από εξαιρετικά έμπειρους επιστήμονες. Ουσιαστικά , παρακάμπτεται η συγκεκριμένη λειτουργία του οργανισμού όταν δε μπορεί να γίνει για διάφορους λόγους.

Τα ωάρια με τη διαδικασία της ωληψίας συλλέγονται από τα ωοθυλάκια που αναπτύσσονται στις ωοθήκες της γυναίκας. Στην συνέχεια καλλιεργούνται σε ειδικά τριβλύα με τα σπερματοζωάρια με θρεπτικό υλικό και επιτελείται η γονιμοποίηση. Τα γονιμοποιημένα ωάρια βρίσκονται μέσα σε έναν επωαστικό κλίβανο για 2 έως 6 ημέρες και υπό ειδικές συνθήκες αρχίζει η κυτταρική διαίρεση και η ανάπτυξη των εμβρύων. Τέλος τα έμβρυα μεταφέρονται με τη βοήθεια εξειδικευμένου γυναικολόγου και μέσω καθετήρα στην μήτρα της γυναίκας. Με αυτόν τον τρόπο παρακάμπτεται η φυσική δίοδος , δηλαδή η σάλπιγγα (Χατζηιωαννίδου 2018).

2.6. ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα στάδια που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι τα εξής:

- Πρόκληση Ωοθυλακιορρηξίας

Για διάστημα 10-15 ημέρων , χορηγούνται ενέσεις με ορμόνες στη γυναίκα με σκοπό την παραγωγή πολλαπλών ωοθυλακίων. Καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου η γυναίκα υποβάλλεται σε συχνά υπερηχογραφήματα τα οποία παρέχουν εικόνα των ωοθυλακίων μέσα στα οποία βρίσκονται τα ωάρια και συχνές αιματολογικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί ποσό καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός της στην φαρμακευτική αγωγή (Nagy ZP et al., 2019).

- Ωοληψία και Γονιμοποίηση

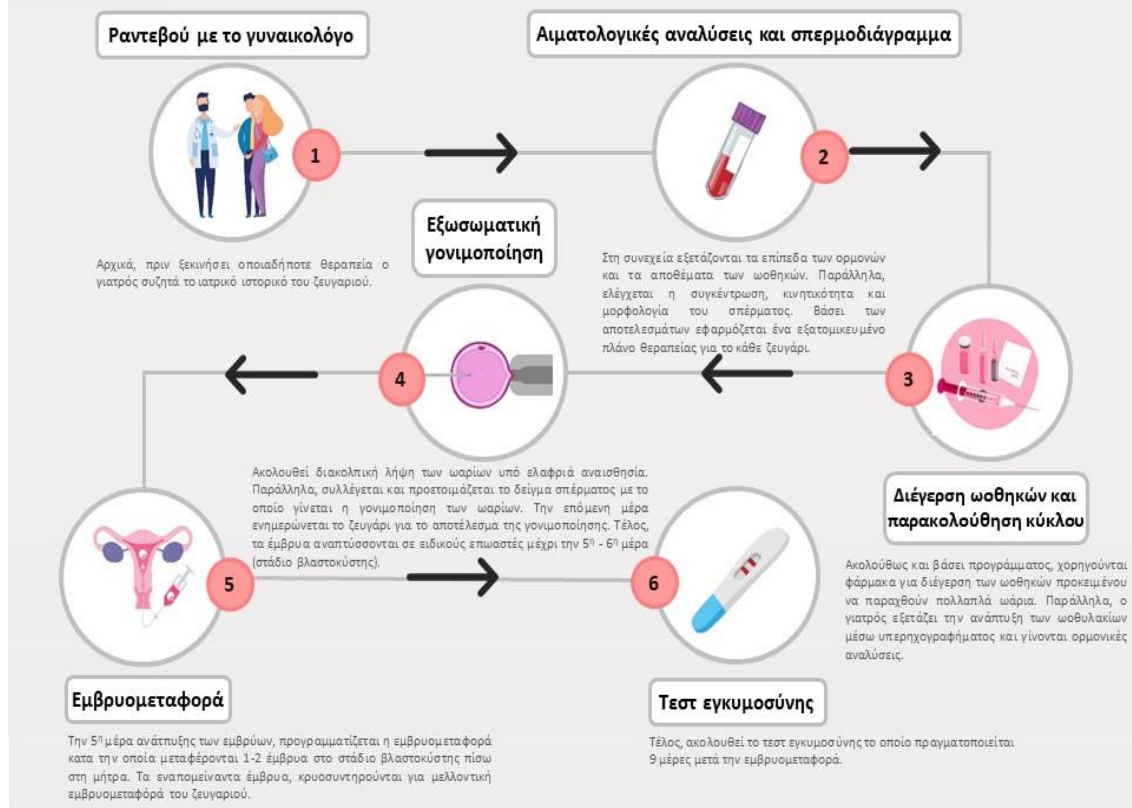
Όταν πλέον επιτευχθεί ωρίμανση των ωοθυλακίων γίνεται ωοληψία. Παράλληλα ο σύντροφος δίνει δείγμα ή έχει δώσει νωρίτερα αν έχει προηγηθεί κατάψυξη σπέρματος. Η ωοληψία γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένα κέντρα με ενδοφλέβια αναισθησία 10 με 15 λεπτών , ενώ η γυναίκα μπορεί να αποχωρήσει μία ώρα περίπου αργότερα και αφού έχει λάβει όλες τις απαραίτητες οδηγίες. Οι εμβρυολόγοι εξετάζουν τα ωάρια και επιλέγουν αυτά που είναι καλύτερης ποιότητας και τα αναμειγνύουν με τα σπερματοζωάρια. Σε όσα επιτευχθεί η γονιμοποίηση , επωάζονται και ελέγχονται για 2-5 μέρες για να βεβαιωθούν ότι αναπτύσσονται σωστά. (Nagy ZP et al., 2019).

- Εμβρυομεταφορά

Στην συνέχεια ο γιατρός θα συζητήσει για τον ακριβή αριθμό εμβρύων που θα μεταφερθούν στη μήτρα της γυναίκας .Τα υπόλοιπα καλής ποιότητας γονιμοποιημένα ωάρια , εφόσον έχουν περισσέψει , ίσως να καταψυχθούν για μελλοντική χρήση από τους ίδιους. Η διαδικασία είναι ανώδυνη και πρέπει να γίνεται υπό άσηπτες συνθήκες σε ειδικά πιστοποιημένα κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Λίγες ώρες μετά η γυναίκα επιστρέφει σπίτι της. (Nagy ZP et al., 2019).

- Εμφύτευση εμβρύου

Σε 12 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά η γυναίκα υποβάλλεται σε αιματολογική εξέταση της β' χοριακής γοναδοτροπίνης προκειμένου να διαπιστωθεί αν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τις Σαραντάκη και συν. (2018) , οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι η πιο δύσκολη και ψυχοφθόρα φάση της όλης διαδικασίας ήταν οι δύο εβδομάδες μετά την εμβρυομεταφορά.



Εικόνα 2.2.: Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε 6 βήματα

2.7. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή είναι αναυθέρετο δικαίωμα του ανθρώπου. Σύμφωνα πάντα με τη νομοθεσία, σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η γονιμοποίηση με φυσικό τρόπο ή για την αποφυγή της μετάδοσης κληρονομικής ασθένειας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σήμερα χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι οποίες θεωρούνται αποτελεσματικές στη θεραπεία των υπογόνιμων ζευγαριών (Land&Evers,2003). Η ενδομήτρια σπερματέγχυση και η ελεγχόμενη υπερδιέγερση των ωοθηκών είναι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε ζευγάρια με ενδομητρίωση.

Στις μεθόδους και στις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνεται η ενδομήτρια σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση, η in vitro ωρίμανση των ωαρίων, η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου, η μεταφορά κρυοσυντηρημένων ωαρίων και η προεμφυτευτική διάγνωση.

2.8. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ (IUI)

Η ενδομήτρια σπερματέγχυση είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά σε ζευγάρια νεαρότερης ηλικίας, που αντιμετωπίζουν δυσκολία στην τεκνοποίηση. Πρόκειται για τη λιγότερο παρεμβατική μέθοδο. Μπορεί να εφαρμοστεί σε ζευγάρια

με διαταραχές ωοθυλακιωρρηξίας, σε υπογονιμότητα ανοσολογικής αιτιολογίας αλλά και σε γυναίκες με πρόβλημα τραχηλικής βλέννης. Ωστόσο, δεν ενδείκνυται να εφαρμοστεί σε ζευγάρια με υπογόνιμα ζευγάρια που σχετίζονται με ενδομητρίωση ή με χαμηλό αριθμό σπερματοζωαρίων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι σάλπιγγες θα πρέπει να είναι υγιείς και οι παράμετροι του σπέρματος να βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η μέθοδος εφαρμόζεται πριν την ωοθυλακιωρρηξία με ή χωρίς διέγερση των ωοθηκών. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, το σπέρμα του συζύγου έχει συλλεχθεί δύο ώρες πριν και υφίσταται κατάλληλη επεξεργασία για να επιλεχθούν τα σπερματοζωάρια με την καλύτερη κινητικότητα και μορφολογία. Στην συνέχεια εισάγονται τα σπερματοζωάρια απευθείας στη μήτρα για να διευκολύνουν την γονιμοποίηση (Beyer et al., 2019).

2.8.1. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF)

Η δυνατότητα για την εκτός του σώματος γονιμοποίηση αποτελεί σημαντική ιατρική ανακάλυψη και προσφέρει λύσεις στους συζύγους που αντιμετωπίζουν προβλήματα φυσιολογικής αναπαραγωγής. Μάλιστα θεωρείται μία από τις πιο επιτυχημένες μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η πρώτη προσπάθεια έγινε το 1978, όταν μετά από πολύχρονη και επίμονη ερευνητική προσπάθεια των Patrick Steptoe και Robert Edwards, γεννήθηκε Luise Brown με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και με εμβρυομεταφορά (Kamel RM, 2013).

Η εξωσωματική γονιμοποίηση προσφέρεται ως πρωταρχική θεραπεία για υπογόνιμες γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών αλλά και σε περιπτώσεις που είναι δύσκολο να επιτευχθεί η γονιμοποίηση. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απόφραξη των σαλπίγγων, η ενδομητρίωση, η κακή ποιότητα του σπέρματος, οι διαταραχές της ωορρηξίας, άλλες λοιμώξεις του τραχήλου της μήτρας, η ανεξήγητη υπογονιμότητα και η διατήρηση της γονιμότητας λόγω καρκίνου ή άλλων προβλημάτων υγείας (Hurd, 1993).

Η λήψη των ωαρίων αρχικά γινόταν λαπαροσκοπικά με τη μέθοδο της τριπλής παρακέντησης. Τα τελευταία χρόνια όμως έχει εγκαταλειφθεί ως μέθοδος και πλέον η λήψη των ωαρίων γίνεται διακολπικά με την υποβοήθηση του υπερηχογραφήματος. Τα ωάρια, μετά την εκτίμηση της ωριμότητάς τους βάση των κυτταρικών στοιβάδων που τα περικλείουν, τοποθετούνται σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά και επωάζονται για 2-3 ώρες μέχρι την προσθήκη του σπέρματος. Μετά από περίπου 18 ώρες, γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη δύο προπυρήνων προκειμένου να επιβεβαιωθεί η γονιμοποίηση. Τα γονιμοποιημένα πλέον ωάρια τοποθετούνται για διάστημα έως και 6 ημερών σε ειδικό επωαστικό κλίβανο που μιμούνται τις συνθήκες που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των εμβρύων. Κατόπιν γίνεται η μεταφορά των εμβρύων στη μήτρα της γυναίκας με τη χρήση καθετήρα και τη βοήθεια εξειδικευμένου γυναικολόγου (Barad DH, 2004).

Τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορούν να αναφερθούν συνοπτικά και είναι τα κάτωθι:

1. Διερεύνηση της υπογονιμότητας στην γυναίκα (αιματολογικές εξετάσεις και διακολπικό υπερηχογράφημα)
2. Ανάλυση του σπέρματος του άνδρα
3. Διέγερση της ωοθήκης με φαρμακευτική αγωγή
4. Προγραμματισμός και πρόβλεψη της ωορρηξίας

5. Ωοληψία
6. Συλλογή σπέρματος από τον άνδρα
7. Γονιμοποίηση εργαστηριακά in vitro των ωαρίων και του σπέρματος
8. Καλλιέργεια και ανάπτυξη των γονιμοποιημένων ωαρίων
9. Εμβρυομεταφορά
10. Έλεγχος κήσεως 13 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά με αιματολογική εξέταση

2.8.2. ΕΝΔΟΩΑΡΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟΥ (ICSI)

Η μέθοδος της ενδοωαρικής έγχυσης σπέρματος (ICSI) εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1992 και έχει βοηθήσει πολλά υπογόνιμα ζευγάρια. Σε περιπτώσεις στις οποίες εντοπίζεται ανδρική υπογονιμότητα και τα σπερματοζώαρια αδυνατούν να γονιμοποιήσουν με την κλασσική μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, εφαρμόζεται η μέθοδος της ενδοωαρικής έγχυσης σπερματοζωαρίου (Μπόντης, 2007). Συνήθως αυτό το φαινόμενο συμβαίνει όταν οι παράμετροι του σπέρματος είναι κάτω των φυσιολογικών ορίων.

Η μικρογονιμοποίηση (ICSI) είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς βοηθά και γυναίκες που αδυνατούν να κυοφορήσουν με την κλασσική μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι γεγονός ότι πρόκειται για μία μέθοδο που διευκολύνει την αντίδραση ωαρίου-σπερματοζωαρίου και παρακάμπτει τα περιβλήματα του ωαρίου συμπεριλαμβανομένης και της κυτταροπλασματικής μεμβράνης (Καρύδης, 2007).

Η ICSI ακολουθεί την ίδια διαδικασία της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η γυναίκα ακολουθεί το ίδιο πρωτόκολλο διέγερσης των ωοθηκών μέχρι την ημέρα της ωοληψίας και ο σύζυγος συλλέγει σπέρμα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο του κέντρου εξωσωματικής. Σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας, το σπέρμα λαμβάνεται από την επιδιδυμίδα με παρακέντηση ή με βιοψία ή από τους όρχεις με παρακέντηση. Μετά την ωοληψία τα ωάρια καθαρίζονται από τα κύτταρα που το περιβάλλουν με ένα ειδικό ένζυμο που μιμείται ένα ένζυμο που υπάρχει στο σπερματοζώαριο το οποίο τρυπάει τη μεμβράνη του ωαρίου και εισέρχεται μέσα σ' αυτό. Στην συνέχεια και μετά από κατάλληλη επεξεργασία του σπέρματος, επιλέγεται ένα μόνο σπερματοζώαριο, το οποίο είναι άριστο κινητικά και μορφολογικά, και εισέρχεται με την βοήθεια ενός ειδικού ηλεκτρονικού μικροχειριστηρίου στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Τα γονιμοποιημένα ωάρια παρακολουθούνται μικροσκοπικά και ωριμάζουν σε εργαστηριακές συνθήκες για διάστημα περίπου 5 ημερών μέχρι να ακολουθήσει η εμβρυομεταφορά (Kamel RM, 2015).

2.8.3. IN VITRO ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΩΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (IVM)

Η in-Vitro Maturation είναι μια νέα και αποτελεσματική μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Δεν απαιτείται η διέγερση των ωοθηκών και έχει μικρότερη χρονική διάρκεια σε σχέση με τη κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση. Ουσιαστικά συλλέγονται ανώριμα ωοθυλάκια χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων για τη διέγερση των ωοθηκών.

Η διαδικασία περιλαμβάνει τη διεξαγωγή δύο με τριών υπερηχογραφικών ελέγχων. Οι υπερηχογραφικοί έλεγχοι πραγματοποιούνται την 2^η με 3^η ημέρα του κύκλου και την

6^η με η ημέρα του κύκλου προκειμένου να γίνει μέτρηση του μεγέθους και του αριθμού των ωοθυλακίων. Η ωοληψία πραγματοποιείται μεταξύ της 9^{ης} και 14^{ης} ημέρας του κύκλου με διακοπική παρακέντηση. Τα ανώριμα ωάρια παρατηρούνται και αξιολογείται ο βαθμός ωρίμανσής τους. Στην συνέχεια τοποθετούνται σε κατάλληλο εργαστηριακό περιβάλλον για να ωριμάσουν για διάστημα 24 έως 48 ωρών. Τα ώριμα ωάρια είτε γονιμοποιούνται αμέσως με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης είτε καταψύχονται. Η εμβρυομεταφορά πραγματοποιείται εντός 2 έως 5 ημερών από την ωοληψία.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών, οι οποίες κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο έχουν πολλά διαθέσιμα ωοθυλάκια (π.χ. γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών). Άλλη μία παράμετρος για να επιλεγθεί σαν μέθοδος είναι η φτωχή ανταπόκριση που έχουν ορισμένες γυναίκες στα φάρμακα που δίνονται σε πρωτόκολλα ωοθηκικής διέγερσης. Τέλος, θεωρείται μέθοδος επιλογής σε γυναίκες που πρόκειται να ξεκινήσουν κάποιο σχήμα χημειοθεραπείας για να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους. Υπερτερεί σε σχέση με τις άλλες μεθόδους γιατί έχει μικρότερη χρονική διάρκεια και δε χρειάζεται να γίνει διέγερση των ωοθηκών και να πάρουν ορμόνες (Hurd, 1993).

2.8.4. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΩΑΡΙΩΝ-ΕΜΒΡΥΩΝ

Η συνεχής πρόοδος στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει ως αποτέλεσμα να προκύπτει μεγάλος αριθμός και καλής ποιότητας ωαρίων σε κάθε ωοληψία. Έτσι προέκυψε η ανάγκη για κατάψυξη των εμβρύων και η ασφαλής αποθήκευσή τους για μεταγενέστερη χρήση. Το 1983, οι Trounson & Mohr, ήταν η πρώτοι που πέτυχαν κύηση με μεταφορά κατεψυγμένου εμβρύου (Μπόντης, 2007). Εκτιμάται ότι σήμερα ότι ο αριθμός των κρυοσυντηρημένων εμβρύων είναι πολύ υψηλός (Brezina&Zhao2012).

Η κρυοσυντήρηση των ωαρίων αποτελεί μια σωτήρια μέθοδος για γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία καθώς μπορεί να προκαλέσει κάποια ανεπανόρθωτη βλάβη στις ωοθήκες και να μη μπορούν να τεκνοποιήσουν στο μέλλον. Επίσης ολόένα και περισσότερες γυναίκες, οι οποίες αναβάλλουν τη δημιουργία οικογένειας για προσωπικούς ή κοινωνικούς λόγους καταφεύγουν στη μέθοδο της κρυοσυντήρησης των ωαρίων προκειμένου να διατηρήσουν την γονιμότητά τους (Brezina&Zhao2012).

Τα πλεονάζοντα έμβρυα και ωάρια που προκύπτουν μετά από κύκλους ωοθηκικής διέγερσης-εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορούν να καταψυχθούν σε εξαιρετικά χαμηλές θερμοκρασίες (-196 ° C) και να διατηρηθούν αναλλοίωτα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα έμβρυα μπορούν να μείνουν κατεψυγμένα χωρίς να επηρεάζεται η ικανότητα εμφύτευσής τους μετά την απόψυξη. Ωστόσο, υπάρχουν δύο τεχνικές κρυοσυντήρησης ανάλογα με το χρόνο κατάψυξης και το πρωτόκολλο: 1) βραχείας κατάψυξης και 2)ταχείας κατάψυξης. Στην βραδεία κατάψυξη γίνεται χρήση αλγινικού υποστρώματος και σε συνδυασμό με κρυοπροστατευτικό οδηγεί σε βιωσιμότητα των ανώριμων ωαρίων η οποία είναι υψηλότερη από αυτή των κανονικών ωαρίων. Η ταχεία κατάψυξη στηρίζεται στη χρήση ειδικών κρυοπροστατευτικών ουσιών σε αυξανόμενες συγκεντρώσεις, με πολύ γρήγορους ρυθμούς κατάψυξης. Οι κρυοπροστατευτικές ουσίες έχουν διττό ρόλο. Ο ένας είναι ότι απομακρύνουν το νερό από το εσωτερικό των κυττάρων και ο άλλος ότι ταυτόχρονα προστατεύουν τις κυτταρικές μεμβράνες από τις πολύ χαμηλές θερμοκρασίες (Αναστασιλάκης, 2016). Βάσει του νόμου

3305/2005, τα κρυοσυντηρημένα έμβρυα μπορούν να αποθηκευτούν για 5 έτη με δυνατότητα παράτασης για 5 επιπλέον έτη. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι σημειώνονται με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία καλύτερα ποσοστά επιβίωσης (97% επιβίωση) στη ταχεία κατάψυξη σε σύγκριση με τη βραδεία.

Ορισμένα ζευγάρια καταφεύγουν και στη κατάψυξη σπέρματος. Οι κύριοι λόγοι κατάψυξης σπέρματος είναι οι κάτωθι:

- Σε περιπτώσεις που έχει πραγματοποιηθεί βιοψία όρχεων
- Σε περιπτώσεις που οι άνδρες πρόκειται να υποβληθούν σε χημειοθεραπείες
- Σε περιπτώσεις που ο άντρας παρουσιάζει αδυναμία παραγωγής σπέρματος
- Σε περιπτώσεις ολιγοσπερμίας ή αν παρουσιάζει διαφοροποιήσεις στις παραμέτρους κατά τη διάρκεια του χρόνου

2.8.5. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΚΚΟΛΑΨΗ

Η υποβοηθούμενη εκκόλαψη είναι μια συμπληρωματική μέθοδος στη προσπάθεια βελτίωσης της εμφύτευσης και κλινικής εγκυμοσύνης στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αρχικά να αναφέρουμε, ότι το έμβρυο από τις πρώτες μέρες περιβάλλεται από ένα κέλυφος, την διάφανη ζώνη η οποία επιτρέπει την είσοδο ενός και μόνο σπερματοζωαρίου για τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Για να μπορέσει να εμφυτευθεί το έμβρυο στο ενδομήτριο πρέπει να σπάσει αυτό το περίβλημα. Φυσιολογικά, αυτό γίνεται μία εβδομάδα μετά τη γονιμοποίηση. Στις περιπτώσεις όμως που η διαφανής ζώνη είναι παχιά ή σκληρή, πιθανότατα να υπάρχει δυσκολία στην έξοδο του εμβρύου και να μη μπορεί να εμφυτευτεί. Η διαδικασία αυτή είναι δυνατόν να δυσχεραίνεται από διάφορους λόγους, όπως για παράδειγμα η ηλικία των γυναικών. Με την υποβοηθούμενη εκκόλαψη διενεργείται μία οπή στη διάφανη ζώνη του εμβρύου πριν την εμβρυομεταφορά προκειμένου να διευκολυνθεί η εμφύτευσή του. Οι οπές μπορούν να γίνουν είτε μηχανικά, είτε χημικά είτε με ακτίνες λέιζερ (Νικολόπουλος, 2015).

2.8.6. ΠΡΟΕΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ (PGD, PGS)

Λόγω της συνεχούς εξέλιξης στον κλάδο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί η δυνατότητα στα ζευγάρια με γενετικές διαταραχές να τεκνοποιήσουν ελαχιστοποιώντας τη πιθανότητα μετάδοσης αυτών των διαταραχών. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται το στάδιο 4-8 κυττάρων ή στο στάδιο της βλαστοκύστης. Χρησιμοποιείται ένα επεμβατικό μικροσκόπιο με ειδικά μικροχειριστήρια. Το έμβρυο ακινητοποιείται με μια πιπέτα και με μια γυάλινη βελόνα δημιουργείται μια οπή πάνω στη διάφανη ζώνη του εμβρύου. Στην συνέχεια αναρροφάται να βλαστομερίδιο προκειμένου να υποβληθεί σε γενετική ανάλυση. Οι δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η PGS με τη χρήση FISH τεχνικής για τον εντοπισμό χρωμοσωμικών ανωμαλιών και η PGD με τη χρήση της τεχνικής PCR (Polymerase Chain Reaction) για την ανίχνευση μονογενετικών ανωμαλιών. Τέλος σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι για την εφαρμογή της προεμφυτευτικής διάγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου ανίχνευσης απαραίτητη είναι η γενετική συμβουλευτική από κατάλληλο γενετιστή (Sullivan-Pyke C et al., 2018).

2.8.7. ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΑΜΕΤΗ

Πρόκειται για μία εναλλακτική μέθοδο για ζευγάρια που δε προχωράνε με εξωσωματική γονιμοποίηση. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου είναι η ύπαρξη μιας τουλάχιστον ανοιχτής σάλπιγγας. Μετά το πρωτόκολλο ωοθηκικής διέγερσης γίνεται ωοληψία και τα ωάρια αναμειγνύονται με το σπέρμα. Με τη χρήση ειδικού καθετήρα τα ωάρια που έχουν αναμιχθεί με το σπέρμα τοποθετούνται λαπαροσκοπικά στη σάλπιγγα (Λαϊνάς, 2006).

2.8.8. ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Η δωρεά ωαρίων χρησιμοποιείται κυρίως σε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα και θέλουν να διευκολυνθούν στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν παιδί. Οι κύριοι λόγοι που ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας καταφεύγει στη δωρεά ωαρίων είναι οι κάτωθι:

- Γυναίκα με πρόωρη εμμηνόπαυση ή που έχει κάνει αφαίρεση των ωοθηκών της
- Ζευγάρια με πολλές αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης, με πολλαπλές αποβολές άγνωστης αιτιολογίας ή παραγωγή εμβρύων πολύς κακής ποιότητας
- Γυναίκες που παρουσιάζουν πρόωμη μείωση της ωοθηκικής λειτουργίας
- Γυναίκες με κάποια κληρονομική ασθένεια για την αποφυγή της μετάδοσής της στο έμβryo (Sauer MV et al, 2012).

Σύμφωνα με το νόμο 3305/01/2005, η δότρια θα πρέπει:

- Να είναι άνω των 18 ετών , αλλά κάτω των 35 ετών.
- Να έχει φυσιολογικό ιατρικό ιστορικό
- Να έχει πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα
- Να είναι ανώνυμη
- Να έχει φυσιολογικά αποτελέσματα στον εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο

Όταν πλέον επιλεγθεί η κατάλληλη δότρια , προχωράμε στη φάση της διέγερσης των ωοθηκών με κατάλληλα φαρμακευτικά πρωτόκολλα , με τον ίδιο τρόπο που συμβαίνει σε ένα κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης. Μετά από εξετάσεις και υπερηχογραφήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον έλεγχο και την μέτρηση ων ώριμων ωοθυλακίων , προγραμματίζεται η μέρα της ωοληψίας. Την ίδια μέρα πραγματοποιείται και η λήψη του δείγματος του σπέρματος του συντρόφου της λήπτριας στο εργαστήριο. Η εμβρυομεταφορά πραγματοποιείται 3 με 5 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Η δωρεά ωαρίων είναι μια καθιερωμένη επιστημονική μέθοδος, με όλο και περισσότερους υποστηρικτές και με εξαιρετικά αποτελέσματα τόσο στη Ελλάδα όσο και σε διεθνές επίπεδο (Sauer MV et al., 2012).

Η τεχνική της μικρογονιμοποίησης έχει συμβάλει σημαντικά σε προβλήματα που σχετίζονται με την ανδρική υπογονιμότητα. Στην περίπτωση όμως αποφυγής μετάδοσης κάποιας κληρονομικής ασθένειας από τον σύζυγο ή στην περίπτωση αζωοσπερμίας μη αποφρακτικής αιτιολογίας . δίνεται η δυνατότητα στο ζευγάρι να τεκνοποιήσει με δωρεά σπέρματος. Οι τράπεζες σπέρματος είναι εγκεκριμένες και τηρούν όλα τα πρωτόκολλα σύμφωνα με την νομοθεσία (Λαϊνάς, 2006).

2.9. ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σήμερα, πολλά ζευγάρια καταφεύγουν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χωρίς να γνωρίζουν τα πραγματικά ποσοστά επιτυχίας τους. Επομένως τα ζευγάρια πρέπει να ενημερώνονται σωστά για όλες τις πιθανές εκβάσεις και τα ποσοστά επιτυχίας, προκειμένου να μην εξαπατηθούν εύκολα. Σημαντικό είναι για να γίνει κατανοητό το ποσοστό επιτυχίας της κάθε μεθόδου, να ληφθεί υπόψιν ότι για να πραγματοποιηθεί μία φυσιολογική σύλληψη στις γόνιμες ημέρες της γυναίκας, όταν όλοι οι παράμετροι είναι καλοί, οι πιθανότητες να επιτευχθεί εγκυμοσύνη είναι 6%.

Τα ποσοστά επιτυχίας κήσεως εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η ποιότητα των ωαρίων, η ηλικία της γυναίκας, το σπέρμα του άνδρα, η τεχνογνωσία των ιατρών και μαιών κ.α. Παρόλα αυτά ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες ο οποίος είναι και διεθνώς αποδεκτός είναι η μεγαλύτερη ηλικία της γυναίκας καθώς συνοδεύεται από στατιστικώς πολύ χαμηλότερα ποσοστά επιτυχημένων κήσεων (Λαϊνάς, 2006).

Τα ποσοστά κήσεων εκφράζονται σε:

- Θετικά τεστ (βιοχημική κήση)
- Κλινικές κήσεις
- Εξελισσόμενες κήσεις (>12 εβδομάδων)
- Γεννήσεις.

Σύμφωνα με την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΕΑΙΥΑ), από στοιχεία που συνέλεξε από έρευνα που πραγματοποίησε το 2018 σε 41 κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πραγματοποιήθηκαν 30.871 νέοι κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης από τους οποίους οι 16.285 ήταν με φρέσκα ωάρια και οι 5.623 κύκλοι ήταν με κατεψυγμένα ωάρια έπειτα από απόψυξη. Οι κήσεις ανήλθαν στις 1529 στην πρώτη περίπτωση και στις 1003 στην δεύτερη περίπτωση αντίστοιχα. Το σύνολο των γεννήσεων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα για το έτος 2018 ανέρχεται στο 5,1% .

Έτος 2018		
Μέθοδοι ΙΥΑ	Αριθμοί κύκλων	Γεννήσεις*
Φρέσκοι Κύκλοι (Fresh Cycles)	16.285	1.529
Κύκλοι από απόψυξη (Frozen Cycles)	5.623	1.003
Κύκλοι με προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (PGD Cycles)	262	53
Κύκλοι από δωρεά ωαρίου (Egg Donation Cycles)	5.613	1.427
Σπερματέγχυση με χρήση σπέρματος συζύγου (IUI-H)	2.715	213
Σπερματέγχυση με χρήση σπέρματος δότη (IUI-D)	373	65
Σύνολο	30.871	4.290

Πίνακας 2.1.: Στατιστικά στοιχεία της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής για της μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το έτος 2018.

2.10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι σε κάθε ιατρική πράξη ,συμπεριλαμβανομένης και της εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι δυνατό να προκληθούν επιπλοκές. Για αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία η σωστή και πλήρης ενημέρωση των υπογόνιμων ζευγαριών για τους πραγματικούς κινδύνους και τη πιθανότητα εμφάνισης τους.

Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών: Το σύνδρομο υπερδιέγερσης είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Προκαλείται από τη χορήγηση εξωγενούς β-hCG και σχετίζεται με την παραγωγή μεγάλου αριθμού ωοθυλακίων κατά την ωοθηκική διέγερση. Πιο συγκεκριμένα η τελευταία ένεση πριν την ωοληψία προκαλεί μαζική ωχρινοποίηση. Η έκκριση των ωοθηκών που περιέχουν πολλαπλά ωχρά σωματίδια οφείλεται για την έκκριση αγγειοκινητικών παραγόντων (VEGF). Οι αγγειοκινητικοί παράγοντες προκαλούν αύξηση της διαπερατότητας των αγγείων με αποτέλεσμα την έξοδο υγρού από τα αγγεία και την μετατόπισή του στο περιτόναιο (Klemetti et al, 2005).

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών , αναλόγως της βαρύτητας των συμπτωμάτων του διακρίνεται σε ήπιας, μέτριας και σοβαρής μορφής. Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών μέτριας μορφής εμφανίζεται σε ποσοστό 3-6%, ενώ η σοβαρή μορφή σε ποσοστό 0.2-2% Κάποια από τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι γυναίκες με σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών είναι πόνος και διόγκωση στη κοιλιά, αύξηση σωματικού βάρους και κατακράτηση υγρών. Σε σοβαρότερη μορφή μπορεί να παρατηρηθεί τάση για λιποθυμία, διόγκωση των ωοθηκών, άνοδος του αιματοκρίτη .δυσχέρεια στην αναπνοή. Σε αυτή τη περίπτωση απαιτείται νοσηλεία για παρακολούθηση και θεραπεία (Klemetti et al, 2005).

Καρκινογένεση: Παρόλο που στην αρχή χορήγησης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων με γοναδοτροφίνες υπήρξε ο ενδοιασμός ότι η ελεγχόμενη διέγερση μπορεί να προκαλέσει κάποια κακοήθεια στο μέλλον, έχει αποδειχθεί τα τελευταία χρόνια δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χορήγησης ορμονικής διέγερσης με γοναδοτροφίνες και της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών στο μέλλον. Μάλιστα , τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε 6 κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης με διέγερση ωοθηκών διατρέχουν ακριβώς τον ίδιο κίνδυνο με γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε διέγερση με γοναδοτροφίνες (Klemetti et al, 2005).

Πολύδυμες κήσεις: Οι πολύδυμες κήσεις θεωρούνται κήσεις υψηλού κινδύνου, καθώς η έγκυος διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής στο πρώτο τρίμηνο, προεκλαμψίας, σακχαρώδη διαβήτη, υπερτασικής νόσου αλλά και αιμορραγίας στην κήση. Για την μείωση εμφάνισης πολύδυμων κήσεων πλέον ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται στη μήτρα είναι μικρός και ελεγχόμενος ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας (2-3 έμβρυα)(Allahbadia 2010).

Συστροφή ωοθήκης: Είναι μια εξαιρετικά σπάνια κατάσταση κατά την οποία η ωοθήκη μετά την διέγερση μπορεί να υποστεί συστροφή γύρω από τον μίσχο της με αποτέλεσμα τη διακοπή της αιμάτωσης και την εμφάνιση έντονου πόνου. Για να μπορέσει να αιματωθεί ξανά η ωοθήκη και να επανέλθει στην κανονική της θέση απαιτείται χειρουργική επέμβαση. Σπάνια , μπορεί να γίνει και αφαίρεση της ωοθήκης.

Έκτοπη κήση: Ενώ οι έκτοπες κήσεις συμβαίνουν σε ποσοστό 1-2% στον γενικό πληθυσμό, έχει αποδειχθεί ότι σε κύκλους που χορηγούνται γοναδοτροφίνες η συχνότητα των έκτοπων κήσεων αυξάνεται στο 3%. Με τον όρο έκτοπη κήση εννοούμε μια κήση κατά την οποία το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται εκτός της

μήτρας, συνήθως σε μία από τις δύο σάλπιγγες. Μια έκτοπη κύηση μπορεί να συμβεί και στον σωλήνα της μήτρας, στις ωθήκες και στην κοιλιακή κοιλότητα. Η έκτοπη κύηση είναι εξαιρετικά επικίνδυνη για τη ζωή της γυναίκας και πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα με λαπαροσκόπηση για την αφαίρεση του κυήματος. Κάποια από τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει η γυναίκα μεταξύ της 4^{ης} και 12^{ης} εβδομάδας με συμπτώματα όπως πόνος στην μία πλευρά της κοιλιάς, κοιλική αιμορραγία, λιποθυμία κ.α.

Τοπικές ή γενικευμένες αντιδράσεις: Σπάνια η χορήγηση γοναδοτροφινών μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό στο δέρμα ή γενικευμένη αλλεργία. Άλλες παρενέργειες που μπορεί να έχει μια γυναίκα είναι ο πονοκέφαλος, διακυμάνσεις στο συναίσθημα και ευαισθησία στους μαστούς.

2.11. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ευρέως διαδεδομένη σήμερα και εκατομμύρια ζευγάρια έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα υπογονιμότητας μέσω αυτής. Παρόλα αυτά η ταχύτατη διάδοσή της προκάλεσε μια πληθώρα κοινωνικών επιπτώσεων.

Πολλές είναι οι ανησυχίες και τα ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με την εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αρχικά λόγω της αυξημένης ζήτησης των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τα ζευγάρια νιώθουν αυξημένη πίεση να αποκτήσουν τέκνα και ιδιαίτερα σε κοινωνίες που τα παιδιά θεωρούνται η φυσική εξέλιξη μιας πετυχημένης και ευτυχισμένης οικογένειας. Η ιατρικοποίηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δημιούργησε μία συνθήκη στην οποία οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να σκέφτονται ότι η υπογονιμότητα είναι ένα αρνητικό κομμάτι της ζωής τους.

3. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Στην σημερινή εποχή, η υγεία και ο τουρισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους, όπως φαίνεται και από τη ροή των ασθενών και την δημιουργία διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας. Η υγεία είναι ένα από τα βασικότερα αγαθά. Λόγω της παγκοσμιοποίησης αλλά και της εύκολης μετακίνησης του πληθυσμού από χώρα σε χώρα, η υγεία εξελίσσεται ως ένας καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη του παγκόσμιου τουρισμού. Η γήρανση του πληθυσμού, οι ενναλακτικές μορφές του τουρισμού και ο τρόπος ζωής έχουν συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού (García-Altés, 2005).

Σε περιπτώσεις, όπως οι Η.Π.Α. η υγειονομική περίθαλψη γίνεται ολοένα και πιο ακριβή σε σύγκριση με άλλες χώρες με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μη δύναται να καλύψει την βασική ανάγκη της υγειονομικής περίθαλψης. Γι' αυτό το λόγο, πολλοί αναγκάζονται να στραφούν σε χώρες με πολύ χαμηλότερο κόστος από τις Η.Π.Α. για ιατρικές υπηρεσίες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Deloitte (2008), μπορεί να επιτευχθεί μείωση του κόστους στις ιατρικές δαπάνες έως και 90%.

Αν και ο ιατρικός τουρισμός έχει αναπτυχθεί ταχύτατα, ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα είναι ότι δεν υπάρχει ακριβής ορισμός στην βιβλιογραφία. (Kimetal., 2019). Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τον ιατρικό τουρισμό. Μερικοί από τους ορισμούς τον οριοθετούν από γεωγραφικής πλευράς, χρησιμοποιώντας χώρες χαμηλού κόστους. Όμως πολλές αναπτυγμένες χώρες χρησιμοποιούν ιατρικές υπηρεσίες ως μορφές τουρισμού. Επιπλέον δε πρέπει να ξεχνάμε ότι υπάρχει και ο εσωτερικός τουρισμός, οι τουρίστες δηλαδή που ταξιδεύουν εντός της χώρας για να λάβουν υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να θεωρηθούν ιατρικοί τουρίστες αν το ταξίδι τους περιλαμβάνει κάποιο συμβατικό τουριστικό στοιχείο όπως η διαμονή σε ξενοδοχείο κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας τους.

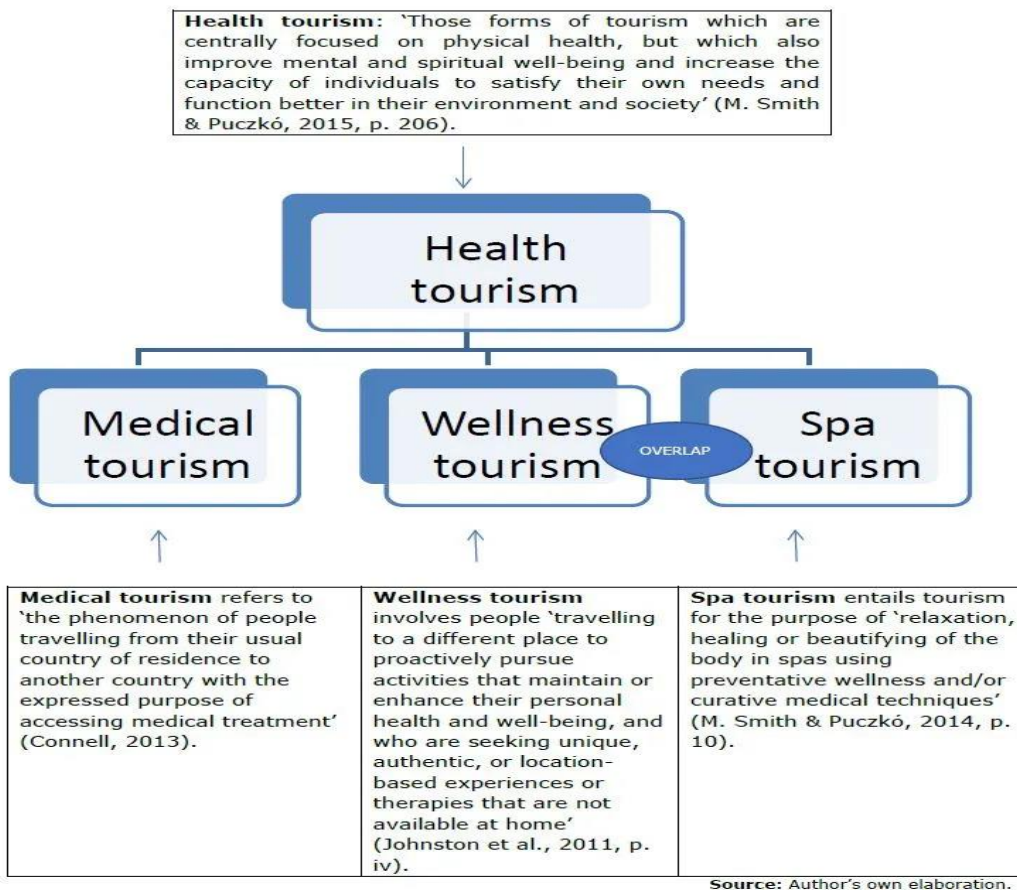
Σύμφωνα με τον Kaspar, ο τουρισμός υγείας είναι «το άθροισμα όλων των σχέσεων και των φαινομένων που πηγάζουν από μία αλλαγή τοποθεσίας και κατοικίας από άτομα, προκειμένου να σταθεροποιηθούν και να επανακτήσουν τη φυσική, κοινωνική και πνευματική ευημερία, χρησιμοποιώντας υπηρεσίες υγείας».

Ο τουρισμός υγείας περιλαμβάνει την ευρύτερη έννοια του ταξιδιού από το περιβάλλον κατοικίας με απώτερο σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Σύμφωνα με αυτό περιλαμβάνει και τις μετακινήσεις των ασθενών καθώς και τα θέματα ασφάλισης που προκύπτουν στην εκάστοτε χώρα. Ουσιαστικά ο ιατρικός τουρισμός συνδέεται με την έννοια της διασυνοριακής περίθαλψης, δηλαδή τη διασυνοριακή μετακίνηση των ατόμων για θεραπεία (Lunt et al., 2011).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για να περιγράψουν το φαινόμενο κατά το οποίο οι ασθενείς ταξιδεύουν για να αποκτήσουν πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα υπάρχει ο ιατρικός τουρισμός, ο τουρισμός ευεξίας, ο αναπαραγωγικός τουρισμός κ.α. Οι Carrera & Bridges (2006), διαφοροποίησαν τον τουρισμό υγείας από τον ιατρικό τουρισμό, δίνοντας έμφαση στην ιατρική παρέμβαση, όπως η αισθητική χειρουργική, η οδοντιατρική, η μη παρεμβατική ιατρική (ιαματικά λουτρά) σε προϊόντα του τουρισμού υγείας. Επομένως, από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει μια ειδοποιός διαφορά μεταξύ του όρου τουρισμός υγείας και ιατρικός τουρισμός. Ο τουρισμός της υγείας αναφέρεται κυρίως τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των τουριστών

μέσω της χαλάρωσης με ιαματικές θεραπείες, με εναλλακτικές θεραπείες και θεραπείες ευεξίας. Σε αντίθεση ο ιατρικός τουρισμός περιλαμβάνει την νοσηλεία ή τη χειρουργική παρέμβαση για την αποκατάσταση της υγείας (Γείτονα και Σαραντόπουλος, 2015). Σύμφωνα με το διάγραμμα , ο όρος τουρισμός υγείας είναι μια ευρύτερη εννοιολογική έννοια που περιλαμβάνει και τις θεραπείες ευεξίας και τις ιαματικές θεραπείες.

Figure 1: Overview of health-tourism definitions



Διάγραμμα 3.1.: Σύνοψη των ορισμών του ιατρικού τουρισμού.

Μια άλλη επίσης πολύ σημαντική παράμετρος που πρέπει να διευκρινιστεί είναι ότι η ανάγκη παροχής ιατρικών υπηρεσιών για τους τουρίστες ξεκινάει πριν ξεκινήσει το ταξίδι σε οποιοδήποτε προορισμό. Έτσι εξαιρούνται οι τυχαίοι τουρίστες που αντιμετωπίζουν μια ξαφνική ασθένεια ή τραυματισμό κατά τη διάρκεια των διακοπών τους. Επιπλέον οι τουρίστες που χρησιμοποίησαν τα ίδια καταλύματα με τους ιατρικούς τουρίστες δε θεωρείται ότι αποτελούν μέρος του ιατρικού τουρισμού , καθώς η χρήση των παροχών πραγματοποιήθηκε χωρίς να υπάρχει ως απώτερος σκοπός η βελτιστοποίηση της υγείας. Σύμφωνα με τους Bialk-Wolf , ο ιατρικός τουρισμός είναι ένα εθελοντικό κίνημα προκειμένου το άτομο να λάβει μια προγραμματισμένη θεραπεία για τη βελτιστοποίηση τόσο της υγείας όσο και της ποιότητας της ζωής και για λόγους οικονομικούς.

Επομένως , καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο ιατρικός τουρισμός είναι η οποιαδήποτε μορφή ταξιδιού από τον τόπο διαμονής σε τουριστικούς προορισμούς με

στόχο την αποκατάσταση της υγείας και χρησιμοποιώντας τις εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες του κάθε προορισμού.

3.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο διαχωρισμός του ιατρικού τουρισμού βάσει την προέλευση και τον προορισμό του ασθενή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία τριών τύπων ιατρικού τουρισμού. Δηλαδή, αν οι ιατρικοί τουρίστες ταξιδεύουν εντός ή εκτός της χώρας διαμονής τους. Οι τύποι είναι οι κάτωθι:

- Ο εξερχόμενος (outbound), όπου οι ασθενείς αναζητούν και επιλέγουν υπηρεσίες υγείας εκτός των συνόρων της χώρας τους
- Ο εισερχόμενος (inbound), όπου ασθενείς από άλλες χώρες προσέρχονται για να λάβουν υπηρεσίες υγείας
- Ο εσωτερικής διακίνησης ή εγχώριος (intrabound), όπου οι ασθενείς μετακινούνται εντός των συνόρων της χώρας τους αλλά σε άλλες γεωγραφικές τοποθεσίες προκειμένου να επωφεληθούν από πιο ποιοτικές και εξειδικευμένες παροχές υπηρεσιών υγείας

Επιπρόσθετα, τα Ηνωμένα Έθνη προσδιόρισαν διαφορετικές μορφές ιατρικού τουρισμού, συνδυάζοντας ουσιαστικά τους τρεις τύπους ιατρικού τουρισμού που προαναφέραμε:

- Ο εσωτερικός τουρισμός (internal), όπου ο ιατρικός τουρισμός προέρχεται είτε από είτε από κατοίκους της χώρας είτε από αλλοδαπούς
- Ο εθνικός τουρισμός (national), όπου οι ασθενείς μετακινούνται τόσο εντός όσο και εκτός της χώρας προέλευσης.

Ο ιατρικός τουρισμός διαχωρίζεται επίσης στον βασικό τουρισμό και στον τουρισμό επιλογής. Ολοένα και περισσότεροι τουρίστες αναζητούν προορισμούς που είναι φημισμένοι για ογκολογικές-αντικαρκινικές επεμβάσεις ή για πολύπλοκες εγχειρήσεις όπως καρδιάς. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και οι ιατρικές υπηρεσίες που δεν είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση του ατόμου και επιλέγουν οι ίδιοι τον προορισμό βάσει προτιμήσεων και αναγκών. Ο τουρισμός επιλογής χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

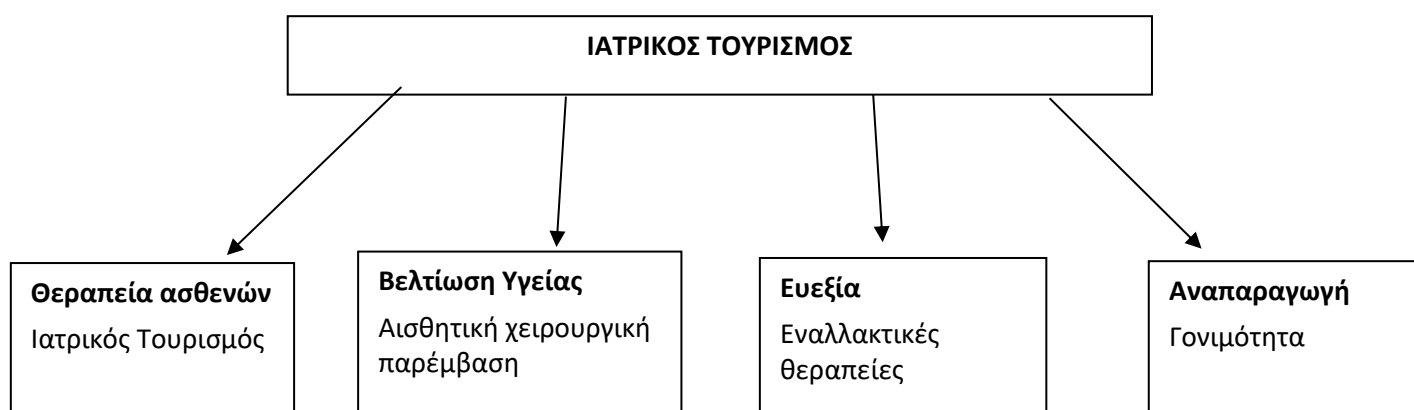
- Αλλαγής φύλου
- Αισθητική
- Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- Διαγνωστική

3.3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο κύριος στόχος του ιατρικού τουρισμού είναι ο συνδυασμός της υγειονομικής περίθαλψης με τις υπηρεσίες του τουρισμού. Στον ιατρικό τουρισμό εμπειρεύονται και οι άνθρωποι, οι οποίοι ταξιδεύουν και παράλληλα με τις υπηρεσίες τουρισμού λαμβάνουν και ιατρικές υπηρεσίες. Σχεδόν πάντα, οι τουρίστες υγείας επιλέγουν τον ταξιδιωτικό τους προορισμό βάσει των ιατρικών τους αναγκών. Οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας επικεντρώνονται στην παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και υπηρεσιών αποκατάστασης καθώς και χειρουργικών

επεμβάσεων και νοσηλείας σε εξειδικευμένες μονάδες (Γείτονας & Σαραντόπουλος, 2015).

Σύμφωνα με τον Σουλιώτη και συν. , οι κύριες κατηγορίες του ιατρικού τουρισμού είναι η πλαστική χειρουργική, η οδοντιατρική, η οφθαλμολογία , η καρδιολογία, η παροχή υπηρεσιών σε νεφροπαθείς και καρκινοπαθείς και η μεταμόσχευση οργάνων. Επιπροσθέτως , τα πακέτα του ιατρικού τουρισμού που περιλαμβάνουν τις ιατρικές παρεμβάσεις είναι : 1) γενική χειρουργική, 2) αισθητική- πλαστική χειρουργική, 3) Μεταμοσχεύσεις οργάνων, 4) καρδιοχειρουργική, 5) υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, 6) ογκολογικές υπηρεσίες , 7) ορθοπεδικές επεμβάσεις, 8) νευροχειρουργική, 9) ουρολογικές παρεμβάσεις, 10) θεραπείες με βλαστοκύτταρα, 11) αντιμετώπιση παχυσαρκίας- διαχείριση σωματικού βάρους, 12) οφθαλμολογικές υπηρεσίες , 13) οδοντιατρικές υπηρεσίες, 14) υπηρεσίες ψυχικής υγείας, 15) παροχή υπηρεσιών σε νεφροπαθείς, 16) ασθενείς με αναπνευστικές παθήσεις, 17) ασθενείς με χρόνια νοσήματα, 18) άτομα τρίτης ηλικίας μη επαρκώς εξυπηρετούμενα, 19) άτομα με αναπηρίες και ειδικές ανάγκες, 20) ανατολίτικη -ασιατική ιατρική, 21) εναλλακτικές θεραπείες, 22) προγράμματα ευεξίας – spa, 23) Αγιουβέρδα. Στο διάγραμμα απεικονίζονται οι υπηρεσίες που περιέχει ο ιατρικός τουρισμός.



Διάγραμμα 3.2.: Είδη υπηρεσιών του ιατρικού τουρισμού.

3.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Η πρακτική του ιατρικού τουρισμού ανευρίσκεται από την αρχαιότητα. Ήδη από την αρχαιότητα αναγνώριζαν τις θεραπευτικές ιδιότητες των ιαματικών πηγών και λουτρών που υπήρχαν στους ιερούς ναούς. Το 4000 π.Χ. οι Σουμέριοι έχτισαν τα πρώτα πολύπλοκα συγκροτήματα γύρω από θερμές πηγές.

Κατά τη διάρκεια της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, οι αρχαίοι Ρωμαίοι έχτισαν θέρετρα με ιαματικά λουτρά , παράλληλα με την ενοποίηση των τεράστιων γεωγραφικών εκτάσεων μέσω μεγάλων οδικών δρόμων. Παρ' όλα αυτά ο ιατρικός τουρισμός θεμελιώθηκε στην ελληνική αρχαιότητα. Πιο συγκεκριμένα, οι αρχαίοι Έλληνες έχτισαν θεραπευτικούς ναούς και ταξίδευαν για να προσκυνήσουν προς τιμήν του θεού Ασκληπιού ,διότι πίστευαν ότι θα φανεωνόταν στα όνειρά τους η θεραπεία της αρρώστιας τους. Το ιερό του Ασκληπιού ήταν μια μικρή περιοχή στον Σαρωνικό κόλπο , η οποία ονομαζόταν Επίδαυρος.

Κατά τη περίοδο του Μεσαίωνα, δεν υπήρχε ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού, με μόνη εξαίρεση την περιοχή της Ασίας. Στην Ιαπωνία, οι θεραπευτικές ιδιότητες του νερού των ιαματικών πηγών χρησιμοποιήθηκαν για την επούλωση των πληγών των πολεμιστών και ανακούφιζε από τον πόνο. Παράλληλα στην Ινδία άρχισε να αναπτύσσεται η Γιόγκα και Αγιουβέρδα ως εναλλακτική μορφή ιατρικού τουρισμού με μεγάλο αριθμό ταξιδιωτών να συρρέουν για να επωμιστούν τα οφέλη της. Η Ινδία ήταν γνωστή εκείνη την περίοδο ως κέντρο πολιτισμού, πνευματικότητας και φαρμακευτικής ανάπτυξης. Αργότερα, 2500 χιλιάδες χρόνια μετά ακολούθησε η Ινδία επανήλθε στο προσκήνιο με τον Βουδισμό. Μέχρι και σήμερα, πολλοί τουρίστες καταφεύγουν για ιατρικούς σκοπούς.

Την περίοδο της Αναγέννησης αναπτύχθηκε όχι μόνο ο πολιτισμός και οι τέχνες, αλλά και ο τουρισμός υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο δημιουργήθηκαν παραθαλάσσια θέρετρα, όπως το Blackpool και το Margate, επειδή τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα της Αγγλίας πίστευαν στις ευεργετικές ιδιότητες του θαλασσινού νερού και του αέρα. Έτσι στην Αγγλία αναπτύχθηκαν πολύ γρήγορα ολόκληρες πόλεις με ιαματικά λουτρά και θέρετρα για να ταξιδέψουν και να φιλοξενηθούν όσοι είχαν την οικονομική δυνατότητα (Galinho, 2008). Τα θέρετρα με τα ιαματικά λουτρά και το μεταλλικό νερό χρησιμοποιούνταν ως θεραπεία για ρευματικές παθήσεις, δερματολογικά νοσήματα και κακής διατροφής. Την ίδια περίοδο δημιουργήθηκαν και κέντρα θεραπείας της φυματίωσης, τα οποία είναι γνωστά ως σανατόρια.

Στην Βόρεια Αμερική, πόλος έλξης αποτελούσαν για πολλούς τουρίστες οι ιαματικές πηγές, γεγονός που οδήγησε στη δημιουργία εθνικών πάρκων ενώ παράλληλα προσέλκυσε και πλήθος τουριστών εξαιτίας της φυσικής ομορφιάς τους. Τον 19^ο αιώνα, οι φυματικοί ασθενείς ταξίδευαν στις νοτιοδυτικές Ηνωμένες Πολιτείες επειδή θεωρούσαν ότι οι πιο ευνοϊκές κλιματικές συνθήκες θα συντελούσαν στην βελτίωση της υγείας τους. Αυτή η τάση που υπήρχε για μετακίνηση από τους ασθενείς για μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε ένα ευνοϊκότερο κλίμα, αποτελεί την αφετηρία του σύγχρονου τρόπου ζωής. Εκείνη την εποχή οι ασθενείς δε ταξίδευαν για να λάβουν θεραπείες που αφορούσαν τις αισθητικές και πλαστικές επεμβάσεις, την οδοντιατρική και σύνθετες χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά η ανάγκη αυτή προέκυψε τις τελευταίες δεκαετίες δημιουργώντας ένα νέο φαινόμενο της σύγχρονης εποχής.

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, οι ΗΠΑ και η Ευρώπη, εκτός από βιομηχανικά και εμπορικά κέντρα, αποτελούσαν τον κύριο πόλο έλξης όσον αφορά τον ιατρικό τουρισμό. Το 1933, έγινε η ίδρυση του American Board of Medical Specialties για όλους τους ιατρούς και όλες τις ιατρικές ειδικότητες με απώτερο σκοπό να τυποποιήσει τις γνώσεις και την πρακτική άσκηση της ιατρικής επιστήμης. Αντίστοιχα το 1958 έγινε ίδρυση του European Union of Medical Specialties στην Ευρώπη. Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, η Ινδία ξανά βρέθηκε στο προσκήνιο με την προσέλκυση τουριστών για εναλλακτικές μορφές ιατρικής εξαιτίας των κοινωνικών κινημάτων της εποχής (χίπις, παιδιά των λουλουδιών).

Το 1997 και λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ασία, οι κυβερνητικές αρχές προώθησαν μέσω των διαφημίσεων την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να αναπτυχθεί ο τουρισμός και να ανακάμψουν οι χώρες από την κατάρρευση του τοπικού νομίματος. Έτσι πολύ γρήγορα αναπτύχθηκε στις ασιατικές χώρες ο ιατρικός τουρισμός καθώς είχαν συγκριτικό πλεονέκτημα όσον αφορά το χαμηλό κόστος.

Τέλος, στον 21^ο αιώνα η έννοια του ιατρικού τουρισμού αναφέρεται σε ασθενείς που ταξιδεύουν για να λάβουν ιατρική περίθαλψη. Ο ιατρικός τουρισμός φαίνεται ότι θα αναπτυχθεί και άλλο τα επόμενα χρόνια καθώς οι ασφαλιστικές εταιρείες σκέφτονται

να αναπτύξουν σχέδια ιατρικού τουρισμού βάσει χαμηλότερου κόστους περιθαλψης (Laspa ,2019).

3.5. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ

Όσον αφορά την ιατρική κοινότητα , οι ασθενείς ωφελήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τον ιατρικό τουρισμό. Αρχικά όσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής, η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. Για τη πλειοψηφία των ασθενών , η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ ιδιαίτερα ακριβή και απρόσιτη. Ως αποτέλεσμα , οι ασθενείς λαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες από το δημόσιο τομέα και συναντούν μεγάλες λίστες αναμονής. Είναι επομένως λογικό, οι ασθενείς να αναζητούν εναλλακτικές λύσεις για να ικανοποιήσουν τις ιατρικές τους ανάγκες. Ο ιατρικός τουρισμός ,σε πολλές περιπτώσεις , είναι ο καλύτερος τρόπος να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Επιπροσθέτως, ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να συνδυάσει τις ιατρικές υπηρεσίες με ένα ταξίδι αναψυχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύεται η καλή ψυχολογία του ασθενή και οι ασθενείς να αποφεύγουν δυσάρεστες εμπειρίες όπως είναι ο συνωστισμός που επικρατεί σε κάποια δημόσια νοσοκομεία της χώρας του. Η απουσία της ιδιωτικής ασφάλειας του ασθενή, μπορεί να συμβαίνει λόγω κόστους ή ανοργάνωτου συστήματος υγείας.

Άλλη μία ομάδα που μπορεί να ευνοηθεί από τον ιατρικό τουρισμό είναι οι εταιρείες που σχετίζονται με τον τουρισμό γενικότερα. Ο τουρισμός υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία και τις κλινικές περιλαμβάνει και τα ξενοδοχεία και τους τουριστικά γραφεία. Αρά ο ιατρικός τουρισμός θα πρέπει να βασίζεται σε μία καλά οργανωμένη υποδομή. Στην περίπτωση του ιατρικού κλάδου, η άνοδος του ιατρικού τουρισμού δίνει τη δυνατότητα στα νοσοκομεία να διευρύνουν τη φήμη τους και σε άλλες χώρες και να επωφεληθούν οικονομικά από το δυναμική του εύρους της αγοράς. Έτσι θα αναπτυχθούν παραγωγικές συνεργασίες μεταξύ των φορέων ,θα δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας , θα μειωθεί το ποσοστό ανεργίας και θα δοθεί ένα κίνητρο για την ανάπτυξη της οικονομίας της χώρας.

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι ο ιατρικός τουρισμός εξελίσσεται σε μία νέα μορφή τουρισμού, θα υπάρξει ανάγκη για κατάλυμα είτε σε νοσοκομείο είτε σε ξενοδοχείο. Η βιομηχανία τουρισμού μπορεί να διαθέσει κατάλυμα στους ασθενείς και στους συνοδούς, ενώ πιθανό είναι κάποιο ταξιδιωτικοί πράκτορες να αναλάβουν την περιήγηση στα αξιοθέατα και την εύρεση των αεροπορικών εισιτηρίων. Αντιλαμβανόμαστε επομένως ότι η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού ευνοεί μια ολόκληρη βιομηχανία προκειμένου να γίνει κερδοφόρα και ανταγωνιστική.

3.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Η απόφαση για την επιλογή και αγορά ενός πακέτου του ιατρικού τουρισμού, ενέχει κίνδυνο όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τουρισμού. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση είναι:

- Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις προέλευσης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ασθενών που ταξιδεύουν σε άλλες χώρες για να έχουν πρόσβαση σε φθηνότερη ιατρική φροντίδα. Για παράδειγμα, η μεταμόσχευση ήπατος στην Αμερική κοστίζει 300.000 δολάρια, ενώ στην Ταϊβάν κοστίζει 91.000 δολάρια.
- Οι ασφαλιστικές εταιρείες δίνουν πλέον τη δυνατότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης στο εξωτερικό και ταξιδιωτικά πρακτορεία προσφέρουν δελεαστικά πακέτα ιατρικού τουρισμού.
- Η διεθνής Ιατρική φροντίδα παρέχει πρόσβαση σε πειραματικές διαδικασίες ή σε θεραπείες που στην χώρα διαμονής μπορεί να είναι παράνομες. Η Ιρλανδία και η Πολωνία έχουν πολύ αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με την άμβλωση και ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών ταξιδεύουν σε άλλες χώρες όπου επιτρέπεται ως ιατρική διαδικασία από τον νόμο.
- Οι νέες τάσεις που έχουν δημιουργηθεί παγκοσμίως και η εμφάνιση νέων προτύπων συντελούν στην ανάγκη πολλών ατόμων να αναζητήσουν σε ξένες χώρες πλαστικές επεμβάσεις, αισθητικές υπηρεσίες και οδοντιατρικές υπηρεσίες με στόχο την βελτίωση της εμφάνισής τους.
- Η ανάπτυξη του διαδικτύου δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε ένα πλήθος πληροφοριών και να επιλέξουν την οικονομικά πιο συμφέρουσα άποψη ακόμη και στο εξωτερικό
- Η απελευθέρωση των αγορών και η παγκοσμιοποίηση συντελούν στην αυξανόμενη ανοδική τάση του ιατρικού τουρισμού, καθώς οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν σε μια αγορά με διεθνή χαρακτήρα.
- Ένα ποσοστό των ασθενών προκειμένου να διαφυλάξουν την προσωπική τους ζωή και να μη γίνει γνωστό ότι έχουν λάβει κάποια θεραπεία ταξιδεύουν σε άλλες χώρες με διακριτικότητα και εχεμύθεια. Έτσι η διαφύλαξη της προσωπικής ζωής είναι ένας ακόμα παράγοντας που συντελεί στην αύξηση του ιατρικού τουρισμού.
- Η ύπαρξη πιστοποίησης (benchmarking) των υπηρεσιών υγείας, επιτρέπει τον ιατρικό τουρισμό να μετατραπεί σε ένα ανταγωνιστικό πακέτο και να καθιερωθεί ο ιατρικός τουρισμός σε διεθνές επίπεδο.

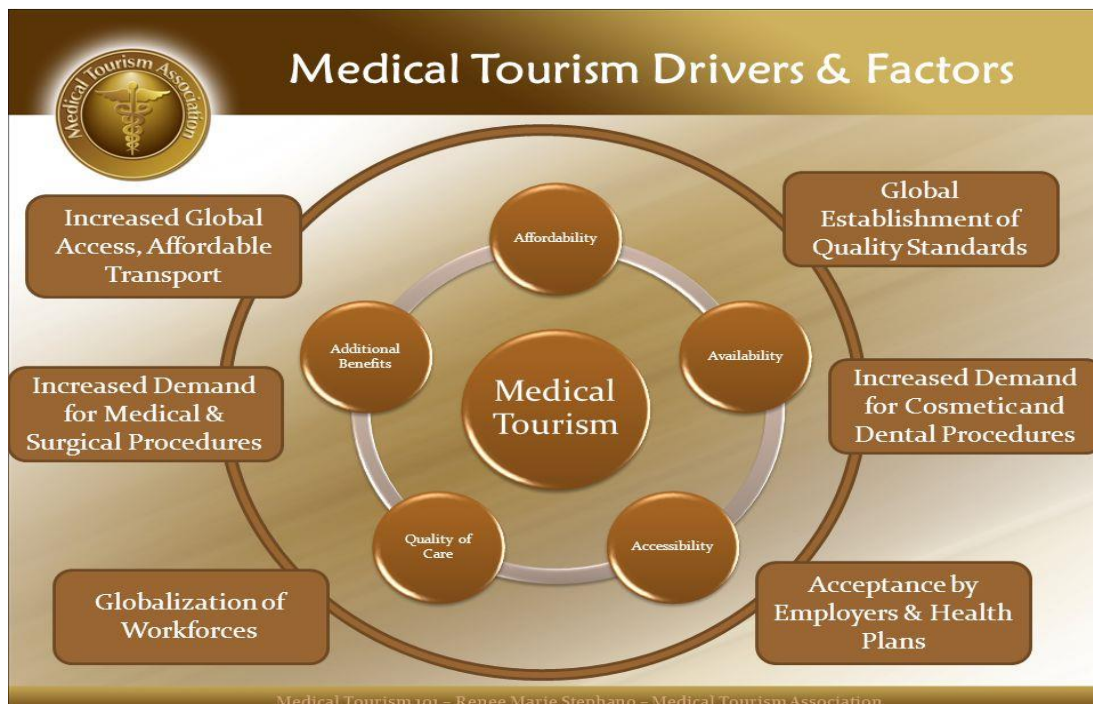
Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσφορά είναι:

- Η εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Το προφίλ του τόπου κατοικίας (κλιματολογικές συνθήκες, ποιότητα υπηρεσιών, ιστορική κληρονομιά)
- Οι κατάλληλες υποδομές (capacity ξενοδοχειακών μονάδων) και οι σύγχρονες νοσοκομειακές μονάδες και κλινικές.
- Το κόστος και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η ύπαρξη κατάλληλης οργάνωσης και προβολής.
- Ανάπτυξη των διεθνώς αποδεκτών προτύπων πιστοποίησης για τις νοσοκομειακές μονάδες.

- Η αύξηση των ιδιωτικών παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών και κατά συνέπεια ο διαρκής ανταγωνισμός μεταξύ των χωρών να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες και σύγχρονη ιατρική τεχνολογία.
- Αξιοποίηση των κονδυλίων από τα Κοινοτικά Προγράμματα στήριξης για χρηματοδότηση επενδυτικών πρωτοβουλιών προς την κατεύθυνση ανάπτυξης του Ιατρικού Τουρισμού.
- Η χρήση του Διαδικτύου για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με ιατρικά θέματα.
- Η ποιοτική σχέση μεταξύ τιμής και υπηρεσίας σε ένα ασφαλιστικό προϊόν, γίνεται όλο και πιο συμφέρον στις αναπτυγμένες χώρες.
- Το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο και τα νομικά κωλύματα σε ορισμένες θεραπείες δυσχεραίνουν τη πρόσβαση σε ορισμένες θεραπείες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση είναι:

- Ο μεγάλος χρόνος αναμονής στις ουρές των δημόσιων νοσοκομείων και η ολοένα και αυξανόμενη ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών.
- Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής παγκοσμίως, η ύπαρξη ολοένα και περισσότερων νοσημάτων οδηγεί στην ανάγκη δημιουργίας περισσότερων επιλογών για ιατρική περίθαλψη.
- Λόγω της μείωσης της χρηματοπιστοληπτικής ικανότητας των τραπεζικών συστημάτων των τραπεζικών συστημάτων, ο δημόσιος τομέας φθίνει συνεχώς και οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν είναι ικανοποιητικές.



Εικόνα 3.1.: Παράγοντες ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού.

3.7. Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΑΓΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Η πλειοψηφία των ιατρικών τουριστών προέρχονται από αναπτυγμένες χώρες ενώ οι περισσότεροι προορισμοί ιατρικού τουρισμού είναι χώρες υπό ανάπτυξη. Ο αριθμός των τουριστών που ταξιδεύουν για ιατρικούς σκοπούς έχει αυξηθεί με αποτέλεσμα ολόένα και περισσότερες χώρες να προωθούν ενεργά τον ιατρικό τουρισμό. Σε παγκόσμια κλίμακα, ορισμένες χώρες έχουν ήδη ξεχωρίσει ως δημοφιλείς προορισμοί του ιατρικού τουρισμού. Μερικές από τις πιο προεξέχοντες χώρες που συνεισφέρουν ενεργά στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού είναι η Ινδία, η Κίνα, η Ταϊλάνδη, η Κούβα, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, το Μεξικό, η Ισπανία, η Ουγγαρία, η Γερμανία, η Κροατία, η Αίγυπτος κ.α.

Οι χώρες του ιατρικού τουρισμού προωθούν πολλές και διαφορετικές υπηρεσίες αλλά και θεραπείες. Κάποιες από τις πιο ευρέως διαδεδομένες είναι οι ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις, καρδιακή χειρουργική, γενική χειρουργική όπως αγγειοχειρουργική, επεμβάσεις του γαστρεντερικού συστήματος, οφθαλμολογικές επεμβάσεις όπως εγχείρηση καταρράκτη, οδοντιατρικές υπηρεσίες κλπ. Κάποιες λιγότερα συχνές υπηρεσίες είναι οι επεμβάσεις αλλαγής φύλου, οι θεραπείες γονιμότητας, οι υπηρεσίες ευεξίας και οι μεταμοσχεύσεις (Marsek & Sharpe, 2009).

Στην Ευρώπη, αρκετές χώρες προωθούν διάφορες υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού χωρίς όμως παρόλα αυτά να αποτελούν από τις πιο δημοφιλείς προορισμούς. Η Ιταλία και η Γαλλία είναι από τις χώρες που επιλέγονται για πλαστικές επεμβάσεις και για αισθητικές ιατρικές υπηρεσίες. Επιπλέον οι χώρες αυτές διαθέτουν και πολλά ιαματικά τουριστικά θέρετρα με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μπορούν να συνδυάσουν τις ιατρικές και ιαματικές υπηρεσίες. Η Ουγγαρία και η Τσεχία προσφέρουν οδοντιατρικές υπηρεσίες με χαμηλό κόστος. Ασθενείς από χώρες όπως η Αγγλία και η Γερμανία ταξιδεύουν σε αυτές τις χώρες για να λάβουν οδοντιατρικές υπηρεσίες χαμηλού κόστους αλλά και υψηλής ποιότητας. Ένας μικρός αριθμός ασθενών επιλέγει τη Σουηδία για χειρουργικές επεμβάσεις χαμηλού κόστους.

Η Ινδία είναι ένας αρκετά ελκυστικός προορισμός για τους ιατρικούς τουρίστες. Η Ινδία είναι από τους πιο δημοφιλείς προορισμούς για μεταμόσχευση μυελού των οστών, bypass καρδιάς, οφθαλμολογικές επεμβάσεις και αντικατάσταση ισχίου. Η Ινδία ίσως είναι η μοναδική και κορυφαία χώρα για ολιστικές θεραπείες. Η αρχαία Ινδική θεραπεία της Αγιουβέρδα είναι πολύ γνωστή. Άλλες εναλλακτικές θεραπείες που παρέχονται στους ιατρικούς τουρίστες που ταξιδεύουν στην Ινδία είναι η ρεφλεξολογία, το θεραπευτικό μασάζ και το σπα. Ένας από τους βασικούς λόγους που η Ινδία αποτελεί δημοφιλής προορισμός για τους ιατρικούς τουρίστες είναι ο μικρότερος χρόνος αναμονής για οποιαδήποτε ιατρική υπηρεσία και το χαμηλό κόστος.

Επίσης, η Ταϊλάνδη είναι ακόμη ένας ο πιο γνωστός προορισμός για ιατρικές υπηρεσίες παγκοσμίως. Διαθέτει μία ευρεία γκάμα ιατρικών υπηρεσιών όπως η χειρουργική γονάτου, πλαστική χειρουργική, μεταμόσχευση νεφρού, οδοντιατρικές υπηρεσίες, καρδιολογικές επεμβάσεις, βελονισμός κ.α. Πολλοί γιατροί που εργάζονται σε νοσοκομειακές υποδομές στην Ταϊλάνδη έχουν αποκτήσει εμπειρία σε νοσοκομεία των ΗΠΑ. Η Ταϊλάνδη έχει ακόμη πολλά πιστοποιημένα νοσοκομεία σε πρότυπα JCI. Ένα από τα πιο ανταγωνιστικά της χώρας είναι ότι ο επισκέπτης μπορεί να συνδυάσει την αναψυχή του με μια μεγάλη ποικιλία ιατρικών υπηρεσιών σε πολύ χαμηλές τιμές και με υψηλού επιπέδου ποιότητας.

Η Μαλαισία είναι ένας από τους πιο δημοφιλείς προορισμούς του ιατρικού τουρισμού σε παγκόσμιο επίπεδο, με 17.000.000 αφίξεις τουριστών ανά έτος. Το υγειονομικό

σύστημα της Μαλαισίας είναι δημόσιο-ιδιωτικό. Κάποιες από τις υπηρεσίες που επιλέγουν να λάβουν οι ασθενείς είναι η αισθητική χειρουργική, η ορθοπεδική, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και οι θεραπείες με βλαστοκύτταρα (Woodman, 2007). Η Τουρκία είναι ένας ακόμη προορισμός για ιατρική περίθαλψη, ο οποίος εξελίσσεται ταχύτατα. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες πραγματοποιούνται περίπου 650 επεμβάσεις τον μήνα, από τις οποίες το 87% προέρχεται από ασθενείς του εξωτερικού. Το βασικό πλεονέκτημα της Τουρκίας είναι ότι προσφέρει στους ασθενείς ένα συνδυασμό από ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνονται από ένα άρτιο εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και πολυτελείς ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις με δυνατότητα υπηρεσιών ευεξίας σε πολύ χαμηλές τιμές. Προκειμένου ο ιατρικός τουρισμός στην Τουρκία να αναπτυχθεί πιο γρήγορα, ιδρύθηκε ο Σύλλογος για την Βελτίωση του τουρισμού Υγείας στην Αττάλεια με απώτερο σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να προωθηθούν τα πακέτα του ιατρικού τουρισμού στο εξωτερικό.

Αρκετές χώρες της Λατινικής Αμερικής προωθούν και αναπτύσσουν τον ιατρικό τουρισμό. Για οδοντιατρικές υπηρεσίες μεγάλη επισκεψιμότητα έχουν χώρες όπως η Κόστα Ρίκα, η Αργεντινή, η Βραζιλία και το Μεξικό. Για πλαστική χειρουργική η Βραζιλία, ο Παναμάς και η Βενεζουέλα είναι δημοφιλείς προορισμοί. Πολλοί γιατροί έχουν ανοίξει ιατρεία στα σύνορα του Μεξικό για να είναι εύκολοι η πρόσβαση για τους Αμερικανούς τουρίστες. Η πλειονότητα των τουριστών επισκέφτηκαν τα σύνορα του Μεξικό παρά την πρωτεύουσα της χώρας, λόγω της κοντινής απόστασης αλλά και λόγω του χαμηλού κόστους. Την Βραζιλία θα μπορούσαμε να την αποκαλέσουμε την ηγέτιδα στις υπηρεσίες της πλαστικής χειρουργικής. Μερικές από τις υπηρεσίες που προσφέρει είναι η κοιλιοπλαστική, η ρινοπλαστική, η πλαστική προσώπου και η προσθετική ή μείωση των μαστών.

Η Νότιος Αφρική και η Αίγυπτος, είναι δύο χώρες της Αφρικής που προωθούν τον ιατρικό τουρισμό με τις κύριες παρεχόμενες υπηρεσίες να αφορούν την πλαστική χειρουργική και την οδοντιατρική. Κάποιες από τις υπηρεσίες που προσφέρονται είναι η ρυνοπλαστική, η λιποαναρρόφηση, μπότοξ, πλαστική προσώπου, λεύκανση δοντιών, εμφυτεύματα κ.α. Πολλοί από τους ασθενείς που επισκέπτονται το Κάιρο, συνδυάζουν τις ιατρικές υπηρεσίες με ένα ταξίδι αναψυχής προκειμένου να γνωρίσουν το πολιτισμό της χώρας. Ακόμη και ασθενείς που επιλέγουν τη Νότιο Αφρική ως προορισμό μπορούν να το συνδυάσουν με σαφάρι βλέποντας την άγρια ζωή του τόπου.

Παρά την έλλειψη κοινού ορισμού μεταξύ των ερευνητών, συμπεραίνουμε ότι ο ιατρικός τουρισμός είναι μια παγκόσμια βιομηχανία που μπορεί να αποφέρει μεγάλα κέρδη στην εκάστοτε χώρα. Έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί ακόμα παραπάνω, όσο η ιατρική περίθαλψη ιδιωτικοποιείται και οι σημαντικές διαφορές στο κόστος παραμένουν.



Εικόνα 3.2.: Η παγκόσμια αγορά του ιατρικού τουρισμού

3.8. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο ιατρικός τουρισμός παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα, καθώς ολοένα και περισσότερες εταιρείες ασχολούνται με τον ιατρικό τουρισμό και τους αποφέρει πολλά κέρδη. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η εργασία είναι φθηνή και το κόστος των ιατρικών θεραπειών είναι χαμηλό, οι ιδιωτικές εταιρείες έχουν μεγάλο κέρδος. Το τελευταίο διάστημα η κυβέρνηση βοηθάει στην προώθηση του ιατρικού τουρισμού και οι ιδιωτικές εταιρείες προσαρμόζουν εγκαταστάσεις υγείας στις ανάγκες των ξένων ιατρικών τουριστών.

Σύμφωνα με τον Γιάννη Τούντα, τα έσοδα μπορούν να πλησιάσουν τα 400.000.000 ευρώ σε περίπτωση που έρθουν 100.000 ξένοι ασθενείς για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ σε βάθος χρόνου τα έσοδα θα μπορεί να ξεπεράσουν τα 2 δισεκατομμύρια με 400.000 αφίξεις ασθενών. Θεωρείται ότι ο ιατρικός τουρισμός θα είναι ο επόμενος σύγχρονος τομέας, καθώς θα υπάρξει βελτίωση των νοσοκομείων, θα δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας, η τεχνολογία θα αναπτυχθεί παραπάνω, θα υπάρξει βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα μειωθεί η διαρροή των επιστημόνων προς το εξωτερικό.

Ο ιατρικός τουρισμός είναι ωφέλιμος όχι μόνο για τους παρόχους των ιατρικών υπηρεσιών αλλά και για τους ίδιους τους ασθενείς. Το προσιτό οικονομικό κόστος έχει ωφελήσει πολλούς ασθενείς που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στα κόστη των ιατρικών υπηρεσιών στη χώρα προέλευσή τους είτε γιατί δε τους καλύπτει τα έξοδα της περίθαλψης η ασφαλιστική τους εταιρεία είτε γιατί είναι ανασφάλιστοι. Είναι

γεγονός ότι 50% των πτωχεύσεων στις ΗΠΑ οφείλονται σε ιατρικούς λόγους. Γενικά το κόστος στις αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να είναι 25-50% φθηνότερο από ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν χαμηλότερο κόστος ιατρικών υπηρεσιών διότι δεν υπάρχει καθόλου ή υπάρχει μικρή συμμετοχή τρίτου μεσάζοντα, η νομοθεσία είναι πιο ελαστική σχετικά με την ιατρική κατάχρηση και υπάρχουν περιορισμένες συνεργασίες μεταξύ των ιατρικών κέντρων και των ιατρών. Επιπλέον ο ανταγωνισμός που υπάρχει μεταξύ των δημοφιλών προορισμών για ιατρικό τουρισμό μπορεί να μειώσει το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο εξωτερικό δίνει την επιλογή στον ασθενή να διατηρήσει την ανωνυμία του.

Άλλα πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα του ιατρικού τουρισμού είναι ο λιγότερος χρόνος αναμονής και διαθεσιμότητας για τον ασθενή σε θεραπείες που πιθανόν δεν έχουν εγκριθεί στη χώρα προέλευσής του. Για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής στην Βρετανική Κολομβία του Καναδά για αντικατάσταση ισχίου είναι 21.8 και 28.3 εβδομάδες, ενώ στις περισσότερες χώρες ο χρόνος αναμονής είναι για λίγες μέρες (Gill & Singh, 2011). Ακόμη, ορισμένες διαδικασίες δεν έχουν εγκριθεί από τις κυβερνήσεις ορισμένων χωρών που θεωρούνται δημοφιλείς προορισμοί του ιατρικού τουρισμού.

Επομένως καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο ιατρικός τουρισμός έχει σημαντικά πλεονεκτήματα για την τουριστική βιομηχανία μέσω της επέκτασης της τουριστικής περιόδου, της αύξησης του τουριστικού εισοδήματος, της ενίσχυσης της οικονομίας της χώρας και της προβολής του της χώρας ως διεθνή τουριστικό προορισμό.

3.9. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Είναι προφανές ότι ο ιατρικός τουρισμός πέραν από τα πολλά οφέλη που προσφέρει, εμπριέχει και κάποια μειονεκτήματα για την υγεία. Τα μειονεκτήματα αφορούν κατά κύριο λόγο τον ασθενή και τους προορισμούς του ιατρικού τουρισμού. Αρχικά, συνήθως η ασφάλιση που έχει ο ασθενής στη χώρα του δε καλύπτει τις ιατρικές πράξεις στο εξωτερικό. Έτσι ο ασθενής, πρέπει να ψάξει αν και σε τι ποσοστό τον καλύπτει η ασφάλεια του και έπειτα να αποφασίσει για την τελική του επιλογή (Σαραντόπουλος, 2014). Η έλλειψη φορητής ασφάλισης αποθαρρύνει κάποιους υποψήφιους πελάτες από το να λάβουν ιατρικές υπηρεσίες σε μία ξένη χώρα. Παρόλα αυτά, υπάρχει διάθεση για να υπάρχει κοινή πολιτική και πολλές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν ιατρικά ταξίδια και ιατρικά τουριστικά πακέτα.

Η αδυναμία των νομοθεσιών των χωρών να περιορίσουν τα αδικήματα ή τις παράνομες ιατρικές πράξεις είναι ένα σοβαρό πρόβλημα στον ιατρικό τουρισμό. Εάν υπάρξει απροβλεψία κατά τη διάρκεια μια θεραπείας στις ΗΠΑ τότε οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να προσφύγουν στο δικαστήριο ή να προβούν σε διακανονισμό (Bies & Zacharia, 2007). Συνεπώς είναι δύσκολο ο ιατρικός τουρισμός να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης των ιατρικών τουριστών, υπάρχει κίνδυνος πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να αυξήσουν το κόστος και να χρειαστεί να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο εξωτερικό προκειμένου να θεραπευτούν. Επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια επιστροφής στη χώρα διαμονής, συμπεριλαμβανομένων και του τραυματισμού κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Ο συνδυασμός του υψηλού υψόμετρου και των πολλών ωρών ακινησίας

ενέχει κινδύνους και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς. Μια πτήση λίγες ημέρες μετά από μία εγχείρηση, είναι δυνατό να προκληθεί πνευμονικό οίδημα ή θρομβώσεις, επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο (Σαραντόπουλος, 2014). Όχι μόνο η επέμβαση αλλά και η μετεγχειρητική παρακολούθηση στο εξωτερικό μπορεί να γίνει ιδιαίτερα κοστοβόρα, όχι μόνο οικονομικά αλλά και συναισθηματικά. Για αυτό το λόγο, η ιατρική περίθαλψη σε μία ξένη χώρα μπορεί να είναι λιγότερο αποδοτική από ότι η ιατρική περίθαλψη που γίνεται στη χώρα προέλευσης.

Ένα ακόμα μειονέκτημα προκύπτει όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη και δε δύναται να εξυπηρετήσει σωστά τους πολίτες της χώρας. Πολλά έσοδα στο κράτος επιφέρει μόνο το ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτή τη περίπτωση οι οικονομικά ευκατάστατες κοινωνικές τάξεις λαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η αδύναμη κοινωνική τάξη αγνοείται και δε λαμβάνει ιατρική περίθαλψη παρόλο που το έχει ανάγκη.

4. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με τους Deonandan&Bente (2014), ο αναπαραγωγικός τουρισμός είναι ένας από τους πιο αναπτυσσόμενους κλάδους του 21^{ου} αιώνα μεταξύ της ιατρικής και του εμπορίου. Ο αναπαραγωγικός τουρισμός είναι φαινόμενο της εποχής και παρουσιάζει το πρόβλημα της υπογονιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα, αφού τη σημερινή εποχή ολοένα και περισσότερα ζευγάρια ανά τον κόσμο μετακινούνται εκτός των συνόρων της χώρας προέλευσής τους για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο αναπαραγωγικός τουρισμός έχει οριστεί ως η αναζήτηση μεθόδων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής εκτός των εθνικών συνόρων (Inhom, 2010).

Πριν την ανάπτυξη και εφαρμογή των μεθόδων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, η επιθυμία απόκτησης παιδιού παρέμενε ανεκπλήρωτη. Η ανάπτυξη αλλά η συνεχόμενη πρόοδος του συγκεκριμένου τομέα στην ιατρική είναι μεγάλη. Σήμερα η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ευρέως διαδεδομένη και πολλά ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκνοποίησης στρέφονται σε αυτή. Τα ταξίδια των ζευγαριών από χώρα σε χώρα προς αναζήτηση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η φυσική εξέλιξη αυτής της τάσης (Paraskou &George, 2017).

Οι τεχνικές Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής βοηθάνε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις χώρες διαμονής και δίνουν λύσεις ,με το να ταξιδεύουν πέρα από τα εθνικά σύνορα. Οι Knoppers και Le-Bris είναι οι πρώτοι που αναφέρουν τον αναπαραγωγικό τουρισμό, περιγράφοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα των ζευγαριών να ταξιδεύουν πέρα από τα εθνικά σύνορα προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από άλλες χώρες.

Η διασυνοριακή μετακίνηση των ζευγαριών από μία χώρα σε μία άλλη με σκοπό τη λήψη υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συναντάται στη βιβλιογραφία με τον όρο αναπαραγωγικός τουρισμός (Κοκοτά &Παπαδοπούλου, 2015). Παρόλα αυτά, ο όρος από μία μερίδα ανθρώπων θεωρείται ανακριβής και απρόσφορος να αποδώσει το φαινόμενο. Ανακριβής διότι τα ζευγάρια που ταξιδεύουν, επιθυμούν να κάνουν χρήση των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και όχι να διασκεδάσουν ή να ψυχαγωγηθούν. Άρα δεν πρόκειται για τουρισμό. Απρόσφορος γιατί δε δίνει τη δέουσα σημασία και δεν ευαισθητοποιεί τον ακροατή σχετικά με την υπογονιμότητα και τη δυσκολία πρόσβασης στις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια που αναγκάζονται να ταξιδέψουν εκτός συνόρων της χώρας τους για να λάβουν αυτές τις υπηρεσίες.

Την ίδια ακριβώς άποψη έχει και ο Mattoras (2005), υποστηρίζοντας ότι ο ορισμός αναπαραγωγικός τουρισμός είναι ανακριβής και ακατάλληλος. Ανακριβής γιατί με τον όρο τουρισμό εννοούμε ευχάριστο ταξίδι ενώ τα ζευγάρια δε ταξιδεύουν για λόγους αναψυχής και ψυχαγωγίας. Ακατάλληλος διότι τα προβλήματα ατεκνίας. Επομένως, η μετακίνηση αυτή που πραγματοποιούν τα ζευγάρια είναι αναγκαστική και όχι για λόγους αναψυχής όπως εννοείται με τον όρο τουρισμό.

Επειδή ο όρος αναπαραγωγικός τουρισμός είχε αρνητική έννοια για αρκετούς ερευνητές, αναπτύχθηκαν και άλλες έννοιες επεξήγησης του φαινομένου. Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη της ανθρωπολόγου Maria Inhorn, συμμετείχαν ζευγάρια, γνωστά ως αναπαραγωγικοί τουρίστες, τα οποία δε θεωρούσαν τους εαυτούς τους τουρίστες αλλά ασθενείς και ταξίδευαν από μία χώρα σε μία άλλη

για να λάβουν ιατρικές υπηρεσίες. Ακόμη αισθάνονται προσβεβλημένοι όταν αποκαλούνται τουρίστες , καθώς ο τουρισμός συνδέεται με αναψυχή, ψυχαγωγία και διακοπές, ενώ εκείνοι συχνά βιώνουν το ταξίδι τους ως πολύ αγχωτικό.

4.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Οι λόγοι για τους οποίους τα ζευγάρια ταξιδεύουν από τη χώρα τους σε μία άλλη προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι πολλοί και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Υποστηρίζεται ότι το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε χώρας, λόγω των περιορισμών που έχει , οδηγεί στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο ολοένα και περισσότερα άτομα αναγκάζονται να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που δεν είναι προσβάσιμες στη χώρα τους. Εκτός όμως από το νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας ο αναπαραγωγικός τουρισμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών, κοινωνικών ή θρησκευτικών αντιλήψεων. Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξή του είναι:

4.2.1. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους που πολλά ζευγάρια αναγκάζονται να ταξιδέψουν σε άλλες χώρες για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι οι περιορισμοί που προκύπτουν από το νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας. Στην νομοθεσία της κάθε χώρας εμπεριέχονται κανόνες που εξαιρούν είτε σιωπηλά είτε ρητά συγκεκριμένες τεχνικές και μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έτσι η πρόσβαση στο θεσμό της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ρυθμίζεται από το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε χώρας.

Σχετικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής , υπάρχουν χώρες οι οποίες δεν επιτρέπουν τη χρήση ξένου γενετικού υλικού, υπό τη μορφή της ετερόλογης γονιμοποίησης. Μέσα σε αυτή την περίπτωση συμπεριλαμβάνεται και αυτή της παρένθετης μητρότητας. Άλλο ένα θέμα που τίθεται είναι αυτό της ανωνυμίας των δοτριών / δοτών. Οι περισσότερες χώρες στην Ευρώπη έχουν καθιερώσει νομικά την ανωνυμία των δωρητών και την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων.

Παρόλα αυτά εκτός από τους περιορισμούς που σχετίζονται με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, υπάρχουν περιορισμοί που σχετίζονται με την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την οικογενειακή κατάσταση και το φύλο (Κοκοτά και Παπαδοπούλου, 2015). Από αυτούς τους περιορισμούς θίγονται άμεσα είναι τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια, οι γυναίκες που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί με σπέρμα δότη και τα ανύπαντρα ζευγάρια. Γι' αυτό το λόγο, πολλά άτομα που ανήκουν σε αυτές τις περιπτώσεις ταξιδεύουν σε χώρες στις οποίες οι υπηρεσίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι διαθέσιμες βάση της νομοθεσίας της χώρας.

Για παράδειγμα, στις χώρες της Μέσης Ανατολής, απαγορεύεται η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Το Ισραήλ είναι η μόνη χώρα από που εξαιρείται και δεν απαγορεύει τη πρόσβαση σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Στην Ιαπωνία , την Κίνα και την Σαουδική Αραβία, δεν επιτρέπεται η χρήση της παρένθετης μητρότητας. Στην Γερμανία απαγορεύεται η δωρεά ωαρίων, με αποτέλεσμα ένα ποσοστό των κατοίκων της χώρας που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά με τη μέθοδο αυτή, να ταξιδεύουν σε άλλες χώρες που δεν απαγορεύεται η εφαρμογή της. Ασιατικές χώρες , όπως η

Ταϊλάνδη και ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ισπανία και η Τσεχία που έχουν πιο ελαστική νομοθεσία επωφελούνται από τον αναπαραγωγικό τουρισμό (Hertz R., et al., 2016).

4.2.2. ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΥΑ

Το κόστος είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού. Η σημαντικότητα αυτού του παράγοντα αναλύθηκε από τον Snyder και τους συνεργάτες του, σε μία μελέτη που διεξήχθη από τους ίδιους. Στην μελέτη αυτή παρουσιάστηκαν θέματα ηθικής στον ιατρικό τουρισμό με έμφαση στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη χώρα διαμονής τους. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, το κόστος των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ο κύριος λόγος που τα ζευγάρια αναζητούν υπηρεσίες εξωσωματικής γονιμοποίησης στο εξωτερικό (Snyder et al., 2011).

Σε ότι αφορά τα ζευγάρια που κατοικούν στην Αμερική και επιθυμούν να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το κόστος ήταν ο πρωταρχικός λόγος να ταξιδιού εκτός συνόρων. Επειδή το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετά υψηλό στις ΗΠΑ, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες σε συνεργασία με τους εργοδότες προωθούν τον ιατρικό τουρισμό προκειμένου να μειωθεί το κόστος των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού σε χώρες που έχουν πιο οικονομικά προσιτές υπηρεσίες σε σχέση με την Αμερική. Το πιο σημαντικό για τις χώρες που ασχολούνται με τον αναπαραγωγικό τουρισμό είναι ότι προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και ασφάλειας σε πιο προσιτές τιμές. Αυτό είναι και το βασικό κίνητρό που ωθεί τα ζευγάρια να ταξιδεύουν στο εξωτερικό για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σχετική μελέτη έδειξε ότι το κόστος των υπηρεσιών μπορεί να είναι από 30% έως και 70% πιο οικονομικό από στις ΗΠΑ (Cabarello-Danell et al. 2006).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Paraskou&George και αφορούσε ζευγάρια που ταξίδευαν στην Ελλάδα για να λάβουν θεραπεία υπογονιμότητας, ένας από τους κύριους λόγους που αναζητούν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα είναι το περιοριστικό νομοθετικό πλαίσιο που υπήρχε στη χώρα τους και τα αυστηρά κριτήρια καταλληλότητας που συνεπάγονται μεγάλες λίστες αναμονής. Επιπλέον η έρευνα έδειξε ότι ένας από τους πιο πρωταρχικούς παράγοντες επιλογής της Ελλάδας για αναπαραγωγικό τουρισμό είναι το οικονομικό κόστος, καθώς η Ελλάδα είναι άκρως ανταγωνιστική στο κόστος των υπηρεσιών σε σχέση με άλλες χώρες. Άλλοι λόγοι που συντρέχουν στην επιλογή της Ελλάδας είναι η πρόσβαση, η ποιότητα των υπηρεσιών, θρησκευτικοί λόγοι, άρτια εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η φήμη των νοσοκομείων/κλινικών.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το κόστος ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης σε διάφορες χώρες. Τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί και αναλυθεί από μελέτη που έλαβε χώρα το 2017 από τους Paraskou et al.

Χώρα	Κόστος ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης σε ευρώ
Ηνωμένο Βασίλειο	5800
Γερμανία	3000
Ιταλία	6000
Δανία	2500
Ισπανία	5000
Τσεχία	1900
Ρωσία	2000
Ουκρανία	1800
Ελλάδα	3500
Κύπρος	3000
ΗΠΑ	12000

Πίνακας 4.1.: Κόστη ανά κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης σε διάφορες χώρες.

4.2.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΥΑ

Καθώς ο αναπαραγωγικός τουρισμός αναπτύσσεται ταχύτατα , η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί βασικό παράγοντα ανάπτυξης της εκάστοτε χώρας προκειμένου να είναι ανταγωνιστική ανάμεσα στη πληθώρα των επιλογών που υπάρχουν. Η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας είναι απαραίτητη για την επιβίωση και ανάπτυξη μιας επιχείρησης. Άνθρωποι που ανήκουν στις οικονομικά ευκατάστατες τάξεις ταξιδεύουν σε άλλες χώρες , λιγότερο αναπτυγμένες, για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υψηλής ποιότητας αλλά με μικρότερο κόστος. Όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών, αυτή διακρίνεται στην τεχνολογική και λειτουργική ποιότητα. Η τεχνολογική ποιότητα αναφέρεται στον τεχνολογικό εξοπλισμό και στις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων που λαμβάνουν χώρα οι θεραπείες υπογονιμότητας. Η λειτουργική ποιότητα σχετίζεται με το εξειδικευμένο προσωπικό που εργάζεται μέσα σε αυτές τις εγκαταστάσεις. Έτσι η επιλογή των ζευγαριών που αναζητούν θεραπείες υπογονιμότητας στο εξωτερικό καθορίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό από την επιστημονική κατάρτιση και τον επαγγελματισμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των βιολόγων που εμπλέκονται στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Παρόλα αυτά σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η

τεχνολογική ποιότητα καθώς η επιτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σωστή διάγνωση των αιτιών της υπογονιμότητας.

Η ποιότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ του υπογόνιμου ζευγαριού και του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης και ιδανικά οδηγεί και στην επιτυχημένη έκβασή της τεχνητής γονιμοποίησης, που είναι η κύηση. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν τις ανάγκες του κάθε ζευγαριού, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη νέων τεχνικών και προσεγγίσεων με απώτερο σκοπό την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προσελκύουν ολοένα και περισσότερα ζευγάρια που αναζητούν θεραπεία υπογονιμότητας.

Η ανεπαρκής ποιότητα των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εμποδίζει την εδραίωση και ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού (Paffhausen et al., 2010). Μία λύση που προτείνεται για την βελτίωση της ποιότητας είναι η χρήση στρατηγικών μάρκετινγκ και η εφαρμογή πρακτικών και μεθόδων που θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Για το σκοπό αυτό έχουν δημιουργηθεί τρόποι διαπίστευσης της ποιότητας που ουσιαστικά κατατάσσουν τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης σε διεθνώς αναγνωρισμένα κέντρα. Γι' αυτό τον λόγο, όταν ένα ζευγάρι αναζητά κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο εξωτερικό θα πρέπει να ελέγχει εάν είναι διαπιστευμένο από διεθνή διαπίστευση.

4.2.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΗΉ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ

Οι κύριοι λόγοι, ψυχολογικοί ή κοινωνικοί, που τα ζευγάρια αναζητούν θεραπείες υπογονιμότητας στο εξωτερικό είναι η ανωνυμία που διατηρούν μακριά από το κοινωνικό και επαγγελματικό τους περιβάλλον. Ιδιαίτερα στις μουσουλμανικές χώρες υπάρχει η ανησυχία μη στιγματιστούν από το συγγενικό τους περιβάλλον εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. Ακόμη η χρήση ξένου γενετικού υλικού σε αυτές τις χώρες είναι συνυφασμένη με τη μοιχεία (Aboulghar, 2007).

4.3. Ο ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σε ότι αφορά τη περίπτωση του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι μία από τις πιο αναπτυσσόμενες εξειδικευμένες μορφές ιατρικού τουρισμού στην παγκόσμια αγορά. Εκτιμάται ότι 20.000 με 25.000 ζευγάρια ανά έτος λαμβάνουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε χώρες εκτός του τόπου διαμονής τους. Από τους πιο δημοφιλείς προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού παγκοσμίως συμπεριλαμβάνονται το Βέλγιο και το Ισραήλ για εξωσωματική γονιμοποίηση, η Ισπανία για δωρεά ωαρίων, η Σουηδία και η Δανία για δωρεά σπέρματος, η Ρωσία και η Ουκρανία για παρένθετη μητρότητα και οι ΗΠΑ για προεμφυτευτικό και γενετικό έλεγχο (Salama et al., 2018). Γενικά είναι πλέον αντιληπτό ότι η πλειοψηφία των ζευγαριών ταξιδεύουν στο εξωτερικό για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με κίνητρο οικονομικό (κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών) αλλά και με κίνητρο την ύπαρξη νομικών περιορισμών στη χώρα που διαμένουν.

Υπό αυτές τις συνθήκες, πολλά ζευγάρια στρέφονται σε προορισμούς όπου οι υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν σημαντικό χαμηλότερο κόστος ανεξαρτήτως από τα ποσοστά επιτυχίας (Deonandam, 2015). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η Τουρκία καθώς μία θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει μέσο

κόστος 7.900 ευρώ σε αντίθεση με τις ΗΠΑ που το κόστος ανέρχεται στα 11.600 ευρώ. Σε χώρες όπως η Σουηδία και η Νορβηγία το κόστος είναι ακόμη πιο χαμηλό και πιο συγκεκριμένα φτάνει στα 5.300 ευρώ (Simoroulou et al., 2019). Άλλες χώρες που έχουν ιδιαίτερα μεγάλη ζήτηση λόγω της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ,της ποικιλίας που υπάρχουν στις διαθέσιμες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά και του άρτια καταρτισμένου ιατρικού προσωπικού είναι η Ιαπωνία, η Ελλάδα, η Ισπανία , η Τσεχία και η Κύπρος (Jones et al., 2011).

Επιπροσθέτως, σημαντικό θα ήταν να αναφερθούν οι προορισμοί που είναι δημοφιλείς για παρένθετη μητρότητα καθώς το νομικό πλαίσιο αρκετών χωρών δεν επιτρέπει την εφαρμογή της. Υπολογίζεται ότι η παγκόσμια αγορά της παρένθετης μητρότητας έχει αξία περίπου στα 6 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο (Smerdon, 2008). Η χώρα που κατέχει τα πρωτεία στην παροχή τέτοιων υπηρεσιών είναι η Ινδία καθώς η αξία της βιομηχανίας της παρένθετης μητρότητας ανέρχεται 400 εκατομμύρια δολάρια ανά έτος , με πάνω 3.000 κέντρα να εξειδικεύονται πάνω σε αυτό (Deonandan et al., 2012). Άλλη μία χώρα που είναι πολύ δημοφιλής στην παγκόσμια αγορά της παρένθετης μητρότητας είναι οι ΗΠΑ, με την Καλιφόρνια και το Νιου Τζέρσεϊ να έρχονται πρώτες σε αριθμούς αντίστοιχων γεννήσεων (Parks, 2010).

Στην Ευρώπη, ο αναπαραγωγικός τουρισμός αναπτύσσεται ταχύτατα , γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από την συνεχή εξέλιξη των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συγκεκριμένα , η εφαρμογή των τεχνολογιών την υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συναντάται πιο συχνά σε Ευρωπαϊκές χώρες (56% του συνολικού αριθμού σε παγκόσμια κλίμακα). Ακολουθούν οι Ασιατικές χώρες (23% του συνολικού αριθμού) και οι ΗΠΑ (15% του συνολικού αριθμού). Ολοένα και περισσότερα ζευγάρια αναζητούν θεραπείες υπογονιμότητας στην Ευρώπη , δεδομένου ότι έχει αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής και κατά συνέπεια έχει αυξηθεί ο επιπολασμός των διαταραχών της υπογονιμότητας. Στην Ευρώπη, η διασυνοριακή μετακίνηση των ασθενών για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γίνεται κατά κύριο λόγο μεταξύ Ευρωπαϊκών χωρών.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ευρώπη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους περιορισμούς που υπάρχουν στο νομοθετικό πλαίσιο διαφόρων χωρών. Για παράδειγμα η δωρεά ωαρίων, δεν επιτρέπεται από κάποιες χώρες όπως η Γαλλία και έτσι καταφεύγουν σε χώρες που η δωρεά ωαρίων είναι επιτρεπτή όπως η Ισπανία και η Ελλάδα (Bergmann, 2011). Οι μεγάλες λίστες αναμονής για δωρεά ωαρίων σε κάποιες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο οδηγούν τους ασθενείς στην αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Culley et al. , 2011).

4.4. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα αποτελεί ανερχόμενο προορισμό για αναπαραγωγικό τουρισμό και ολοένα και περισσότερα ξένα ζευγάρια επισκέπτονται την χώρα μας γι' αυτό το σκοπό. Όπως έχει αναφερθεί από τον γυναικολόγο Κωνσταντίνο Πάντο, στο παρελθόν τα περισσότερα ζευγάρια που αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας αναζητούσαν θεραπεία στο εξωτερικό. Πλέον όμως, όχι μόνο τα περισσότερα υπογόνιμα ζευγάρια παραμένουν στην Ελλάδα αλλά παρατηρείται και μία σταθερά ανοδική τάση στην εισροή υπογόνιμων ζευγαριών προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, το κόστος και η προηγμένη τεχνολογία αποτελούν τους βασικούς παράγοντες επιλογής της Ελλάδας για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα είναι το φιλελεύθερο και ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο που τη ρυθμίζει το οποίο και θα αναλύσουμε εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό σε συνδυασμό με τον υψηλό βαθμό εξειδίκευσης των κλινικών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανέλιξη του αναπαραγωγικού τουρισμού.

Αν και τα δεδομένα που υπάρχουν μέχρι σήμερα για την αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι ανεπαρκή, έχει υπολογιστεί ότι πάνω από 1.000 υπογόνιμα ζευγάρια επισκέπτονται την Ελλάδα για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Βιδάλης & Μολλάκη, 2018). Σύμφωνα με την Ανεξάρτητη Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, όπως παρουσιάστηκαν στο συνέδριο που έγινε το 2018 στη Βαρκελώνη, ο συνολικός αριθμός των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης που πραγματοποιήθηκαν ανερχόταν στους 30.729, με μία αύξηση της τάξεως του 8,3% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, ενώ ο συνολικός αριθμός των παιδιών που γεννήθηκαν με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν 7.037 (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2019). Βάση αυτών των δεδομένων αποδεικνύεται ότι υπάρχει αύξηση της ζήτησης του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, γεγονός που ενισχύεται και από την αποτελεσματικότητα των τεχνικών που επιλέγονται και από το ποσοστό των επιτυχημένων κυήσεων. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των επιτυχημένων κυήσεων το 2017 για τους κύκλους IVF ανερχόταν στο 27%, για μικρογονιμοποίηση στο 26%, για δωρεά ωαρίων στο 55% και για κρυοσυντήρηση εμβρύων στο 32%(Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2019).

4.5. ΔΙΕΘΝΕΣ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Όπως έχουμε δει στην παρούσα εργασία, ένας από τους κύριους λόγους που ωθούνται οι ασθενείς να κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση σε κάποια άλλη χώρα, είναι η νομοθετική απαγόρευση κάποιων μεθόδων θεραπείας, το όριο ηλικίας των γυναικών, ο περιορισμένος αριθμός των προσπαθειών, ο περιορισμός συγκεκριμένων ομάδων υπογόνιμων ζευγαριών για συγκεκριμένες τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι μεγάλες λίστες αναμονής.

Όμως ο Αναπαραγωγικός τουρισμός συνήθως παρουσιάζεται ως ένα πρόβλημα. Η ποικιλία των θεσμικών κανονισμών παγκοσμίως και τα ταξίδια των ανθρώπων σε

άλλες χώρες θέτουν το ερώτημα αν « οποιαδήποτε δικαιοδοσία μπορεί να συνεχίσει να επιβάλλει τους δικούς της κανόνες» (Pennings, 2002).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουμε να κάνουμε με μια ανοικτή αγορά υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ενιαίο νομικό σύστημα σε ευρείς τομείς. Επίσης η ελευθερία κινήσεων και οικονομικών δραστηριοτήτων που επικρατούν εν συνεχεία, είναι αρκετό για να παραβλέπονται οι εθνικοί περιορισμοί των νόμων, σχετικά με το θέμα του αναπαραγωγικού τουρισμού. Συνήθως οι τουρίστες αναπαραγωγής δεν είναι ενήμεροι για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν ενώ κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση σε κάποια άλλη χώρα. Πρώτα από όλα υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια και τα πρότυπα ποιότητας που ακολουθούν οι κλινικές. Αν δεν είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με τα ποσοστά επιτυχίας και τις εφαρμοζόμενες μεθόδους από τις κλινικές, κινδυνεύουν να βρεθούν αντιμέτωποι με αμέλεια και ανικανότητα.

Εκτός αυτού, όταν επιστρέψουν στην χώρα καταγωγής τους, μπορούν να αντιμετωπίσουν νομικά προβλήματα. Ειδικά στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας δεν μπορεί να εγγραφεί ότι η χώρα καταγωγής του ζευγαριού, θα αναγνωρίσει το παιδί ως πολίτη. Φυσικά όσον αφορά το ζήτημα της εθνικότητας, εξαρτάται από το κυρίαρχο κράτος η απόφαση. Ως αποτέλεσμα, σε πολλά παιδιά κινδυνεύει η ιθαγένεια, όπου οδηγεί σε στέρηση των δικαιωμάτων τους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους ιστούς και τα κύτταρα (EUTCD) 2004/23/EC εισήγαγε κοινά πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας για τους ανθρώπινους ιστούς και κύτταρα σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο σκοπός της οδηγίας ήταν να διευκολύνει την ασφαλέστερη και ευκολότερη ανταλλαγή ιστών και κυττάρων (συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων ωαρίων και σπερματοζωαρίων) μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και για την βελτίωση των προτύπων ασφαλείας για τους Ευρωπαίους πολίτες (Human Fertilization and Embryology Authority, 2009).

Η EUTCD περιλαμβάνει τρεις οδηγίες, την μητρική οδηγία του Συμβουλίου 2004/23/EC (2004) που προβλέπει την Νομοθεσία – Πλαίσιο και τις δύο τεχνικές οδηγίες 2006/17/EC (2006) και 2006/86/EC (2006), οι οποίες παρέχουν αναλυτικά τις απαιτήσεις του EUTCD.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή περιλαμβάνεται από την Ευρωπαϊκή Οδηγία για την Ποιότητα και Ασφάλεια των ιστών και κυττάρων (2004/23/EC). Αυτό ισχύει όλες τις μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης σε όλα τα κράτη μέλη της Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου. Σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οδηγία δεν ασχολείται με το να δείχνει διαφορετικούς τρόπους αύξησης της απόδοσης, όπως τα ποσοστά επιτυχίας. Αντί αυτού ο σκοπός της οδηγίας είναι η αύξηση της ποιότητας μέσω υποχρεωτικών εφαρμογών ενός ποιοτικού διοικητικού συστήματος (ESHRE, 2008). Αυτό περιλαμβάνει την παρουσία κατάλληλα εκπαιδευμένου και πιστοποιημένου προσωπικού, πλήρη τεκμηρίωση και διαμόρφωση του προτύπου λειτουργικής διαδικασίας, ελέγχου ποιότητας και διασφάλισης της ποιότητας σε όλες τις μονάδες που εκτελούν υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η οδηγία 2004/23/EC θεωρείται ότι συμβάλλει στη ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών ειδικά σε περιπτώσεις του αναπαραγωγικού τουρισμού, όπου η ασφάλεια και οι συνθήκες ποιότητας πρέπει να είναι κορυφαίες. Θα μπορούσε ίσως να αποτελέσει ένα έναυσμα προς τη νομική εναρμόνιση που περιορίζεται στα πρότυπα της ασφάλειας και της ποιότητας. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν η οδηγία της ΕΕ, η οποία απαιτεί επιπλέον χρόνο και χρήμα, έχει ως αποτέλεσμα την υψηλότερη ποιότητα με σεβασμό και αποτελεσματικότητα, στις ανάγκες του ασθενή.

4.6. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Μέχρι το 2002, δεν υπήρχε θεσμοθετημένο νομοθετικό πλαίσιο για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, παρά το γεγονός ότι υπήρχαν πολλές κλινικές εξωσωματική γονιμοποίησης (Leon et al, 2011). Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο για την τεχνητή γονιμοποίηση σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Ιατρών Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής χωρίζεται σε τρεις τομείς:

- Την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή σύμφωνα με τον Ν 3089/2002
- Τις εφαρμογές της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής σύμφωνα με τον Ν. 3305/2005
- Τον κανονισμό ΙΚΑ – ΕΤΑΜ.

Έχει υπολογιστεί από επίσημες καταγραφές ότι το ποσοστό των γεννήσεων που πραγματοποιήθηκαν μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες αγγίζει το 3,9% του γενικού πληθυσμού (Andersen et al, 2009). Οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα και από το 2005, πάνω από 50 κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι επισήμως καταγεγραμμένες, ένας αριθμός που είναι από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη, σε χώρες που έχουν τον ίδιο πληθυσμό (Leon et al, 2011).

Εκτιμάται ότι περίπου 1.000 ζευγάρια ταξιδεύουν στην Ελλάδα κάθε χρόνο για υπηρεσίες τεχνητής αναπαραγωγής, λόγω της υψηλής επιτυχίας γονιμοποίησης και του χαμηλού κόστους σε σχέση με άλλες χώρες. Τα ζευγάρια συνήθως συνδυάζουν το ταξίδι με διακοπές είτε στην Αθήνα είτε στα ελληνικά νησιά. Η Ελλάδα συχνά χαρακτηρίζεται από επιστημονικά περιοδικά ως ένας «προορισμός ιδανικός για αναπαραγωγικό τουρισμό»

4.6.1. ΔΩΡΕΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Το εθνικό θεσμικό πλαίσιο Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πριν την ύπαρξη του νομικού πλαισίου, η δωρεά σπέρματος επιτρεπόταν στην Ελλάδα. Επιπλέον, ήταν συχνό φαινόμενο, ο δωρητής να παραμένει ανώνυμος, ακόμη και στην περίπτωση της δωρεάς κάποιου άλλου οργάνου του σώματος του.

Σύμφωνα με το άρθρο 1455, η εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι επιτρεπτή μόνο σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα αδυνατεί να συλλάβει παιδί με φυσικό τρόπο ή για την αποφυγή της μετάδοσης επικίνδυνης γενετικής ανωμαλίας στο παιδί.

Σύμφωνα με το άρθρο 1456, οι τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορούν να εφαρμοστούν και στις ανύπαντρες γυναίκες ή στις γυναίκες χωρίς άνδρα.

Σύμφωνα με το άρθρο 1457, παρέχεται η δυνατότητα της χρήσης της εξωσωματικής γονιμοποίησης μετά την απώλεια του συζύγου.

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 1460 του νόμου 3089 του αστικού κώδικα, πρέπει να διατηρείται η ανωνυμία του δότη σπέρματος ή ωαρίου και να μην αποκαλύπτεται η ταυτότητα αυτών στα άτομα που θέλουν να τεκνοποιήσουν. Οι ιατρικές πληροφορίες σχετικά με τον δότη είναι εμπιστευτικές. Η πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες είναι

επιτρεπτές μόνο για ιατρικό όφελος του παιδιού. Τέλος, η ταυτότητα του παιδιού και των γονιών δεν πρέπει να κοινοποιούνται στον δότη (Leon et al, 2011).

4.6.2 Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ανωνυμία του δότη είναι για να προστατευτούν τα δικαιώματα των δωρητών και της ιδιωτικής του ζωής. Το άρθρο 8 του ECHR ορίζει την προστασία της ιδιωτικής ζωής ως δικαίωμα στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή. Κατά την άσκηση του δικαιώματος της ιδιωτικότητας δεν πρέπει να υπάρχει καμία παρέμβαση από την δημόσια αρχή εκτός κάποιων εξαιρέσεων που εναρμονίζονται με τον νόμο και κρίνονται αναγκαίες σε μία δημοκρατική κοινωνία (Zyberaj, 2013).

Η γνώση της γενετικής προέλευσης περιλαμβάνει δύο μέρη: το πρώτο είναι τα ζητήματα απορρήτου, το οποίο αγγίζει το ερώτημα αν το άτομο είναι ενήμερο ότι έχει συλληφθεί από δωρεά σπέρματος. Το δεύτερο μέρος είναι η ανωνυμία του δότη σχετικά με την απελευθέρωση της ταυτότητας του δότη στους απογόνους. Ωστόσο, καμία χώρα δεν έχει έναν κανόνα που υποχρεώνει τους γονείς να ενημερώσουν το παιδί ή ότι ενημερώνεται το παιδί από μόνο του ενάντια στην βούληση των γονιών (Pennings, 2001).

4.6.3. ΔΩΡΕΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΩΝ

Λόγω της οικονομικής κρίσης, εκατοντάδες Έλληνες και μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα πουλάνε το σπέρμα τους για να βγάλουν χρήματα, ειδικά τους μήνες του καλοκαιριού και πριν τις Χριστουγεννιάτικες διακοπές (Ραβίου, 2011).

Σύμφωνα με τον Άρθρο 8 του Ν. 3305/2005, ένας δότης σπέρματος αποζημιώνεται για τα ιατρικά έξοδα και την μεταφορά. Ωστόσο, κάποιες τράπεζες σπέρματος πληρώνουν επιπλέον 30 με 50 ευρώ για κάθε δωρεά.

Λόγω των μέτρων λιτότητας, δεν υπάρχει πλέον η Εθνική Ανεξάρτητη Αρχή για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή για να ελέγχει αν τα αναγκαία ιατρικά τεστ πραγματοποιούνται ή όχι. Οι τράπεζες σπέρματος λειτουργούν χωρίς άδεια. Επιπλέον λόγω της έλλειψης της υπεύθυνης αρχής, το κράτος δεν γνωρίζει τον ακριβή αριθμό των τραπεζών σπέρματος, ούτε εάν τηρούν τους απαραίτητους κανόνες.

Σύμφωνα με την οδηγία 2004/23/EC και του άρθρου 26, η οποία ασχολείται με τις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ορίζει ότι: «Τα κράτη μέλη θα πρέπει να εφαρμόσουν ελέγχους, που θα εκτελούνται από υπαλλήλους, για να διασφαλίσουν ότι τα ιδρύματα ιστών και κυττάρων θα συμμορφώνονται με τις διατάξεις της παρούσας οδηγίας» Στην περίπτωση της Ελλάδος, μετά την έλλειψη της υπηρεσίας ελέγχου λόγω της λιτότητας, φαίνεται ότι δεν μπορεί να προσαρμοστεί με τις διατάξεις της οδηγίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

4.6.4. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

«Κοινωνική Παρένθετη Μητρότητα» είναι το είδος της κύησης, όπου μια γυναίκα αποφασίζει να δώσει σε μια άλλη γυναίκα την δυνατότητα να κυοφορήσει το παιδί της από επιλογή π.χ. αισθητικούς ή λόγους καριέρας, ακόμη και αν είναι σε θέση να

κυφορήσει η ίδια χωρίς κάποιον κίνδυνο, ή για σοβαρούς ιατρικούς λόγους π.χ. αφαίρεση μήτρας λόγω καρκίνου ή άλλων επιπλοκών (Hatzis, 2010).

«Ομοφυλοφιλική Παρένθετη Μητρότητα» είναι το είδος της κύησης, όπου όταν ένα ομοφυλόφιλο ζευγάρι ανδρών επιθυμεί να έχει ένα παιδί, «νοικιάζει» τις υπηρεσίες μιας παρένθετης μητέρας που προσφέρει την μήτρα της και κάποιες φορές το ωάριο της. Ένας από τους δύο πατέρες παρέχει το σπέρμα.

Η ελληνική νομοθεσία χρησιμοποιεί δύο όρους: εγκυμονούσα μητρότητα και μητρότητα αντικατάστασης. Ο πρώτος όρος περιγράφει την κατάσταση που η γυναίκα μεταφέρει στην μήτρα της το έμβρυο που παράχθηκε *in vitro* με γαμέτες του ζεύγους. Ο δεύτερος όρος περιγράφει την κατάσταση στην οποία η γυναίκα χρησιμοποιεί τις ωοθήκες της και την μήτρα της. Σε αυτή την περίπτωση, η γυναίκα δεσμεύεται να παραδώσει το μωρό σε τρίτο πρόσωπο από το οποίο της είχε ανατεθεί. Η δεύτερη περίπτωση απαγορεύεται από τον Ελληνικό Νόμο.

5. SWOT ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΤΟΥΡΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η διαμόρφωση στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης για τον αναπαραγωγικό τουρισμό απαιτεί αρχικά την ανάλυση των δυνατών σημείων (strengths), των αδύναμων σημείων (weaknesses), των ευκαιριών (opportunities) και των απειλών (threats) που εντοπίζονται για αυτή τη μορφή τουρισμού στην Ελλάδα. Ουσιαστικά, πρόκειται για την ανάλυση του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος που επηρεάζει τον αναπαραγωγικό τουρισμό στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από ενδελεχή έρευνα. Επομένως, η εξωτερική ανάλυση έχει ως σκοπό να εντοπίσει και να αναλύσει τις ευκαιρίες και τις απειλές που υπάρχουν, ενώ η εσωτερική ανάλυση να τονίσει και να εκτιμήσει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία που έχει ο αναπαραγωγικός τουρισμός ως μορφή τουρισμού. Τα στοιχεία αυτά για τον αναπαραγωγικό τουρισμό αναφέρονται συνοπτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

<p>ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Χαμηλό κόστος υπηρεσιών 2. Άριστες κλιματολογικές συνθήκες 3. Ευέλικτο Νομοθετικό πλαίσιο 4. Τουριστικές υποδομές 5. Απουσία εποχικότητας 6. Μεγάλος αριθμός κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής 7. Άρτια εκπαιδευμένο και καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό 8. Μικρή λίστα αναμονής 	<p>ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ασφαλιστικά ταμεία και χρονοβόρα διαδικασία αποζημίωσης 2. Έλλειψη διεθνούς στρατηγικής Μάρκετινγκ 3. Έλλειψη δεδομένων για τον προσδιορισμό των παραμέτρων βιομηχανίας 4. Έλλειψη συνεργασίας των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με πρακτορεία τουρισμού 5. Έλλειψη αντιμετώπισης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως προϊόν τουρισμού 6. Έλλειψη δυνατότητας μεταφοράς της ασφαλιστικής κάλυψης των ιατρικών τουριστών
<p>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ισοτιμία Ευρώ- Δολαρίου 2. Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών Αναπαραγωγικού τουρισμού 3. Βελτίωση Νομοθετικού πλαισίου Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 4. Τουριστικά πρακτορεία Αναπαραγωγικού τουρισμού 5. Εισαγωγή Συναλλάγματος 6. Ενίσχυση της σχέσης μεταξύ υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τουρισμού 	<p>ΑΠΕΙΛΕΣ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Απουσία καταγραφής κίνησης αναπαραγωγικού τουρισμού 2. Παρουσία έντονου ανταγωνισμού 3. Εθνική και Διεθνής οικονομική συγκυρία 4. Μείωση προϋπολογισμού στον αναπαραγωγικό τουρισμό 5. Κίνδυνοι πριν και μετά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή εξαιτίας του συνδυασμού με διακοπές και την αποφυγή της φροντίδας 6. Διαχείριση κέρδους μεταξύ παρόχων και μεσαζόντων.

Πίνακας 5.1.: Ανάλυση SWOT για τον αναπαραγωγικό τουρισμό στην Ελλάδα

5.1. ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

Τα δυνατά σημεία του Αναπαραγωγικού τουρισμού συμπεριλαμβάνουν κυρίως τα εγγενή πλεονεκτήματα του προϊόντος του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα. Τα δυνατά σημεία ενισχύουν και διαφοροποιούν το προϊόν. Συγκεκριμένα επεξηγούνται παρακάτω:

- **Χαμηλό κόστος υπηρεσιών:** Το κόστος των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη Ελλάδα είναι σημαντικά πιο χαμηλό από τις ΗΠΑ, την Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Κύπρο, τη Γαλλία και τη Γερμανία. Λόγω του χαμηλού κόστους, η Ελλάδα έχει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε σχέση με άλλες χώρες καθώς πολλά ζευγάρια θέτουν προτεραιότητα και δίνουν σημασία στο κόστος των υπηρεσιών.
- **Άριστες κλιματολογικές συνθήκες:** Το κλίμα της Ελλάδας είναι εύκρατο και εντάσσεται στο μεσογειακό τύπο κλίματος. Οι περισσότερες μέρες του χρόνου είναι ηλιόλουστες ακόμα και κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Η θερμοκρασία διατηρείται σε καλά επίπεδα και τους χειμερινούς μήνες, ενώ οι βροχερές μέρες είναι λίγες σε σχέση με άλλες χώρες.
- **Ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο:** Ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους που πολλά υπογόνιμα ζευγάρια επιλέγουν της Ελλάδα για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι το ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο της χώρας. Σε πολλές χώρες, δεν είναι επιτρεπτή η δωρεά ωαρίων και σπέρματος, όπως το ίδιο ισχύει και για την προεμφυτευτική διάγνωση των εμβρύων για κληρονομικά νοσήματα.
- **Τουριστικές υποδομές:** Η Ελλάδα, στα περισσότερα αστικά κέντρα που υπάρχουν κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έχει αναπτυγμένες τουριστικές υποδομές διαμονής και διατροφής. Με γνώμονα πάντα την καλύτερη των ασθενών, οι υποδομές αυτές πληρούν όλες τις προϋποθέσεις για την άριστη εξυπηρέτηση και μετακίνηση των ασθενών στις κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- **Απουσία εποχικότητας:** Η πλειοψηφία των αστικών κέντρων που διαθέτουν κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης, μπορούν να αξιοποιηθούν και τους χειμερινούς αλλά και τους θερινούς μήνες. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι τουριστικές υποδομές λειτουργούν καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Ο αναπαραγωγικός τουρισμός, ως τουριστικό προϊόν, λειτουργεί συμπληρωματικά με τις υπόλοιπες ευκαιρίες αναψυχής.
- **Μεγάλος αριθμός κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής:** Η Ελλάδα, και ιδιαίτερα η Αθήνα, διαθέτει μεγάλο αριθμό κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Άλλες πόλεις που διαθέτουν τέτοια κέντρα είναι η Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο, η Πάτρα και η Λάρισα.
- **Άρτια εκπαιδευμένο και καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό:** Οι Έλληνες ιατροί είναι παγκόσμια αναγνωρισμένοι για την άρτια εκπαίδευσή τους και τις ποιοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν. Η Ελλάδα επίσης είναι γνωστή για την ποιότητα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που παρέχει σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό των γεννήσεων και με το χαμηλό ποσοστό αποβολών.
- **Μικρή λίστα αναμονής:** Ένας ίσως από τους πιο σημαντικούς λόγους ανάπτυξης του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι η μεγάλος χρόνος αναμονής για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στην Ελλάδα αρκετές ιδιωτικές κλινικές προσφέρουν άμεσα υπηρεσίες χωρίς καθόλου χρόνο αναμονής.

- **Υποδομές:** Στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα της Ελλάδας οι υποδομές είναι οργανωμένες και σύγχρονες. Οι τουρίστες έχουν εύκολη πρόσβαση στις ιδιωτικές κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με αυτοκίνητο εξαιτίας των αυτοκινητοδρόμων ή με τα μέσα μεταφοράς που είναι οργανωμένα και με συχνά δρομολόγια. Οι σωστές υποδομές και η εύκολη πρόσβαση σε έναν προορισμό είναι ένα από τα βασικά κίνητρα για την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού, καθώς δίνεται η δυνατότητα στον επισκέπτη να εξερευνήσει τον τόπο.

5.2. ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

Τα αδύνατα σημεία αφορούν κυρίως όλους τους παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με τον αναπαραγωγικό τουρισμό και επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξή του. Τα σημεία αυτά αναλύονται παρακάτω:

- **Ασφαλιστικά ταμεία και χρονοβόρα διαδικασία αποζημίωσης:** Παρά το γεγονός ότι από το 2005 έχει ψηφιστεί νόμος που παραπέμπει σε προεδρικό διάταγμα για την κάλυψη των εξόδων εφαρμογής των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τα ασφαλιστικά ταμεία, η πλειονότητα των ζευγαριών συνεχίζουν να καλύπτουν οι ίδιοι τις δαπάνες ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης. Κάθε κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης κοστίζει περίπου 4.000 ευρώ, ένα ποσό το οποίο περιλαμβάνει και τα φάρμακα τα οποία καλύπτονται συνήθως από τα ασφαλιστικά ταμεία. Με τη συμμετοχή από την ασφαλιστική κάλυψη καλύπτεται περίπου το 25% της αξίας. Επίσης υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί ως προς την κάλυψη των εξόδων, όπως ότι η γυναίκα πρέπει να είναι παντρεμένη, να είναι μεγαλύτερη των 23 ετών και μικρότερη των 45 ετών και να μην έχει κάνει παραπάνω από 4 προσπάθειες.
- **Έλλειψη διεθνούς στρατηγικής μάρκετινγκ:** Η Ελλάδα εμφανίζει μια αδυναμία δημιουργίας διαφημιστικής καμπάνιας για τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Η στρατηγική μάρκετινγκ εξαρτάται από τη συνολική εικόνα της χώρας και ειδικά στην περίπτωση του κλάδου αναπαραγωγικού τουρισμού δεν είναι αρκετά ισχυρός για να μπορέσει να υποστηριχθεί από το κράτος. Η Ελλάδα επίσης λόγω συνθηκών δε μπορεί να προσφέρει ελκυστικές εκπτώσεις στα υπογόνιμα ζευγάρια.
- **Έλλειψη δεδομένων για τον προσδιορισμό των παραμέτρων βιομηχανίας:** Δυστυχώς, δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα σχετικά με τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Γι αυτό το λόγο η πολιτεία αδυνατεί να θέσει στόχους. Παρά το γεγονός ότι οι πηγές προέλευσης των δεδομένων είναι γνωστές, δεν επαρκούν για να βγουν κάποια συμπεράσματα. Είναι σημαντικό τα δεδομένα να παρέχουν πληροφορίες σχετικά το λόγο του ταξιδιού, συμπεριλαμβανομένου και τον ιατρικό λόγο επίσκεψης σε μία ξεχωριστή κατηγορία. Επίσης ωφέλιμο θα ήταν να διεξαχθούν κάποια αποτελέσματα ασθενών ανα μήνα, κατατασσοντάς τους ανά κατηγορία ιατρικής επίσκεψης, και να γίνουν ερωτήσεις σχετικά με τις δαπάνες που πραγματοποιούν.
- **Έλλειψη συνεργασίας των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με πρακτορεία τουρισμού:** Τα υπογόνιμα ζευγάρια που ταξιδεύουν στην Ελλάδα από το εξωτερικό χρειάζονται ένα ολοκληρωμένο πακέτο ιατρικών και τουριστικών υπηρεσιών. Το ολοκληρωμένο πακέτο αποτελεί βασικό κίνητρο στο τουρίστα-ασθενή λόγω του μειωμένου κόστους αλλά και της ασφάλειας

που παρέχει με την πλήρη κάλυψη όλων των αναγκών. Μόνο ένας πολύ μικρός αριθμός κλινικών στην Ελλάδα συνεργάζεται με τουριστικά γραφεία.

- **Έλλειψη αντιμετώπισης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως προϊόν τουρισμού:** Τα περισσότερα κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ενδιαφέρονται να προσελκύσουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών για τις υπηρεσίες τους, με κύριο γνώμονα πάντα τις ιατρικές τους ανάγκες. Δυστυχώς, η πλειοψηφία των επιστομόνων και των γιατρών αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν δεν είναι αυτό καθαυτό το προϊόν, αλλά μπορούν να συνδιαστούν με ένα πλήθος στοιχείων που μπορεί να οργανωθεί ως μια τουριστική εμπειρία.
- **Έλλειψη δυνατότητας μεταφοράς της ασφαλιστικής κάλυψης των ιατρικών τουριστών:** Η πλειονότητα των ασφαλιστικών ταμείων δεν καλύπτουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν χώρα στο εξωτερικό εξαιτίας των αμφιβολιών που υπάρχουν σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, το κόστος των παρόχων και τα νομικά και θεσμικά εμπόδια (Mattoo & Rathindran, 2005).

5.3. ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

Οι ευκαιρίες αφορούν κυρίως την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού και δε συνδέονται άμεσα με δεδομένα που αφορούν τις κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, τα στοιχεία αυτά προέρχονται νεότερες πηγές και μπορούν να αξιοποιηθούν για την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα. Κάποιες από αυτές τις ευκαιρίες αναλύονται παρακάτω:

- **Ισοτιμία Ευρώ- Δολαρίου:** Η ενίσχυση του δολαρίου έναντι του ευρώ σήμερα βοηθάει την προσέλευση ολοένα και περισσότερων τουριστών στην Ελλάδα από τις ΗΠΑ. Το γεγονός αυτό σε συνδιασμό με μια διαφημιστική καμπάνια προώθησης του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, ενισχύει τη δυνατότητα άυξης των τουριστών- ασθενών στην Ελλάδα για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- **Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών Αναπαραγωγικού τουρισμού:** Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα ενισχύσουν την θετική εικόνα του ασθενή για την χώρα και κυρίως θα την συνδέσουν με την μοναδική εμπειρία της δυνατότητας απόκτησης παιδιού. Αν ο τουρίστας έχει μείνει ικανοποιημένος υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επαναλάβει το ταξίδι είτε για ιατρικούς λόγους είτε για λόγους αναψυχής. Είναι κρίσιμες σημασίας οι τουρίστες-ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι και να διαφημίζουν τη χώρα και τις υπηρεσίες της από στόμα σε στόμα.
- **Βελτίωση Νομοθετικού πλαισίου Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής:** Το έτος 2015 έλαβε χώρα μια συνάντηση μεταξύ των επιστημόνων και της πολιτείας προκειμένου να γίνουν τροποήσεις για την βελτίωση και τη δημιουργία ενός πιο ευέλικτου νομοθετικού πλαισίου. Ακόμα δε γνωρίζουμε πολλά για αυτές τις τροποποιήσεις, όμως αυτό που επιδιώκεται να αλλάξει είναι η αποζημίωση που δίνεται από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία στα ζευγάρια εντός της Ελλάδος που λαμβάνουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για κάθε μία από τις προσπάθειές τους.
- **Τουριστικά πρακτορεία Αναπαραγωγικού τουρισμού:** Εξαιτίας της αύξησης της ζήτησης του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, έχουν αρχίσει να δημιουργούνται και να αναπτύσσονται εξειδικευμένα πρακτορεία

αναπαραγωγικού τουρισμού. Παρόλα αυτά , αν και η Ελλάδα υπολείπεται σε αυτό τον τομέα,η δημιουργία οργανωμένων πακέτων και η δημιουργία διαφημιστικής καμπάνιας συμβάλλει στην ανάπτυξη και εδραίωση του αναπαραγωγικού τουρισμού.

- **Εισαγωγή Συναλλάγματος:** Ο αναπαραγωγικός τουρισμός συμβάλλει και στην ενίσχυση της οικονομίας του κράτους μέσω της εισαγωγής συναλλάγματος από τουρίστες-ασθενείς από άλλες χώρες. Η Ελλάδα έχει ανάγκη του συναλλάγματος.
- **Ενίσχυση της σχέσης μεταξύ υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τουρισμού:** Δυστυχώς, παρόλη την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού, μόνο ένα μικρό ποσοστό των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνεργάζονται με τουριστικά πρακτορεία. Φαίνεται ότι οι επιστήμονες του κλάδου δε συσχετίζουν τις υπηρεσίες τους με τον τουρισμό.

5.4. ΑΠΕΙΛΕΣ

Οι απειλές αφορούν δεδομένα που αποτελούν εμπόδιο στην περαιτέρω ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού. Σημαντικό είναι να αναλυθούν και να βρεθούν λύσεις για την αντιμετώπισή τους.

- **Απουσία καταγραφής κίνησης αναπαραγωγικού τουρισμού:** Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία εκτός από τα γενικά στατιστικά στοιχεία που διαθέτει από καταλύματα και σταθμούς εισόδου και εξόδου, δεν έχει στοιχεία που αφορούν συγκεκριμένα τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Επομένως, δε διαθέτει σύστημα καταγραφής των τουριστών που λαμβάνουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έτσι , δυσχερénεται η δημιουργία στρατηγικής μάρκετινγκ για την προώθηση της Ελλάδας για αναπαραγωγικό τουρισμό.
- **Παρουσία έντονου ανταγωνισμού:** Ένας σημαντικός κίνδυνος για την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι η ύπαρξη ανταγωνισμού σε διεθνές επίπεδο. Η ύπαρξη άλλων χωρών οι οποίες είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικές και έχουν εδραιωθεί ως ιατρικοί προορισμοί, όπως η Φιλιπίνες, η Ινδία,
- **Εθνική και Διεθνής οικονομική συγκυρία:** Η οικονομική κρίση που εντείνεται όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε εθνικό επίπεδο , σε συνδιασμό με τη γενικευμένη αβεβαιότητα, επηρεάζει τη ψυχολογία των τουριστών-ασθενών. Είναι επομένως λογικό αυτή η κατάσταση να επηρεάζει την τλαση για πολυδάπανες υπηρεσίες , όπως είναι ο αναπαραγωγικός τουρισμός.
- **Μείωση προϋπολογισμού στον αναπαραγωγικό τουρισμό:** Η οικονομική αβεβαιότητα που υπάρχει σε συνδιασμό με την αύξηση των φόρων στα τουριστικά πακέτα και ιδιαίτερα στη διαμονή και στις μεταφορες, αυξάνεται διαρκώς το συνολικο κόστος για τα υπογόνιμα ζευγάρια που αναζητούν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο εξωτερικό. Ακολούθως και λόγω της αστάθειας στον οικονομικό τομέα, μειώνονται και οι εξωτερικές επενδύσεις από πολυεθνικές εταιρείες.
- **Κίνδυνοι πριν και μετά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή εξαιτίας του συνδυασμού με διακοπές και την αποφυγή της φροντίδας:** Ο αναπαραγωγικός τουρισμός έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στον ασθενή λόγω του συνδυασμού ταξιδιού για ιατρικό σκοπό και αναψυχή. Παρόλα αυτά, ένα τέτοιου είδους ταξίδι φαίνεται ότι απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή

και κάποιες φορές πρέπει να αποφεύγεται. Σημαντικό είναι επίσης να αποφευχθεί η σωματική κούραση , η κατανάλωση αλκοόλ, η έκθεση στον ήλιο ,η γυμναστική και το κάπνισμα. Για αυτό το λόγο , οι τουρίστες- ασθενείς πρέπει να έχουν σωστή ενημέρωση από το γιατρό τους. Πολλές φορές όμως , διακόπτεται η επικοινωνία με το γιατρό μετά το πέρας της εξωσωματικής καθώς οι ασθενείς επιστρέφουν στη χώρα διαμονή τους ή δε καλύπτεται η συγκεκριμένα παροχή από τα τουριστικά πακέτα.

- **Διαχείριση κέρδους μεταξύ παρόχων και μεσαζόντων:** Η είσοδος φορέων όπως ασφαλιστικών εταιρειών, εργοδοτών και μεσοζόντων στον αναπαραγωγικό τουρισμό έχει αλλάξει η δυναμική του. Σύμφωνα με τον ΗΜΟ στις Η.Π.Α. ότι η είσοδος όλων αυτών των φορέων εκτόξευσε τα κέρδη στον ιατρικό τουρισμό και δημιούργησε πιο ελκυστικά πακέτα για τους ασθενείς-τουρίστες. Επίπλεον πραηρήθηκε ότι τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν δε τα κέρδισαν οι ασθενείς ούτε οι πάροχοι υγείας, αλλά οι ενδιάμεσοι φορείς. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα πολιτικής , το οποίο θα πρέπει να λάβει υπόψη η πολιτεία και οι πάροχοι υγείας.

Συνοψίζοντας, είναι σημαντικό όλα τα παραπάνω δεδομένα να εξεταστούν και να αναλυθούν τόσο από το ελληνικό κράτος όσο και από τις ιδιωτικές κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έτσι θα αξιοποιηθούν τα δυνατά σημεία και οι ευκαιρίες και θα επιλυθούν οι αδυναμίες και οι απειλές με στόχο την ανάπτυξη και εδραίωση του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα.

6. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των χωρών που είναι δημοφιλείς για τον αναπαγωγικό τουρισμό. Πιο συγκεκριμένα, θα αναλυθούν εκτενέστερα οι λόγοι που επιλέγονται οι συγκεκριμένοι προορισμοί για αναπαγωγικό τουρισμό, καθώς και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν σε συνδυασμό με το κόστος αυτών των υπηρεσιών.

6.1. ΙΡΑΝ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ένας από τους κύριους λόγους ανάπτυξης του αναπαγωγικού τουρισμού είναι οι νομικοί, ηθικοί και θρησκευτικοί παράγοντες. Το Ιράν είναι μία, κατά κύριο λόγο, μουσουλμανική χώρα η οποία έχει ένα σημαντικό αριθμό πιστοποιημένων κέντρων εξωσωματικής και γι' αυτό το λόγο αποτελεί σταθμό υποβοηθούμενης αναπαγωγής για τη Μέση Ανατολή.

Σε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011 από τον Moghimehfar και τους συνεργάτες του εξετάστηκαν οι αιτίες που ωθούν τα ζευγάρια στην αναζήτηση υποβοηθούμενης αναπαγωγής στο Κέντρο Γονιμότητας και Υπογονιμότητας της πόλης Isfahan του Ιράν. Τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν από τη χρήση ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 67 ζευγαριών. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν μουσουλμανικά ζευγάρια που ταξίδεψαν στο Ιράν για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκτός από τους γενικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του αναπαγωγικού τουρισμού (κόστος, ποιότητα υπηρεσιών, χιλιομετρική απόσταση από την χώρα προέλευσης των υπογόνιμων ζευγαριών κ.α.), υπάρχουν και άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες για την επιλογή του Ιράν ως δημοφιλής προορισμός για υπηρεσίες εξωσωματικής γονιμοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με νομοθετικούς και θρησκευτικούς περιορισμούς που περιορίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαγωγής σε άλλες χώρες της Μέσης Ανατολής. Το Ιράν σε αντίθεση με άλλες χώρες της ανατολής, έχει πάρει νομική άδεια για την διεξαγωγή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Επιπροσθέτως, η θρησκεία του Ιράν επιτρέπει την πρόσβαση σε τέτοιου είδους υπηρεσίες. Συνεπώς, τα υπογόνιμα ζευγάρια από χώρες όπως το Πακιστάν, το Ιράκ και το Αφγανιστάν, ταξιδεύουν στο Ιράν για υποβοηθούμενη αναπαγωγή (Moghiehfar et al., 2011).

Σύμφωνα επομένως και από όσα προέκυψαν από την παραπάνω έρευνα, οι νομικοί και θρησκευτικοί παράγοντες εμποδίζουν πολλά υπογόνιμα ζευγάρια να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαγωγής. Ουσιαστικά, αυτή η μελέτη τονίζει τη σημαντικότητα των θρησκευτικών και νομικών περιορισμών για την περαιτέρω ανάπτυξη του αναπαγωγικού τουρισμού στο Ιράν. Το συγκεκριμένο παράδειγμα παρουσιάζεται για να διευρυνθούν οι ορίζοντες ανάπτυξης του αναπαγωγικού τουρισμού και να τονιστεί ότι η ύπαρξη ενός πιο χαλαρού νομοθετικού πλαισίου, όπως στην Ελλάδα συμβάλλει στην περαιτέρω ανάπτυξη του αναπαγωγικού τουρισμού.

6.2. ΤΟΥΡΚΙΑ

Τη τελευταία δεκαετία παρατηρείται μία αξιοσημείωτη αύξηση του αναπαγωγικού τουρισμού στην Τουρκία. Ένα από τα πιο σημαντικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της Τουρκίας σε σύγκριση με άλλες χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας

είναι το χαμηλό κόστος της θεραπείας σε συνδυασμό με την καλή ποιότητα των υπηρεσιών. Σε μια έρευνα, η οποία διεξήχθη το 2016 από το Yildiz και τους συνεργάτες του , αναλύθηκαν τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η Τουρκία ως δημοφιλής προορισμός αναπαραγωγικού τουρισμού σε σύγκριση με άλλες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα εστιάζει, αναλύει και συγκρίνει το κόστος, την ποιότητα και το ποσοστό επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης μεταξύ της Τουρκίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από εξειδικευμένο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης για την Τουρκία και από επιδημιολογικές μελέτες για τις Ηνωμένες Πολιτείες. Όσον αφορά το κόστος της θεραπείας στην Τουρκία ως δείκτης μέτρησης χρησιμοποιήθηκε η τιμή που παρέχεται από τον κυρίαρχο φορέα σε ιατρικούς τουρίστες. Για τη μέτρηση του κόστους της θεραπείας στις ΗΠΑ αντίστοιχα, υπολογίστηκε η μέση τιμή ενός κύκλου εξωσωματικής από ένα δείγμα αμερικάνικων νοσοκομείων. Για τη σύγκριση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών μεταξύ των δύο χωρών αντλήθηκαν δεδομένα από διάφορους δείκτες κλινικής ποιότητας και από τα ποσοστά των επιτυχημένων κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι δείκτες κλινικής ποιότητας και τα ποσοστά επιτυχίας των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης υπερέτευσαν σε σχέση με τους αντίστοιχους δείκτες στις ΗΠΑ. Επιπλέον , βρέθηκε ότι και το κόστος της θεραπείας στην Τουρκία ήταν αρκετά χαμηλότερο από το κόστος της θεραπείας στις ΗΠΑ. Η απόκλιση στο κόστος των θεραπειών μεταξύ Τουρκίας και Ελλάδας είναι τόσο μεγάλη ,με αποτέλεσμα ακόμα και με την οικονομική επιβάρυνση του ταξιδιού και της διαμονής στην Τουρκία να παραμένει αρκετά χαμηλότερο από το κόστος θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Συμπεραίνουμε, ότι ο λόγος κόστους/αποτελεσματικότητας ανά επιτυχημένο κύκλο εξωσωματικής ήταν αρκετά υψηλότερος στις Ηνωμένες Πολιτείες σε σύγκριση με την Τουρκία. Η έρευνα παρουσίασε ότι τόσο το κόστος όσο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη και τη ζήτηση του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Τουρκία. Επομένως , από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι η Τουρκία είναι ένας αρκετά ελκυστικός προορισμός για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από ιατρικούς τουρίστες λόγω του χαμηλού κόστους της θεραπείας και των μεγάλων ποσοστών των επιτυχημένων κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης.

6.3. ΙΑΠΩΝΙΑ

Η Ιαπωνία είναι μία χώρα που διαθέτει ένα πολύ μεγάλο αριθμό κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (περίπου 600), αλλά έχει κάποιους νομοθετικούς περιορισμούς σε σύγκριση με άλλες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, στην Ιαπωνία είναι επιτρέπεται η εξωσωματική γονιμοποίηση και η δωρεά σπέρματος ενώ απαγορεύεται η δωρεά ωαρίων , η επιλογή του φύλου και η χρήση της παρένθετης μητρότητας. Από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Hibino και τους συνεργάτες το 2013 στην οποία συμμετείχαν Ιάπωνες ασθενείς που έλαβαν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκτός συνόρων.

Τα στοιχεία αντλήθηκαν από 2.007 άτομα τα οποία αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας, από 65 κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ιαπωνία μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων (περίπου το 70%) προτιμάει να λαμβάνει υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εντός των συνόρων της χώρας. Το υπόλοιπο 30 % των ασθενών δήλωσε ότι θα ήταν πρόθυμοι να ταξιδέψουν σε άλλες χώρες για υπηρεσίες εξωσωματικής γονιμοποίησης. Κατά κύριο

λόγο , αυτοί οι ασθενείς αναζητούν υπηρεσίες που δεν επιτρέπονται στην χώρα όπως η δωρεά ωαρίων και η χρήση της παρένθετης μητρότητας. Ουσιαστικά, από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτη φάνηκε ότι η επιλογή των Ιαπώνων ασθενών που ταξιδεύουν σε άλλες χώρες επηρεάζεται κυρίως από τους νομοθετικούς περιορισμούς και όχι από το κόστος και τη ποιότητα των υπηρεσιών. Ακόμη, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με αρκετές ανεπιτυχείς κύκλους εξωσωματικής στρέφουν το ενδιαφέρον τους σε άλλες χώρες προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η πλειοψηφία των Ιαπώνων επιλέγουν τις Ηνωμένες Πολιτείες προκειμένου λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αν και το υψηλό κόστος της θεραπείας στις ΗΠΑ αποτελεί περιοριστικό παράγοντα. Γι' αυτό το λόγο, ολοένα και περισσότερα υπογόνιμα ζευγάρια ταξιδεύουν σε άλλες χώρες για υπηρεσίες εξωσωματικής όπως στη Μαλαισία , στη Ταϊλάνδη και την Ινδία. Το κόστος θεραπείας σε αυτές τις χώρες είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σύγκριση με τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η πλειονότητα των υπογόνιμων ζευγαριών στην Ιαπωνία που ταξιδεύουν εκτός συνόρων της χώρας για να λάβουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρακινούνται κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης , από διαφημίσεις στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και από το διαδίκτυο. Απ' όσα προαναφέρθηκαν συμπεραίνεται ότι παρατηρείται μία μικρή εκροή των Ιαπώνων ασθενών εκτός της χώρας κυρίως λόγω του χαμηλού κόστους των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη χώρα τους. Παρ' όλα αυτά το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο και η αυξημένοι ηλικία των υπογόνιμων ζευγαριών μπορεί να τους παροτρύνει να μετακινηθούν στο εξωτερικό προκειμένου να λάβουν θεραπεία (Hibino et al., 2013).

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει μια ανασκόπηση στα σημαντικότερα ζητήματα που σχετίζονται με τον ιατρικό τουρισμό, με ιδιαίτερη έμφαση στον αναπαραγωγικό τουρισμό και στις προοπτικές ανέλιξής του στη Ελλάδα. Έχει υπολογιστεί περίπου ότι 20.000 με 25.000 ζευγάρια ανά έτος λαμβάνουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε χώρες εκτός του τόπου διαμονής τους. Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί αναπαραγωγικού τουρισμού είναι το Βέλγιο και το Ισραήλ για εξωσωματική γονιμοποίηση, η Ισπανία για δωρεά ωαρίων, η Σουηδία και η Δανία για δωρεά σπέρματος, η Ρωσία και η Ουκρανία για παρένθετη μητρότητα και οι ΗΠΑ για προεμφυτευτικό και γενετικό έλεγχο. Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι το κόστος των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι νομοθετικοί περιορισμοί, η ποιότητα των υπηρεσιών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ψυχολογικοί και κοινωνικοί λόγοι.

Η ανάλυση SWOT που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της εκπόνησης της παρούσας εργασίας σχετικά με τον αναπαραγωγικό τουρισμό στην Ελλάδα, υπέδειξε ότι έχει πολλές προοπτικές εξέλιξης και με το σωστό σχεδιασμό μιας στρατηγικής ανάπτυξης μπορεί να έχει μια σταθερά ανοδική πορεία. Η Ελλάδα έχει πολλά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα όπως το χαμηλό κόστος των υπηρεσιών, οι ευνοϊκές κλιματολογικές συνθήκες, το ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο, η μικρή λίστα αναμονής, το άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κ.α. Παρόλα αυτά διάφορες αδυναμίες και μειονεκτήματα την εμποδίζουν να αναπτύξει πλήρως το δυναμικό της. Ένα από τα σημαντικότερα μειονεκτήματα της χώρας είναι η έλλειψη στρατηγικής μάρκετινγκ σε εθνικό επίπεδο για την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού. Άλλοι παράμετροι που αναστέλλουν τη περαιτέρω ανάπτυξή του είναι η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των κλινικών εξωσωματικής με πρακτορεία ειδικού τουρισμού και η παρουσία του έντονου ανταγωνισμού. Όσον αφορά την ύπαρξη του μεγάλου ανταγωνισμού, αν και η Ελλάδα έχει σχετικά χαμηλό κόστος υπηρεσιών, υπάρχουν χώρες όπως η Τουρκία που έχουν χαμηλότερο κόστος και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Άρα η Τουρκία έχει συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με την Ελλάδα. Χώρες όπως η Ισπανία και η Τουρκία έχουν αποκτήσει ήδη θετική φήμη και αποτελούν δημοφιλείς προορισμούς τα τελευταία χρόνια σε αντίθεση με την Ελλάδα.

Η έλλειψη βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με τις μελέτες σύγκρισης της Ελλάδας με άλλες χώρες φανερώνει ότι η Ελλάδα δεν αποτελεί έναν δημοφιλή προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού στην παγκόσμια και Ευρωπαϊκή αγορά. Οι μελέτες περίπτωσης που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία έδειξαν ότι το σημαντικότερο πλεονέκτημα στην περίπτωση του Ιράν ήταν η πρόσβαση σε υπηρεσίες εξωσωματικής γονιμοποίησης σε σύγκριση με άλλες χώρες της Μέσης Ανατολής. Έτσι οι νομοθετικοί και θρησκευτικοί περιορισμοί επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού. Στην περίπτωση της Τουρκίας, το χαμηλό κόστος σε συνδυασμό με την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών είναι το βασικότερο πλεονέκτημα της σε σύγκριση με τις Ηνωμένες Πολιτείες. Αποδεικνύεται επομένως ότι λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού για να μπορέσει μια χώρα να γίνει δημοφιλής προορισμός θα πρέπει να έχει όσο το δυνατόν παραπάνω συγκριτικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με άλλες. Η Τουρκία υπερτερεί των ΗΠΑ λόγω κυρίως του χαμηλού κόστους. Γι' αυτό το

λόγο, η Ελλάδα οφείλει να αξιοποιήσει στο μέγιστο τα πλεονεκτήματά της σχετικά με τον αναπαραγωγικό τουρισμό και να χτίσει ένα ισχυρό brand και να αποκτήσει καλή φήμη γύρω από τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Τέλος, στην περίπτωση της Ιαπωνίας οι κύριοι λόγοι αναζήτησης θεραπείας εκτός συνόρων είναι για υπηρεσίες όπως η δωρεά ωαρίων και η παρένθετη μητρότητα που δεν επιτρέπονται στη χώρα. Άρα για μία ακόμη φορά αποδεικνύεται ότι ένα από τα βασικότερα πλεονεκτήματα της Ελλάδας που πρέπει να αξιοποιήσει για να αναπτυχθεί είναι η ευέλικτη νομοθεσία.

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η ζήτηση για ποιοτικές και χαμηλού κόστους υπηρεσίες διαρκώς αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα και θα συνεχίσει να αυξάνεται εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου ζωής αλλά και εξαιτίας του υψηλού κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κρίνεται αναγκαίο η Ελλάδα να σχεδιάσει και να εφαρμόσει μια στρατηγική εξειδίκευσης και στόχευσης σε εθνικό επίπεδο για τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Έτσι θα αποκτήσει σταδιακά καίρια θέση στη βιομηχανία του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ευρωπαϊκή και παγκόσμια αγορά.

7.2.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως διαφαίνεται απ' όσα ήδη έχουν αναφερθεί και από την ανάλυση SWOT , υπάρχουν ευκαιρίες για να μπορέσει η Ελλάδα να γίνει δημοφιλής προορισμός αναπαραγωγικού τουρισμού. Στην συνέχεια θα παραθέσουμε προτάσεις για το πως μπορεί να επιτευχθεί αυτό.

Αρχικά, είναι πολύ σημαντικό όλες οι κλινικές εξωσωματικής να ενώσουν τις δυνάμεις τους και να βοηθήσουν έτσι ώστε το θεσμικό πλαίσιο να γίνει ακόμη πιο ελκυστικό για την προσέλκυση ιατρικών τουριστών. Ειδικότερα, κρίνεται αναγκαίο να τεθούν οι βάσεις για οργανωμένη υποστήριξη και προβολή από την πλευρά του κράτους. Η διαφήμιση του αναπαραγωγικού τουρισμού ουσιαστικά πρέπει να έχει μια κατεύθυνση περισσότερο τουριστική.

Η πολιτική που πρέπει να ακολουθηθεί για να επιτευχθεί η τουριστική κατεύθυνση εμπεριέχει διάφορες προτάσεις. Πιο συγκεκριμένα, το προϊόν του αναπαραγωγικού τουρισμού πρέπει να εμπλουτιστεί με άλλες δραστηριότητες , επειδή δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να επιλέξει από μία γκάμα επιλογών και να αυξήσει τις πιθανότητες παραμονής του στην Ελλάδα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η συνεργασία επίσης με σύγχρονα ξενοδοχειακά καταλύματα , θα βοηθήσει να γίνει η διαμονή στον ασθενή και στον συνοδό πιο ευχάριστη. Σε περίπτωση που επιτευχθεί πετυχημένη εγκυμοσύνη, ο ασθενής ίσως επιστρέψει στο μέλλον είτε για ταξίδι αναψυχής είτε για να αποκτήσει και δεύτερο παιδί.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τον Magnamater (2011), περίπου το 15% των ζευγαριών στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φυσιολογική σύλληψη ενός παιδιού. Ο δείκτης ολικής γονιμότητας- αριθμός παιδιών ανά ζευγάρι στην Ελλάδα ήταν 1.29, ενώ αντίστοιχα στην Ευρώπη ήταν 1.49(Τούντας, 2004). Επομένως και έχοντας λάβει υπόψιν τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύεται η αναγκαιότητα για την αύξηση των γεννήσεων. Για να επιτευχθεί αυτό είναι αναγκαίο να βελτιωθεί το νομικό πλαίσιο σε συνεργασία με τους ασφαλιστικούς παρόχους , προκειμένου να οφέλη για τα υπογόνιμα ζευγάρια.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι και οι ίδιες οι κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης ως επιχειρήσεις οφείλουν να ενισχύσουν την επωνυμία της κλινικής, επιζητώντας και

άλλες μορφές διαφήμισης εκτός από το ίντερνετ, όπως για παράδειγμα διαφήμιση σε συνεργαζόμενα ξενοδοχειακά καταλύματα και σε τουριστικά πρακτορεία που προωθούν τον ιατρικό τουρισμό. Με αυτόν τον τρόπο θα επιτευχθεί να έχουν μια προσέγγιση με πιο τουριστικό χαρακτήρα και θα αναδειχθούν τα πλεονεκτήματα του θεσμικού πλαισίου της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες που δεν επιτρέπουν στα υπογόνιμα ζευγάρια κάποιες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής λόγω νομικών και θρησκευτικών παραγόντων.

Το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν οι επιχειρήσεις αφήνει λίγα περιθώρια για την περαιτέρω ανάπτυξή τους. Παρ' όλα αυτά επειδή είναι λίγα τα πρακτορεία που ασχολούνται με ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα, δίνεται η δυνατότητα να αναδειχθούν σε έναν κλάδο που αναπτύσσεται ραγδαία σε παγκόσμιο επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψιν τις ανεπαρκείς μελέτες για τον αναπαραγωγικό τουρισμό στην Ελλάδα και το μικρό ποσοστό εισροής των ασθενών από το εξωτερικό γίνεται αντιληπτό ότι ο αναπαραγωγικός τουρισμός στην Ελλάδα είναι ακόμη σε αρχικό στάδιο αν και υπάρχουν μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης. Γι' αυτό το λόγο η συνεργασία με τουριστικά πρακτορεία εντός και εκτός Ελλάδας, κρίνεται αναγκαία.

7.2.2. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όλα όσα έχουν ήδη αναφερθεί στην παρούσα εργασία, δημιουργούν προβληματισμούς που πρέπει να διερευνηθούν τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και από την πλευρά της ζήτησης του αναπαραγωγικού τουρισμού.

Στο πλαίσιο συνεργασίας με τουριστικούς φορείς είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί μία έρευνα σε επίπεδο Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης αλλά και σε άλλους τοπικούς φορείς που θα εξετάζει τους λόγους έλλειψης συνεργασιών, τους τομείς συνεργασίας και τους τρόπους ισχυροποίησης των μεταξύ τους δεσμών, ώστε να παρέχεται ένα ολοκληρωμένο τουριστικό προϊόν. Στην ίδια φιλοσοφία πρέπει να διερευνηθούν τρόποι που θα συμβάλλουν στην ενίσχυση του αναπαραγωγικού τουρισμού.

Επιπλέον, θεωρείται αναγκαία η διερεύνηση τόσο της αναγκαιότητας όσο και των προδιαγραφών υιοθέτησης ενός συστήματος καταγραφής της δραστηριότητας του αναπαραγωγικού τουρισμού, τόσο από την πλευρά των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όσο και από την πλευρά των υπογόνιμων ζευγαριών. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα μπορούν να αξιοποιηθούν στο μέλλον για συγκρίσεις, για προτάσεις ενίσχυσης του αναπαραγωγικού τουρισμού και για την επίλυση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν.

Αδιαμφισβήτητα, είναι σημαντικό μελλοντικά να διεξαχθεί μία έρευνα στην οποία θα εξεταστεί η πρόθεση των τουριστών να συμπεριλάβουν στη διαμονή τους περιηγήσεις σε διάφορα αξιοθέατα στην Ελλάδα και δραστηριότητες που τους ενδιαφέρουν, εφόσον βέβαια τους επιτρέπεται από τον ιατρό τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Η απουσία συνεργασίας των τουριστικών πρακτορείων με τις συνεργαζόμενες ξενοδοχειακές μονάδες έχει ως συνέπεια την έλλειψη οργανωμένων εκδρομών σε συνδυασμό με τον ασθενείς που έρχονται για αναπαραγωγικό τουρισμό. Ουσιαστικά, η ζήτηση οργανωμένων εκδρομών είναι κάτι που πρέπει να εξεταστεί από τα τουριστικά πρακτορεία ειδικού τουρισμού και να ενεργοποιηθεί και να προωθηθεί η συμμετοχή των καταναλωτών.

Στην Ελλάδα δεν έχει εξεταστεί η άποψη των ξενοδοχειακών καταλυμάτων σχετικά με τον αναπαραγωγικό τουρισμό. Μια τέτοια έρευνα θα έδειχνε και το επίπεδο της συνεργασίας που μπορεί να προκύψει με μια κλινική εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Τέλος, απαιτείται να εξεταστεί η αναγκαιότητα υιοθέτησης διαφορετικής πολιτικής προώθησης του αναπαραγωγικού τουρισμού, έτσι ώστε να προσαρμόζεται στις ανάγκες της κάθε χώρας. Ο αναπαραγωγικός τουρισμός στην Ελλάδα είναι μία ανερχόμενη μορφή τουρισμού με πολύ καλές προοπτικές ανάπτυξης και εξέλιξης. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή μιας στρατηγικής ανέλιξης σε εθνικό επίπεδο θα συμβάλλει σημαντικά στην εδραίωση του αναπαραγωγικού τουρισμού ως μια ανταγωνιστική μορφή ιατρικού τουρισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aboulghar, Mohamed, et al. "Paternal Age and Outcome of Intracytoplasmic Sperm Injection." *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 14, no. 5, Jan. 2007, pp. 588–592, [https://doi.org/10.1016/s1472-6483\(10\)61050-4](https://doi.org/10.1016/s1472-6483(10)61050-4).

Allahbadia, G. (2010). Complications of IVF. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 60(4):297-298.

Barad DH. In Vitro Fertilization (IVF). In: *Encyclopedia of Endocrine Diseases*. Elsevier; 2004. p. 77-81.

Beke A. (2019) "Genetic Causes of Female Infertility", *Exp Suppl*,111, 367-383.

Bergmann, S. (2011). Fertility tourism: circumventive routes that enable access to reproductive technologies and substances. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 36(2), 280-289.

Beyer DA. Intrauterine insemination (IUI): The ESHRE Capri workshop group. *Gynakol Endokrinol*. 2009;7(4):263-73.

Białk-Wolf, Anna. "The Relationship between Public Health and Medical Tourism." *Www.elgaronline.com*, Edward Elgar Publishing, 4 Nov. 2022, www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781800378308/book-part-9781800378308-8.xml.

Bies, William, and Lefteris Zacharia. "Medical Tourism: Outsourcing Surgery." *Mathematical and Computer Modelling*, vol. 46, no. 7, 1 Oct. 2007, pp. 1144–1159, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895717707000933, <https://doi.org/10.1016/j.mcm.2007.03.027>.

Brezina PR, Zhao Y. (2012) "The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies", *Obstetrics and Gynecology International*, Retrieved March 7, 2020 from the website

<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/686253/>

Caballero-Danell, Sara, and Chipo Mugomba. "Medical Tourism and Its Entrepreneurial Opportunities - a Conceptual Framework for Entry into the Industry."

Gupea.ub.gu.se, 19 July 2007, gupea.ub.gu.se/handle/2077/4671.

Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., & Pacey, A. A. (2011).

Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Human Reproduction*, 26(9), 2373-2381.

Deonandan, R., Green, S., & Van Beinum, A. (2012). Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *Journal of Medical Ethics*, 38(12), 742-745.

Deonandan, Raywat, and Andreea Bente. "Assisted Reproduction and Cross-Border Maternal Surrogacy Regulations in Selected Nations." *Ruor.uottawa.ca*, vol. 4, no. 1, 2014, pp. 225–236, ruor.uottawa.ca/handle/10393/26155.

Deshpande PS, Gupta AS (2019). "Causes and Prevalence of Factors Causing Infertility in a Public Health Facility", *J Hum Reprod Sci*, 12(4), 287–293.

Garcia-Altes, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of tourism research*, 32(1), 262-266.

Gill, Harsimran, and Neha Singh. "Exploring the Factors That Affect the Choice of Destination for Medical Tourism." *Journal of Service Science and Management*, vol. 04, no. 03, 2011, pp. 315–324, <https://doi.org/10.4236/jssm.2011.43037>.

Goldrat O, Gervy C, Englert Y, et al. Progesterone levels in letrozole associated controlled ovarian stimulation for fertility preservation in breast cancer patients. *Hum Reprod*. 2015;30(9): 2184-9

Hertz, R, et al. "Attitudes toward Regulations of Reproductive Care in the European Union: A Comparison between Travellers for Cross-Border Reproductive Care and Citizens of the Local Country." *Facts, Views & Vision in ObGyn*, vol. 8, no. 3, 2016, pp. 147–160, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5172571/.

- Hibino Y., Shimazono Y., Kambayash Y., Hitomi Y., and Nakamura H. (2013). Attitudes towards cross-border reproductive care among infertile Japanese patients. *Environmental Health and Preventive Medicine* 18, pp477-484
- Hurd WW, Alan C, Menge CA, Randolph FJ, Ohl AD, Ansbacher R, Brown NA (1993) "Comparison of intracervical, intrauterine and intratubal techniques for donor insemination", *Fertility and Sterility*, 2(59): 339-420.
- Inhorn, M. C., & Shrivastav, P. (2010). Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(Suppl), 68S-74S.
- Jones Jr, H. W., Cooke, I., Kempers, R., Brinsden, P., & Saunders, D. (2011). International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: preface. *Fertility and Sterility*, 95(2), 491.
- Kamel RM. Assisted reproductive technology after the birth of louise brown. *J Reprod Infertil* 2013;14(3):96-109.
- Kaspar, Heidi, and Sunita Reddy. "Spaces of Connectivity: The Formation of Medical Travel Destinations in Delhi National Capital Region (India)." *Asia Pacific Viewpoint*, vol. 58, no. 2, 15 June 2017, pp. 228–241, <https://doi.org/10.1111/apv.12159>.
- Klemetti, R., Sevón, T., Gissler, M., Hemminki, E. (2005). Complication of IVF and Ovulation Induction. *Human Reproduction*, 20(12):3293-3300.
- Laspa, Christina. "Medical Tourism and the Egress of Economic Depression: The Case of Assisted Reproduction Services in Greece." *Journal of Economics and Public Finance*, vol. 5, no. 2, 28 May 2019, p. 227, www.scholink.org/ojs/index.php/jepf/article/view/2063, <https://doi.org/10.22158/jepf.v5n2p227>.
- Marsek, Patrick W., and Frances Sharpe. *The Complete Idiot's Guide to Medical Tourism*. Google Books, Penguin, 2009,

books.google.gr/books/about/The_Complete_Idiot_s_Guide_to_Medical_To.html?id=K_FmEHysNFMc&redir_esc=y.

Mn, Mascarenhas, et al. “National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys.” *PLoS Medicine*, 2012, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23271957/.

Matorras, R. (2005). Reproductive Exile versus Reproductive Tourism. *Human Reproduction*, 20, 3571. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dei223>

Moghimehfar F. and, Nasr – Esfahani M. H. H. (2011). Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management* 32(6): 1431-1434

Nagy ZP, Varghese AC, Agarwal A, editors. *In vitro fertilization: A textbook of current and emerging methods and devices*. 2nd ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2019.

Paffhausen AL, Peguero C, Roche-Villarreal L (2010). *Medical tourism: a survey*. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Washington, D.C

Paffhausen AL, Peguero C, Roche-Villarreal L (2010). *Medical tourism: a survey*. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Washington, D.C

Paraskou, A., & George, B. P. (2017). The market for reproductive tourism: an analysis with special reference to Greece. *Global health research and policy*, 2(1), 1-12.

Parks, J. A. (2010). Care ethics and the global practice of commercial surrogacy. *Bioethics*, 24(7), 333-340.

Pikramenou, N. (2014) *Reproductive Tourism in Europe: Legal and Ethical Issues*. The cases of Sweden and Greece. (pp 71). Uppsala University.

- Rao K. (2010). “Nobel prize for scientist Professor Robert G Edwards”, *J Hum Reprod Sci*, 3(3), 120
- Salama, M., Isachenko, V., Isachenko, E., et al. (2018). Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(7), 1277-1288.
- Sarantopoulos, I., Katsoni, V., & Geitona, M. (2014). Medical tourism and the role of e-medical tourism intermediaries in Greece. *tourismos*, 9(2), 129-145.
- Sarantopoulos, I., Vicky, K., & Geitona, M. (2014). A supply side investigation of medical tourism and ICT use in Greece. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 148, 370-377.
- Sauer MV, Kavic SM. Oocyte and embryo donation 2006: reviewing two decades of innovation and controversy. *Reprod Biomed Online*. 2006;12(2):153-62.
- Sharma RS, Saxena R & Singh R. (2018). "Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective", *Indian J Med Res*, 148(Suppl), S10-S14.
- Simopoulou, M., Sfakianoudis, K., Giannelou, P., et al. (2019). Treating infertility: current affairs of cross-border reproductive care. *Open Medicine*, 14(1), 292-299.
- Smerdon, U. R. (2008). Crossing bodies, crossing borders: international surrogacy between the United States and India. *Cumberland Law Review*, 39(1), 15–85.
- Snick, H. K., et al. “The Spontaneous Pregnancy Prognosis in Untreated Subfertile Couples: The Walcheren Primary Care Study.” *Human Reproduction*, vol. 12, no. 7, 1 July 1997, pp. 1582–1588, <https://doi.org/10.1093/humrep/12.7.1582>.
- Snyder, J., et al. “Perceptions of the Ethics of Medical Tourism: Comparing Patient and Academic Perspectives.” *Public Health Ethics*, vol. 5, no. 1, 11 Dec. 2011, pp. 38–46, philpapers.org/go.pl?id=SNYPOT&proxyId=&u=http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10

.1093%2Fphe%2Fphr034, <https://doi.org/10.1093/phe/phr034>.

Storrow, Richard. "Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory Recommended Citation." *Hastings Law Journal*, vol. 57, no. 2, 2005,

repository.uclawsf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3607&context=hastings_law_journal.

Sullivan-Pyke C, Dokras A. Preimplantation genetic screening and preimplantation genetic diagnosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45(1):113-25.

Trussell, J., and C. Wilson. "Sterility in a Population with Natural Fertility." *Population Studies*, vol. 39, no. 2, July 1985, pp. 269–286, <https://doi.org/10.1080/0032472031000141486>

The ESHRE Task force on ethics and law 2003. Ethical issues related to multiple pregnancies in medically assisted procreation. *Human Reproduction* 18(9): 1976- 7

Who. int, 2010. World Alliance for Patient Safety. Who. int, 5 May.

Woodman, Ciaran B. J., et al. "The Natural History of Cervical HPV Infection:Unresolved Issues." *Nature Reviews Cancer*, vol. 7, no. 1, Jan. 2007, pp. 11–22, <https://doi.org/10.1038/nrc2050>.

World Health Organization, 2008. Primary Health Care, s.l.: The World Health Report
Yildiz M. S. and Khan M. M. (2016). Opportunities for reproductive tourism:cost and quality advantages of Turkey in the provision of in-vitro Fertilization (IVF) services. *BMC Health Services Research* 16 (378)

Yuan A., Zhuangzhuang S, Linan L, et al. Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: 69 Psychological and neurohormonal assessment. *J Assist Reprod Genet*.2013;30(1): 35-41

Zyberaj, J., 2013. The Complications of Donor Assisted Reproduction Anonymity. Academic Journal of Interdisciplinary Studies, 9(9), pp. 578-582

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναστασιλάκης Χ. (2016). «Κρυσσυντήρηση ωθητικού ιστού για διατήρηση γονιμότητας», Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Βιδάλης, Τ., & Μολλάκη, Β. (2018). Έκθεση: Ιατρικός Τουρισμός. Αθήνα: Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής.

Γείτονα Μ., Σαραντόπουλος Ι., (2015), Ιατρικός τουρισμός: Επένδυση στην υγεία και οικονομία, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Γουρουντή ΚΚ. (2011). «Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση – προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (2019). Παρουσίαση στατιστικών δεδομένων των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στην ESHRE 2018. Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://eaiya.gov.gr> (τελευταία πρόσβαση στις 31/10/2019)

Καρύδης ΝΑ. (2007). «Διερεύνηση της επίδρασης των ανωμαλιών της χρωματίνης των σπερματοζωαρίων στην έκβαση της ενδοωαρικής έγχυσης σπερματοζωαρίων (ICSI)», Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Κόκοτα, Β., Παπαδοπούλου, Α. (2015). Η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε κίνηση. Σε: Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ευρώπη: Κοινωνικά, ηθικά και νομικά ζητήματα. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, 20Ι (σ. 471-484). Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Κοροβέση Π. (2016) «Ελληνικός Ιατρικός Τουρισμός: Υφιστάμενη Κατάσταση και Προοπτικές Ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγειονομικής περίθαλψης», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Λαϊνός Τ., «Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Εξωσωματική γονιμοποίηση». Α,Β τόμος , Οικογενειακή Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα, 2006

Μιχαλάς ΣΠ. (2000). «Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία», Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος.

Μπόντης Ι. (2007). Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μπίτζιου Σ-Μ. (2018). Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή – νομικά, οικονομικά και ηθικά ζητήματα. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ν. 3305/2005 - ΦΕΚ 17/Α/27-1-2005, <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yeia/tekhnete-gonimopoiiese/n-3305-2005.html>

Σαραντάκη Α, Γουρουντή Κ & Λυκερίδου Α. (2008). «Εμπειρία υπογόνιμων Ελληνίδων που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση», Νοσηλευτική, 47(1): 122-133

- Σαραντόπουλος Ι.Α., (2014), Ο ιατρικός τουρισμός στην Ελλάδα: Σύγχρονες διαστάσεις και προοπτικές, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής.
- Σαρίδη Μ., Γεωργιάδη Ε. (2010). "Αίτια υπογονιμότητας", Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4): 409-419. 132.
- Σουλιώτης Κ, Κατσαπή Α, Δοξιάδης Α. (2012) Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα,. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
- Σπυρόπουλος Φ, Βαρβέρη Μ. (2020) «Η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Νομική αντιμετώπιση και ηθικά ζητήματα», Unpublished Manuscript. Retrieved June 1, 2020 from the website https://www.lawspot.gr/nomika-blogs/fotios_spyropoylos/i-atrika-yprovoithoymeni-anaparagogi-nomiki-antimetopisi-kai-ithika
- Τζαφέττας ΜΙ. (1996). «Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», Θεσσαλονίκη: Μανουσάκης Μ.
- Τούντας, Ι., 2008. Οι Υπηρεσίες Υγείας Στην Ελλάδα 1996-2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, pp. 1-88
- Χατζιωαννίδου Ε. (2018). «Το βίωμα της εγκυμοσύνης όταν απουσιάζει η γενετική συγγένεια μητέρας – εμβρύου: μια φαινομενολογική ανάλυση», Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- Deloitte (2017). Healthcare in Greece Overview and Trends. Διαθέσιμο από https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-healthcare/gr_healthcare_in_greece_noexp.pdf
- ESHRE, 2015. European Society of Human Reproduction and Embryology. [Ηλεκτρονικό]
- Hatzis, A., 2010. The Regulation of Surrogate Motherhood in Greece. [Ηλεκτρονικό] Available at: [The Regulation of Surrogate Motherhood in Greece by Aristides N. Hatzis :: SSRN](#)
- Health.in.gr, n.d. Αναπαραγωγικός τουρισμός. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231251757>
- health-tourism.com, 2015. Health - Tourism.com. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/>
- Pavlou, L., 2011. Greeks become sperm donors due to Economic Crisis. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://greekreporter.com/2011/08/02/greeks-become-sperm-donors-due-to-economic-crisis/>
- University Hospitals Coventry & Warwickshire [Internet]. Nhs.uk. [cited 2020 Dec 3]. Available at: <https://www.uhcw.nhs.uk/ivf/treatments/fer/>
- Άποψη των ασθενών για την εφαρμογή της Οδηγίας 2011/24 για τη διασυνοριακή περίθαλψη. Διαθέσιμο από https://www.ltas.gr/articles_det.asp?artid=298&aid=24
- ΕΛ.Ε.Ι.Υ.Α., 2015. Νομοθεσία. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.eleiya.gr/?page_id=26
- ΕΥΑ(2018) . Παρουσίαση στατιστικών δεδομένων των μονάδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην ESHRE 2018. Διαθέσιμο από

http://eaiya.gov.gr/%cf%80%ce%b1%cf%81%ce%bf%cf%85%cf%83%ce%b9%ce%
b1
%cf%83%ce%b7%cf%83%cf%84%ce%b1%cf%84%ce%b9%cf%83%cf%84%ce%b
9
%ce%ba%cf%89%ce%bd%ce%b4%ce%b5%ce%b4%ce%bf%ce%bc%ce%b5%ce%
bd %cf%89%ce%bd-%cf%84%cf%89/

Ιατρικός τουρισμός στην Τουρκία (2018). Διαθέσιμο από <https://money-tourism.gr/epitachyni-o-iatrikos-tourismos-stin-tourkia/>