

07.2019

διαΝΕΟσις

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ

# Η Ανάπτυξη Του Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Στην Ελλάδα Και Η Συμβολή Του Τουρισμού Υγείας

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Ιούλιος 2019

## Ομάδα Μελέτης

Συντονιστής

### **Γιάννης Τούντας**

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Διευθυντής Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ και Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Μέλη

### **Αρίστος Δοξιάδης**

Οικονομολόγος

### **Αγγελική Κατσάπη**

Διευθύντρια Temos Hellas Ltd / Εκτελεστική Γραμματέας Ευρωμεσογειακού Ινστιτούτου Ποιότητας και Ασφάλειας στις Υπηρεσίες Υγείας, Avedis Donabedian / Διεθνής Επιθεωρήτρια Πιστοποιήσεων Υπηρεσιών Υγείας

### **Βίκυ Κολοβού**

Διδάκτωρ Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Warwick, Επιστημονικός συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

### **Στάθης Παπαχρήστος**

Ψυχολόγος, MSc Προαγωγής Ψυχικής Υγείας - Πρόληψης Ψυχιατρικών Διαταραχών, Επιστημονικός συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

### **Ιωάννα Πετρούλια**

Ψυχολόγος, MSc Κλινική Νευροψυχολογία, Επιστημονικός συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

### **Κωνσταντίνος Προύσκας**

Ψυχολόγος, Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και Διευθύνοντας Σύμβουλος στην Άκτιος Α.Ε.

### **Φώτιος Ρίζος**

Υπεύθυνος Έργων Temos Hellas Ltd / Αναπληρωτής Εκτελεστικός Γραμματέας Ευρωμεσογειακού Ινστιτούτου Ποιότητας και Ασφάλειας στις Υπηρεσίες Υγείας, Avedis Donabedian

### **Ιωάννα Τούπου**

Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

### **Στέλλα Ι. Τσαρτσαρά**

Εμπειρογνώμονας ολοκληρωμένης μακροχρόνιας φροντίδας και διασυνοριακής υγειονομικής περιθαλψης της Ε.Ε. Εμπειρογνώμονας αργυρού τουρισμού, και διεθνών επενδύσεων & ανάπτυξης στον τουρισμό υγείας / Γεροντολόγος

### **Αγνή Χρηστίδου**

Διευθύντρια Ξενοδοχειακού Επιμελητηρίου Ελλάδος

# Περιεχόμενα

<b>Ευρετήριο Πινάκων.....</b>	<b>12</b>
<b>Ευρετήριο Διαγραμμάτων .....</b>	<b>13</b>
<b>Ευρετήριο Σχημάτων .....</b>	<b>14</b>
<b>Ευρετήριο Χαρτών .....</b>	<b>15</b>
<b>Ευρετήριο Εικόνων .....</b>	<b>16</b>
<b>Επιτελική Σύνοψη .....</b>	<b>17</b>
<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>28</b>
<b>Ορισμοί .....</b>	<b>32</b>
<b>1 Τουρισμός Τρίτης Ηλικίας .....</b>	<b>36</b>
1.1. Η Ζήτηση Διεθνώς.....	37
1.1.1. Δημογραφικές Εξελίξεις.....	37
1.1.1.1. Εισαγωγή .....	37
1.1.1.2. Συνοπτική ιστορική αναδρομή.....	38
1.1.1.3. Παρούσα κατάσταση και παγκόσμιες προβλέψεις έως το 2050.....	38
1.1.1.4. Οι πληθυσμιακές εξελίξεις στην Ευρώπη .....	42
1.1.2. Οι Επιπτώσεις Στον Τουρισμό.....	45
1.1.3. Τα Τμήματα (Segments) Τουριστών Της Τρίτης Ηλικίας.....	49
1.1.3.1. Αντιλαμβανόμενη ηλικία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.....	51
1.1.3.2. Ηλικιακός αυτοπροσδιορισμός των Ευρωπαίων .....	52
1.1.4. Χαρακτηριστικά Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας.....	54
1.1.4.1. Κίνητρα τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	56
1.1.4.2. Παράγοντες ώθησης και έλξης του τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	57
1.1.5. Οι Τουριστικές Υπηρεσίες Που Προτιμούν Οι Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας.....	57
1.1.5.1. Υπηρεσίες/δραστηριότητες που επιζητούν τα άτομα τρίτης ηλικίας .....	57
1.1.5.2. Χαρακτηριστικά των δομών φιλοξενίας που προτιμούν οι ηλικιωμένοι.....	58

1.1.5.3. Προτιμήσεις ηλικιωμένων στην Ευρώπη.....	60
1.1.5.4. Διαχείριση του ελεύθερου χρόνου στην τρίτη ηλικία.....	61
1.1.5.5. Ελεύθερος χρόνος και περίοδος πραγματοποίησης ταξιδιών....	65
1.1.6. Ανασταλτικοί Παράγοντες Για Τους Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας.....	65
1.1.6.1. Εν δυνάμει ανασταλτικοί παράγοντες του προορισμού.....	65
1.1.6.2. Εν δυνάμει ανασταλτικοί παράγοντες που προέρχονται από την μεριά του τουρίστα .....	66
1.2. Η Προσφορά Διεθνώς.....	68
1.2.1. Η Υπάρχουσα Κατάσταση.....	68
1.2.1.1. Εισαγωγή.....	68
1.2.1.2. Ο ρόλος και οι υπηρεσίες των ενδιαφερόμενων μερών του τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	68
1.2.2. Παγκόσμιες Πολιτικές Που Συνδέονται Με Την Τρίτη Ηλικία - Ενεργητική Διαβίωση Του Π.ο.υ. ....	72
1.2.3. Παραδείγματα Επιλεγμένων Περιπτώσεων Οργανωμένου Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας.....	74
1.2.3.1. Ευρώπη: Διεθνείς πρωτοβουλίες - προγράμματα.....	74
1.2.3.2. Ευρώπη: Εθνικές πρωτοβουλίες - προγράμματα .....	78
1.2.3.3. Παραδείγματα Προγραμμάτων τουρισμού τρίτης ηλικίας στον υπόλοιπο κόσμο.....	84
1.2.3.4. Παραδείγματα συνεταιρισμών - clusters στον τομέα του τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	86
1.3. Η Ελληνική Πραγματικότητα .....	87
1.3.1. Ζήτηση Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Στην Ελλάδα.....	87
1.3.1.1. Το μέγεθος της ζήτησης.....	87
1.3.1.2. Τα βασικά τμήματα τουρισμού τρίτης ηλικίας που διαμορφώνουν τη ζήτηση .....	88
1.3.1.3. Η ζήτηση μέσω διαδικτύου.....	89
1.3.2. Η Προσφορά Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Στην Ελλάδα.....	90
1.3.2.1. Εισαγωγή.....	90
1.3.2.2. Έρευνα σε επιλεγμένους δήμους για την καταγραφή της προσφοράς και της ζήτησης τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	91
1.3.2.3. Η ιδιωτική αγορά παρόχων τουρισμού τρίτης ηλικίας .....	92
1.3.2.4. Ενδεικτικές πρωτοβουλίες ενίσχυσης του τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	94
1.3.3. Έρευνα Πεδίου Στα Ελληνικά Ξενοδοχεία Για Τους Πελάτες Τρίτης Ηλικίας.....	95

1.3.3.1. Εισαγωγή.....	95
1.3.3.2. Πολιτικές προσέλκυσης που εφαρμόζουν τα ελληνικά ξενοδοχεία .....	96
1.3.4. Ο Ρόλος Και Οι Δράσεις Των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	97
1.3.4.1. Ο ρόλος των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.....	97
1.3.4.2. Οι δράσεις των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.....	98
1.3.4.3. Οι δυνατότητες των περιφερειών-στρατηγική ανάπτυξη τουρισμού τρίτης ηλικίας.....	101

## **2 Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής - Δευτερεύουσα Κατοικία ..... 102**

2.1. Η Ζήτηση Διεθνώς.....	103
2.1.1. Τα Τμήματα Του Ενδιαφερόμενου Πληθυσμού .....	103
2.1.2. Κριτήρια Και Μέσα Επιλογής .....	104
2.1.2.1. Εισαγωγή.....	104
2.1.2.2. Κριτήρια επιλογής δευτερεύουσας κατοικίας .....	105
2.1.2.3 Μέσα πληροφόρησης αναφορικά με την επιλογή .....	106
2.1.3. Διεθνείς Τάσεις .....	109
2.2. Η Προσφορά Διεθνώς.....	114
2.2.1. Η Υπάρχουσα Κατάσταση .....	114
2.2.2. Χαρακτηριστικά - Προϋποθέσεις - Προδιαγραφές Μονάδων .....	116
2.2.3. Δομές-Οργάνωση-Λειτουργία.....	117
2.2.3.1. Μοντέλα - μονάδες οικιακής φροντίδας .....	117
2.2.3.2. Χρηματοδότηση .....	123
2.2.3.3. Προσφερόμενες υπηρεσίες από μονάδες φιλοξενίας.....	124
2.3. Η Ζήτηση Και Η Προσφορά Στην Ελλάδα.....	128
2.3.1. Εισαγωγή.....	128
2.3.2. Κόστος Διαμονής Στην Ελλάδα.....	129
2.3.3. Κόστος Αγοράς Κατοικίας.....	130
2.3.4. Βήματα Για Την Επιλογή Ακινήτων - Κατοικιών.....	132
2.3.5. Περιοχές Που Προτιμώνται Για Απόκτηση Δευτερεύουσας Κατοικίας..	132
2.3.6. Προβλήματα - Ανασταλτικοί Παράγοντες .....	138
2.4. Δυνατότητες Και Προϋποθέσεις Μακροπρόθεσμης Διαμονής - Παραχείμασης-Αγοράς Κατοικίας.....	139
2.4.1. Δυνατότητες Νομικού Πλαισίου .....	139
2.4.1.1. Εισαγωγή.....	139

2.4.1.2. Χρονομεριστική μίσθωση (time sharing) .....	140
2.4.1.3. Ειδικό πλαίσιο χωροταξικού σχεδιασμού και αιεφόρου ανάπτυξης για τον τουρισμό .....	141
2.4.1.4. Σύνθετα τουριστικά καταλύματα.....	142
2.4.1.5. Ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας.....	145
2.4.1.6. Οργανωμένοι υποδοχείς τουριστικών δραστηριοτήτων .....	146
2.4.1.7. Το φαινόμενο του sharing economy στην τουριστική διαμονή .....	152
2.4.1.8. Άδεια εισόδου παραμονής.....	153
2.4.1.9. Χρυσή βίζα-αγορά κατοικίας.....	154
2.4.2. Ενδεδειγμένη Πολιτική Προσέλκυσης Τουριστών Τρίτης Ηλικίας .....	156
2.5. Οφέλη Και Εκτιμήσεις .....	160
2.5.1. Οφέλη.....	160
2.5.2. Εκτιμήσεις.....	161

### **3 Η Συμβολη Του Τουρισμου Υγείας..... 162**

3.1. Η Υγεία Των Ατόμων Τρίτης Ηλικίας.....	163
3.1.1. Εισαγωγή.....	163
3.1.2. Αυτοπροσδιοριζόμενη Υγεία (Self Reported Health).....	164
3.1.3. Αυτοαναφερόμενη Χρόνια Νοσηρότητα (Self Reported Chronic Morbidity).....	166
3.1.4. Ανικανότητα (Disability).....	167
3.1.5. Υπέρταση .....	168
3.1.6. Διαβήτης.....	169
3.1.7. Καρδιαγγειακά.....	170
3.1.8. Καρκίνος.....	170
3.1.9. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια .....	171
3.1.10. Κινητικά Ελλείμματα-Οστεοπόρωση-Αρθρίτιδες.....	171
3.1.11. Αισθητηριακά Ελλείμματα .....	172
3.1.12. Γνωστικά Ελλείμματα.....	173
3.1.13. Νευροεκφυλιστικές Νόσοι .....	174
3.1.14. Κατάθλιψη.....	175
3.1.15. Πολυνοσηρότητα (Multimorbidity) .....	176
3.1.16. Βασικές Συμπεριφορές Υγείας .....	177
3.1.17. Δράσεις.....	181

3.2. Τουρισμός Υγείας.....	184
3.2.1. Τι Είναι Ο Τουρισμός Υγείας.....	184
3.2.2. Το Μέγεθος Της Αγοράς .....	184
3.2.3. Swot Ανάλυση.....	185
3.2.4. Οδηγίες - Πολιτικές .....	187
3.3. Ιατρικός Τουρισμός.....	188
3.3.1. Διεθνή Δεδομένα .....	188
3.3.2. Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Υγείας.....	197
3.3.2.1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη.....	197
3.3.2.2. Ανεκπλήρωτες ανάγκες στην οδοντιατρική περίθαλψη .....	204
3.3.3. Η Υφιστάμενη Κατάσταση- Θεσμικά, Οργανωτικά Και Άλλα Μέτρα ...	206
3.3.4. Τομείς Προτεραιότητας.....	210
3.3.4.1. Οφθαλμολογία .....	210
3.3.4.2. Αποκατάσταση - αποθεραπεία.....	212
3.3.4.3. Πλαστική χειρουργική - αισθητική δερματολογία .....	214
3.3.4.4. Αιμοκάθαρση.....	216
3.3.4.5. Εξωσωματική γονιμοποίηση .....	218
3.3.4.6. Οδοντιατρικά.....	219
3.3.4.7. Εξειδικευμένες τριτοβάθμιες νοσοκομειακές υπηρεσίες .....	220
3.3.4.8. Συμπεράσματα.....	220
3.4. Ο Ιαματικός Τουρισμός .....	222
3.4.1. Εισαγωγή.....	222
3.4.2. Ιαματικές Πηγές Και Τρόποι Χρήσης Ιαματικών Φυσικών Πόρων .....	222
3.4.3. Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί .....	224
3.4.4. Γενικοί Κανόνες Ιαματικής Υδροθεραπείας.....	226
3.4.5. Διεθνής Κατάσταση Ιαματικού Τουρισμού.....	227
3.4.6. Ιαματικές Πηγές Στην Ελλάδα - Γεωγραφική Κατανομή.....	229
3.4.7. Η Υφιστάμενη Κατάσταση Στην Ελλάδα: Δυνατότητες - Προοπτικές..	231
3.4.8. Οργανισμοί - Φορείς Ιαματικού Τουρισμού.....	232
3.4.9. Τα Γνωστότερα Ιαματικά Λουτρά Στην Ελλάδα .....	233
3.5. Ο Τουρισμός Ευεξίας.....	241
3.5.1. Τι Είναι Ευεξία.....	241
3.5.2. Τι Είναι Ο Τουρισμός Ευεξίας (Wellness Tourism).....	242
3.5.3. Παγκόσμια Μεγέθη Του Τουρισμού Ευεξίας.....	246

3.5.4. Υπηρεσίες Και Παροχές Ευεξίας.....	248
3.5.5. Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας .....	249
3.6. Ο Ρόλος Των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας .....	251
3.6.1. Εισαγωγή .....	251
3.6.2. Μακροχρόνια Περίθαλψη.....	252
3.6.3. Διεθνή Δεδομένα .....	255
3.6.3.1. Ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας κατά την μακροχρόνια παραμονή -παραχείμαση .....	255
3.6.3.2. Ειδικές προδιαγραφές ανάλογα με την νόσο .....	257
3.6.4. Ελληνικά Δεδομένα.....	258
3.6.4.1. Γενικές Προδιαγραφές .....	258
3.6.5. Στρατηγική ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας για τη προσέλκυση τουριστών τρίτης ηλικίας - το παράδειγμα προσφοράς υπηρεσιών σε ανθρώπους με άνοια .....	259
3.6.5.1. Γεωγραφική Περιοχή.....	260
3.6.5.2. Διαμονή .....	260
3.6.5.3. Υπηρεσίες Υγείας.....	261
3.6.6. Αξιολόγηση Αναγκών .....	263
3.7. Νομικό Πλαίσιο – Θεσμικές Προϋποθέσεις Υπηρεσιών Υγείας.....	265
3.7.1.Εισαγωγή.....	265
3.7.2. Προϋποθέσεις Ίδρυσης Και Λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων Από Φορείς Ιδιωτικού Δικαίου Κερδοσκοπικού Ή Μη Χαρακτήρα .....	266
3.7.3. Προϋποθέσεις Ίδρυσης Και Λειτουργίας Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων Από Φορείς Ιδιωτικού Δικαίου Κερδοσκοπικού Ή Μη Χαρακτήρα - Υ.α. Π1γ/Αγπ/Οικ. 14963/9.10.2001.....	270
3.7.4. Νομοθετήματα Συναφή Με Την Παροχή Οργανωμένων Υπηρεσιών Προστασίας .....	272
3.7.5. Κέντρα Θαλασσοθεραπείας, Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας Και Κέντρα Ιαματικού Τουρισμού.....	275
3.7.6. Διασυνοριακή Πρόσβαση Ευρωπαίων Πολιτών Και Υπηκόων Τρίτων Χωρών Στις Προνοιακές Δομές Φιλοξενίας Και Περίθαλψης Ηλικιωμένων .....	279
3.7.7. Όροι Και Προϋποθέσεις Για Την Άσκηση Της Δραστηριότητας Του Ιατρικού Τουρισμού .....	279
3.7.8. Συμπεράσματα.....	284
3.7.9. Προτάσεις .....	285



3.8. Σύστημα Παρακολούθησης-Δείκτες Ανάπτυξης Και Αξιολόγησης-Πιστοποίηση .....	288
3.8.1. Δείκτες Στις Υπηρεσίες Τουρισμού Υγείας .....	288
3.8.1.1. Δείκτες υγείας .....	288
3.8.1.2. Κριτήρια επιλογής δεικτών .....	288
3.8.1.3. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη .....	289
3.8.1.4. Συστήματα ταξινόμησης .....	291
3.8.1.5. Σημαντικοί δείκτες ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και αντοχής στην Ευρώπη - η κατάσταση στην Ελλάδα .....	293
3.8.1.6. Δείκτες αναφορικά με τον προορισμό τουρισμού υγείας .....	295
3.8.1.7. Ο ρόλος της δημόσιας υγείας στην επιλογή του προορισμού .....	297
3.8.2. Διαπίστευση - πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας .....	298
3.8.2.1. Εισαγωγή .....	298
3.8.2.2. Πιστοποίηση και διαπίστευση των δομών υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών τουρισμού υγείας .....	299
3.8.2.3. Ενδεικτικοί σημαντικοί διεθνείς φορείς .....	304
3.8.2.4. Συστήματα πιστοποίησης παρόχων υπηρεσιών υγείας .....	304
3.8.3. Συγκεκριμένα προβλήματα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας από την Ελλάδα στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας .....	308
3.8.3.1. Η Ελλάδα στην παγκόσμια κατάταξη ποιότητας υγείας .....	308
3.8.3.2. Έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας .....	309
3.8.3.3. Αύξηση μη ικανοποιούμενης ανάγκης .....	310
3.8.3.4. Οι γεωγραφικές ανισότητες συνιστούν πρόκληση για την προσβασιμότητα .....	311
3.9. Ποιότητα - Ασφάλεια - Διαχείριση Κινδύνων .....	314
3.9.1. Η Ποιότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας .....	314
3.9.2. Διασφάλιση Ποιότητας - Διαρκής Βελτίωση Ποιότητας .....	316
3.9.3. Στόχοι Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας .....	317
3.9.4. Ασφάλεια Των Τουριστών Υγείας Τρίτης Ηλικίας .....	317
3.9.5. Αξιολόγηση Και Διαχείριση Κινδύνων Στον Κλάδο Του Τουρισμού Υγείας .....	324
3.9.6. Βέλτιστες Πρακτικές Διαμονής Και Χρήσης Μονάδων Υγείας Για Τους Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας .....	326
3.9.7. Ειδικά Θέματα Των Ξενοδοχειακών Υποδομών .....	332

<b>4</b>	<b>Μάρκετινγκ Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Και Τουρισμού Υγείας.....</b>	<b>334</b>
4.1.	Η Σύγχρονη Έννοια Του Μάρκετινγκ.....	335
4.2.	Αρχές Μάρκετινγκ Για Την Προώθηση Τουριστικών Προϊόντων Και Υπηρεσιών Υγείας Προς Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας .....	337
4.3.	Στοιχεία Της Εθνικής Στρατηγικής Προώθησης Για Τον Τουρισμό Της Ελλάδας Κατά Τα Έτη 2014-2015-2016 .....	340
4.4.	Μάρκετινγκ Στον Τομέα Του Τουρισμού Υγείας Για Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας .....	342
4.5.	Branding Στον Τομέα Του Τουρισμού Υγείας Για Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας .....	343
4.6.	Βασικά Σημεία Στρατηγικής Για Τον Ιατρικό Τουρισμό .....	345
4.7.	Μεθοδολογία Προωθητικών Ενεργειών Διαφήμισης Του Ιατρικού Τουρισμού Στην Ελλάδα.....	348
<b>5</b>	<b>Συμβολή Στην Ανάπτυξη - Οικονομικό Περιβάλλον.....</b>	<b>350</b>
5.1.	Η Αλληλεπίδραση Με Το Αναπτυξιακό Πρότυπο .....	351
5.1.1.	Τουρισμός.....	352
5.1.2.	Υπηρεσίες Υγείας.....	354
5.1.3.	Κατασκευή Συγκροτημάτων Κατοικιών Για Ξένους Τρίτης Ηλικίας .....	356
5.1.4.	Πώληση Υφιστάμενων Κατοικιών .....	358
5.1.5.	Αύξηση Της Γενικής Κατανάλωσης.....	358
5.1.6.	Σύνοψη Των Επιδράσεων Στην Ανάπτυξη .....	359
5.2.	Ποσοτικές Εκτιμήσεις: Επίδραση Στο Εισόδημα Και Στην Απασχόληση .....	361
5.2.1.	Τουρισμός Τρίτης Ηλικίας .....	362
5.2.2.	Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής - Δαπάνες Διαμονής.....	363
5.2.3.	Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής - Αγορά Κατοικιών.....	364
5.2.4.	Ιατρικός Τουρισμός Επιλογής.....	364
5.2.5.	Ιαματικός Τουρισμός - Θερμαλισμός .....	365
5.2.6.	Τουρισμός Ευεξίας.....	365
5.2.7.	Συνολική Επίδραση .....	366
5.3.	Ανταγωνιστικά Πλεονεκτήματα Και Μειονεκτήματα.....	367
	<b>Παράρτημα.....</b>	<b>369</b>
	Παράρτημα I: Ενδεικτικά Συγκροτήματα Κατοικιών Για Ηλικιωμένους.....	370
	Παράρτημα II: Κλιματολογικές Συνθήκες Ορισμένων Περιοχών Για Δευτερεύουσα Κατοικία .....	371

Παράρτημα III: Ενδεικτικές Μονάδες Στα Γνωστότερα Ιαματικά Λουτρά Στην Ελλάδα .....	389
Παράρτημα IV: Ενδεικτικές Μονάδες-Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας Παγκοσμίως .....	390
Παράρτημα V: Ενδεικτικές Μονάδες-Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας Στην Ελλάδα .....	392
Παράρτημα VI: Ενδεικτικές Μονάδες Για Άνοια-Ρευματοειδή Νοσήματα- Αρθρίτιδα-Οστεοπόρωση.....	394
<b>Σημειώσεις .....</b>	<b>397</b>
<b>Επιπρόσθετες Βιβλιογραφικές Πηγές .....</b>	<b>422</b>

## Ευρετήριο Πινάκων

<b>Πίνακας 1</b>	Αριθμός Και Καταμερισμός Ατόμων 60 Ετών Και Άνω, Ανά Περιοχή (2017 και 2050).....	41
<b>Πίνακας 2</b>	Χώρες Με Το Μεγαλύτερο Μεριδίο Ατόμων Ηλικίας Άνω Των 60 Ετών (1980, 2017 και 2050).....	42
<b>Πίνακας 3</b>	Κατανομή Πληθυσμού Ανά Ηλικιακή Ομάδα (2006 και 2016) (% Επί Του Συνολικού Πληθυσμού).....	44
<b>Πίνακας 4</b>	Ποσοστά Ηλικιακών Ομάδων Ηλικίας 15 Ετών Ή Άνω Του Τουριστικού Και Του Συνολικού Πληθυσμού (2014).....	47
<b>Πίνακας 5</b>	Κύριοι Λόγοι Ταξιδιού-Διακοπών (2015) (%-Ε.Ε.).....	60
<b>Πίνακας 6</b>	Λόγοι Για Να Ξαναπάνε Διακοπές Στο Ίδιο Μέρος (2015) (%-Ε.Ε.).....	61
<b>Πίνακας 7</b>	Χώρες Που Επιλέγουν Οι Ευρωπαίοι Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας (2015) (Δυνατότητα Πολλαπλών Απαντήσεων).....	61
<b>Πίνακας 8</b>	Συγκριτική Αξιολόγηση Σε Διάφορες Χώρες (2012).....	113
<b>Πίνακας 9</b>	Κόστος Ζωής Σε Επιλεγμένες Πόλεις Της Ελλάδας (2019).....	130
<b>Πίνακας 10</b>	Κόστος Ανά Τ.μ. Σε 15 Ευρωπαϊκούς Προορισμούς (2014-2015).....	130
<b>Πίνακας 11</b>	Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Στην Ιατρική Περίθαλψη, Ανά Αιτιολογία (2016) (%).....	199
<b>Πίνακας 12</b>	Αφίξεις Μη Κατοίκων Από Το Εξωτερικό Κατά Χώρα Προέλευσης (2015).....	202
<b>Πίνακας 13</b>	Βασικές Χώρες Προέλευσης Τουριστών Για Ιατρικούς Λόγους Στην Ελλάδα (2014).....	203
<b>Πίνακας 14</b>	Βασικές Χώρες Προέλευσης Τουριστών Για Ιατρικούς Λόγους Στην Ελλάδα - Ανατολική Ευρώπη (2014).....	203
<b>Πίνακας 15</b>	Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Στην Οδοντιατρική Περίθαλψη, Ανά Αιτιολογία (2016).....	205
<b>Πίνακας 16</b>	Οι Μεγαλύτερες Μονάδες Αποκατάστασης Στην Ελλάδα (2017).....	213
<b>Πίνακας 17</b>	Παγκόσμια Αγορά Ιαματικών Πηγών (2011).....	229

## Ευρετήριο Διαγραμμάτων

<b>Διάγραμμα 1</b>	Παγκόσμιος Πληθυσμός Ανά Ηλικιακή Κατηγορία (Για Τα Έτη 1980, 2017, 2030 Και 2050) (2017).....	39
<b>Διάγραμμα 2</b>	Αριθμός Ατόμων 60 Ετών & Άνω Από 1980 Έως 2050 Κατά Κατηγορίες Ανάπτυξης (2017).....	40
<b>Διάγραμμα 3</b>	Ποσοστό Πληθυσμού Άνω Των 60 Ετών Από 1980 Έως 2017 & Προβλέψεις Έως Το 2050 (2017).....	40
<b>Διάγραμμα 4</b>	Κατανομή Πληθυσμού Ανά Ηλικιακή Ομάδα Για Την ΕΕ-28 (Για Τα Έτη Από 2016 Και Προβλέψεις Έως Το 2080 (% Επί Του Συνολικού Πληθυσμού).....	45
<b>Διάγραμμα 5</b>	Λόγοι Που Πραγματοποιήθηκαν Ταξίδια Από Τους Κατοίκους Της ΕΕ-28 (2014).....	48
<b>Διάγραμμα 6</b>	Συνολική Αντίληψη Γήρανσης Και Ηλικιωμένων (2012).....	53
<b>Διάγραμμα 7</b>	Ηλικιακή Κατανομή Πληθυσμού Στις Χώρες ΕΕ-27 (2012).....	54
<b>Διάγραμμα 8</b>	Ηλικία Συνταξιοδότησης Ανδρών Στην Ευρώπη (2009-2018).....	63
<b>Διάγραμμα 9</b>	Ηλικία Συνταξιοδότησης Γυναικών Στην Ευρώπη (2009-2018).....	63
<b>Διάγραμμα 10</b>	Ποσοστό Μισθού Που Λαμβάνουν Ως Σύνταξη Σε Όλο Τον Κόσμο.....	64
<b>Διάγραμμα 11</b>	Αριθμός Βρετανών Που Ζουν Εντός Της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2018).....	110
<b>Διάγραμμα 12</b>	Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Στην Ιατρική Περίθαλψη (2016) (%).....	198
<b>Διάγραμμα 13</b>	Συνολικές Χορηγήσεις Αδειών Διαμονής Σε Επενδυτές-Αγοραστές Ακινήτων (2017).....	155
<b>Διάγραμμα 14</b>	Αξιολόγηση Υγειονομικής Περίθαλψης: Οι 20 Κορυφαίες Επιδόσεις (2017).....	309
<b>Διάγραμμα 15</b>	Αυξανόμενο Χάσμα Ανισότητας Στην Αυτοαναφερόμενη Μη Ικανοποιηόμενη Ανάγκη Λόγω Κόστους (2016).....	311

## Ευρετήριο Σχημάτων

<b>Σχήμα 1</b>	Διατηρώντας Τη Λειτουργική Δυνατότητα Στη Διάρκεια Της Ζωής.....	73
<b>Σχήμα 2</b>	Χαρακτηριστικά Των «Φιλικών Προς Την Τρίτη Ηλικία» Πόλεων.....	74
<b>Σχήμα 3</b>	Σχέση Οξύτητας Και Ζήτησης (2013).....	192
<b>Σχήμα 4</b>	Διευρυμένο Μοντέλο Ευεξίας (2000).....	242
<b>Σχήμα 5</b>	Το Εύρος Της Αγοράς Του Τουρισμού Υγείας Και Του Τουρισμού Ευεξίας (2013).....	244
<b>Σχήμα 6</b>	Το Ιατρικό Πρότυπο Και Το Πρότυπο Της Ευεξίας (2013).....	245
<b>Σχήμα 7</b>	Οικονομικά Μεγέθη Των Πέντε Αγορών Της Παγκόσμιας Βιομηχανίας Της Ευεξίας (2015).....	247
<b>Σχήμα 8</b>	Κατηγοριοποίηση Χωρών Με Βάση Τον Κίνδυνο Κοινωνικών Αναταραχών (2014).....	296
<b>Σχήμα 9</b>	Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (2015).....	313
<b>Σχήμα 10</b>	Τα Βήματα Της Διαδικασίας Διαχείρισης Κινδύνων (Risk Management) (2002).....	325
<b>Σχήμα 11</b>	Οι Διαστάσεις Του Ολιστικού Μάρκετινγκ (2006).....	336
<b>Σχήμα 12</b>	Οι Οριζόντιες Συμμαχίες (2013).....	346

## Ευρετήριο Χαρτών

<b>Χάρτης 1</b>	Συνολική Ευρωπαϊκή Κατάσταση Όσον Αφορά Το Cpe Στην Ευρώπη (2013).....	294
<b>Χάρτης 2</b>	Ποσοστά Ανθεκτικότητας Εντεροβακτηριδιακών Στελεχών Σε Κεφαλοσπορίνες Τρίτης Γενιάς Στην Ευρώπη (2013).....	295
<b>Χάρτης 3</b>	Κατηγοριοποίηση Της Ελλάδας Με Βάση Τον Κίνδυνο Τρομοκρατικών Ενεργειών (2017).....	297
<b>Χάρτης 4</b>	Η Κατανομή Των Γιατρών Στην Ελλάδα (2015).....	312

## Ευρετήριο Εικόνων

<b>Εικόνα 1</b>	Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Seniors Housing Online.....	107
<b>Εικόνα 2</b>	Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Housing Care Organization.....	108
<b>Εικόνα 3</b>	Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Housing Care Organization.....	108



## Επιτελική Σύνοψη

Στις μεγάλες αλλαγές που συντελούνται διεθνώς τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνεται η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, η βελτίωση της υγείας όλων των ηλικιακών ομάδων και η μεγαλύτερη ταξιδιωτική μετακίνηση από χώρα σε χώρα για τουρισμό. Όλες αυτές οι αλλαγές, μαζί με την άνοδο του ΑΕΠ (Ακαθόριστο Εγχώριο Προϊόν) των περισσότερων χωρών, έχουν συντελέσει στη ραγδαία ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας. Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας (Τ3Η), αποτελεί πλέον, ένα σημαντικό μέρος της τουριστικής βιομηχανίας σε πολλές αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες.

Στην Ευρώπη το ποσοστό των ταξιδιών που θα αντιστοιχεί σε ηλικιωμένους αναμένεται να αυξηθεί από 15% το 2010 σε 26% το 2030 και 32% το 2050. Μέχρι το 2050, το ένα τρίτο της συνολικής τουριστικής δαπάνης στην Ευρώπη θα προέρχεται από άτομα που θα έχουν υπερβεί το 65ο έτος της ηλικίας τους. Πολλές μελέτες υπογραμμίζουν ότι οι ηλικιωμένοι σήμερα έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά από ό,τι στο παρελθόν: είναι πιο υγιείς, ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, ταξιδεύουν πιο συχνά και διαμένουν περισσότερες ημέρες σε προορισμούς σε μεγαλύτερες αποστάσεις από τον τόπο διαμονής τους. Τα άτομα τρίτης ηλικίας απαιτούν υπηρεσίες καλής ποιότητας, λόγω προγενέστερων ταξιδιωτικών εμπειριών, έχουν δηλαδή σαφέστερη αντίληψη του τι σημαίνει ποιότητα. Συσχετίζουν την ποιότητα με τις πραγματικές τους ανάγκες και όχι μόνο με τα τεχνικά χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων στις μονάδες φιλοξενίας/ξενοδοχεία.

Μια ειδική μορφή τουρισμού που προτιμούν κυρίως οι ηλικιωμένοι είναι ο τουρισμός μακράς διαρκείας διαμονής (long-stay tourism), με την αγορά ή μακροχρόνια ενοικίαση δευτερογενούς κατοικίας. Το 7,3% των ενήλικων κατοίκων της Ευρώπης δηλώνει πως επιθυμεί να μεταναστεύσει στο εξωτερικό μετά τη συνταξιοδότηση του. Στις περιπτώσεις αυτές, καθίσταται προφανές ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερα σπίτια σε διαφορετική τοποθεσία, που να προσφέρει όμως τις αναγκαίες γι' αυτούς υποδομές και υπηρεσίες (συγκοινωνίες, περίθαλψη, κ.ά.).

Η παραχείμαση (snowbird tourism), που αποτελεί σημαντική κατηγορία του τουρισμού μακράς διαρκείας, αναπτύσσεται σαν μια ιδιαίτερη τουριστική

δραστηριότητα σε περιοχές με ήπιο κλίμα, καλές δημόσιες υποδομές και πυκνό δίκτυο επικοινωνιών. Στις περιπτώσεις αυτές, η μεταστέγαση στο εξωτερικό μπορεί υπό προϋποθέσεις να συμβάλλει στη βελτίωση των όρων ζωής των συνταξιούχων από πολλές απόψεις. Ήδη, πολλές χώρες έχουν αναπτύξει μεγάλα οικιστικά προγράμματα για την ικανοποίηση της αυξανόμενης ζήτησης για δευτερογενή κατοικία. Η Ελλάδα διαθέτει όλα τα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, προκειμένου να μετατραπεί σε ιδανικό προορισμό τουρισμού μακράς διαρκείας και κυρίως παρακείμεσης, με πολλαπλά οφέλη για την ελληνική οικονομία.

Το γεγονός αυτό επιβάλλει τον επανασχεδιασμό της τουριστικής βιομηχανίας και των διεθνών δικτύων μεταφορών, αλλά και των ιατρικών μονάδων που θα πρέπει να διευρύνουν και να εξειδικεύσουν το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους σε υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση πρωτίστως να καλύψουν τις ανάγκες έκτακτων ιατρικών περιστατικών, αλλά και την παροχή ιατρικοκοινωνικής φροντίδας στους χρόνιους πάσχοντες τουρίστες. Επιπλέον, στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας, θα πρέπει να παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες και προϊόντα που να καλύπτουν τη ζήτηση από άτομα τρίτης ηλικίας για ιατρικό τουρισμό επιλογής, για ιαματικό τουρισμό και για σύγχρονο τουρισμό ευεξίας.

Τα κίνητρα των ηλικιωμένων τείνουν να μετατοπίζονται σε περισσότερο ενεργητικές αναζητήσεις με έντονη εστίαση σε δράσεις και δραστηριότητες που αφορούν στη βελτίωση της υγείας. Τα πιο κοινά ταξιδιωτικά κίνητρα των ηλικιωμένων, όπως καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η ξεκούραση και η χαλάρωση, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η σωματική άσκηση, η μάθηση, η νοσταλγία, ο ποιοτικός χρόνος με την οικογένειά τους και η ενθουσιώδης επιθυμία για τη γνωριμία με κάτι νέο. Στις μικρότερες ηλικίες (55-64 ετών) ενδιαφέρονται περισσότερο για δραστηριότητες χαλάρωσης και ψυχαγωγίας, ενώ σε μεγαλύτερες (ηλικίας 65 ετών και άνω) ενδιαφέρονται για εκπαίδευση ή φυσικά αξιοθέατα.

Η Ελλάδα αποτελεί ήδη κορυφαίο προορισμό για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας κυρίως των τουριστών μεταξύ 55 και 75 ετών. Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας μπορεί να εξελιχθεί σε καθοριστικό παράγοντα επιμήκυνσης της τουριστικής περιόδου για την Ελλάδα, αφού το τμήμα αυτό των τουριστών κατανέμει μεγαλύτερο χρόνο για ψυχαγωγία, δαπανά περισσότερα και για περισσότερο χρόνο, συνήθως εκτός τουριστικής εποχής (shoulder season). Οι τουρίστες αυτοί, που πλειοψηφικά δεν ανήκουν ακόμα στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που ταξιδεύουν, επειδή παράγουν το 40% του συνολικού τουριστικού εισοδήματος, αποτελούν βασικό κίνητρο για τη μετεξέλιξη ενός προορισμού.

Οι δύο ομάδες στόχοι για την ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα είναι:

- τα τμήματα άνω των 50 ετών, υγιά, με οικονομική άνεση, χρόνο και διάθεση για νέες εμπειρίες
- τα τμήματα άνω των 50 ετών που έχουν κάποια προβλήματα υγείας, που μπορούν όμως να αυτο-εξυπηρετηθούν και πραγματοποιούν το ταξίδι για λόγους:
  - Ευεξίας και Αναψυχής όταν τα προβλήματα υγείας δεν είναι σοβαρά, χρήζουν όμως ειδικών γεωμορφολογικών και χωροταξικών συνθηκών προσβασιμότητας, κλίματος, και υπηρεσιών υποστήριξης ταξιδιού.
  - Φροντίδας όταν οι χρόνιες παθήσεις επιβάλλουν φυσιοθεραπεία ή αποκατάσταση, όπως με ιαματικά λουτρά που άπτονται του ιαματικού τουρισμού.
  - Περίθαλψης όταν ο λόγος ταξιδιού επιβάλλει γηριατρική επεμβατική θεραπεία (ιατρικός τουρισμός).

Οι Tour Operators (TO) στην Ελλάδα δεν παρέχουν κατά κανόνα ειδικά τουριστικά προϊόντα για την τρίτη ηλικία, ακόμα και όταν οι πελάτες τους είναι σχεδόν κατά το ήμισυ άνω των 50 ετών. Για τον λόγο αυτό, όχι μόνο δεν χρησιμοποιούν τον όρο τουρισμός τρίτης ηλικίας αλλά αποφεύγουν και να τον υιοθετήσουν. Παρόλα αυτά, στις ηλικιακές ομάδες τουριστών άνω των 65 ετών ή σε όσους τουρίστες δηλώσουν ότι έχουν προβλήματα υγείας, προτείνονται πακέτα ή εκδρομές με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής και διανυκτέρευσης και πιο προσβάσιμες διαδρομές και επισκέψεις. Η έλλειψη εξειδικευμένων προϊόντων και υπηρεσιών δεν επιτρέπει την προσέλκυση ενός δυνητικού μεγάλου αριθμού τουριστών τρίτης ηλικίας, για τους οποίους η Ελλάδα θα μπορούσε να δημιουργήσει αποφασιστικό brand.

Σε ό,τι αφορά τη μακροχρόνια παραμονή, το 7,3% των ενήλικων κατοίκων της Ευρώπης δηλώνουν ότι επιθυμούν να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό μετά τη συνταξιοδότησή τους. Αν αναλογιστεί κανείς ότι αυτή η επιθυμία που εκφράζουν οι Ευρωπαίοι πολίτες σχετίζεται και με την απόκτηση κάποιου νέου ακινήτου μετά τη συνταξιοδότηση, τότε εκτιμάται ότι την προσεχή εικοσαετία θα εκδηλωθεί ζήτηση για 2,7 εκατ. παραθεριστικές ή δευτερευούσες κατοικίες στον ευρωπαϊκό νότο. Σε κάθε περίπτωση, στόχος της Ελλάδας πρέπει να είναι η κάλυψη τουλάχιστον του 10% της εκδηλούμενης ζήτησης, γεγονός που σημαίνει ότι μέσα στα 20 προσεχή έτη θα μπορούσαν να πωληθούν 270 χιλιάδες κατοικίες.

Το InterNations, το μεγαλύτερο δίκτυο στον κόσμο για ανθρώπους που ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό, συνέλεξε στοιχεία για περισσότερους από 14.000 ερωτηθέντες από περισσότερες από 191 χώρες στην ετήσια έρευνα Expat Insider για το 2017. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας κατέταξε την Ελλάδα στους πολλά υποσχόμενους προορισμούς για τους λάτρεις της ηλιοφάνειας και του μεσογειακού κλίματος. Η Ελλάδα ανακηρύχθηκε το 2017 μεταξύ των 10 κορυφαίων ηλιόλουστων χωρών που επιλέγει κάποιος για να μετακομίσει και να ζήσει μόνιμα.

Η αγορά-στόχος του τουρισμού μακράς διαμονής ή παραχείμασης είναι μικρή, συγκρινόμενη με τη συνολική τουριστική πελατεία, αλλά τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς, ειδικότερα για τη χώρα μας. Κατά μεγάλο ποσοστό τα άτομα αυτά είναι κυρίως συνταξιούχοι, ανήκουν στην τρίτη ηλικία, έχουν ελεύθερο χρόνο και σταθερό εισόδημα, και κατά γενική ομολογία προτιμούν τις μεσογειακές χώρες. Ειδικά ο τουρισμός παραχείμασης στην Ελλάδα παρατηρείται κυρίως στις νότιες περιοχές της χώρας και στα νησιά, δηλαδή σε περιοχές με ήπιο και θερμό κλίμα. Το φαινόμενο του τουρισμού της παραχείμασης δεν παρατηρείται, όμως, αποκλειστικά σε τουριστικούς προορισμούς με μεγάλη ηλιοφάνεια καθ' όλη διάρκεια του έτους, αλλά, και σε περιοχές, στις οποίες ο χειμώνας είναι ηπιότερος και θερμότερος από ό,τι στις χώρες προέλευσης των τουριστών παραχείμασης.

Η πλειοψηφία των παραχειμάζοντων προέρχεται από τη Σκανδιναβία, την Αγγλία, τη Σκωτία και τη Γερμανία. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν επιλέγουν την Ελλάδα μόνο για να περάσουν ορισμένο χρονικό διάστημα, αλλά επιλέγουν να μισθώσουν/αγοράσουν αγροτόσπιτα ή κανονικές κατοικίες, τις οποίες αξιοποιούν και χρησιμοποιούν κυρίως ως εξοχικές ή δευτερεύουσες κατοικίες.

Οι πολίτες της Ευρώπης μπορούν να υποβάλουν αίτηση για πιστοποιητικό εγγραφής μετά τη διαμονή τους στην Ελλάδα για τρεις μήνες. Εάν επιθυμούν να αγοράσουν κάποιο ακίνητο στην Ελλάδα, τότε λαμβάνουν άδεια παραμονής έως και πέντε χρόνια. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι φόροι ιδιοκτησίας είναι υψηλοί στην Ελλάδα, γεγονός που συνιστά ανασταλτικό παράγοντα για τους ενδιαφερόμενους απόκτησης ακινήτου για δεύτερη κατοικία στη χώρα μας. Παρόλα αυτά, η αγορά ακινήτων, κυρίως για τους ξένους, είναι σήμερα πολύ φθηνότερη σε σχέση με το παρελθόν.

Σημαντική δυνατότητα για την προσέλκυση τουριστών τρίτης ηλικίας αποτελεί ο τουρισμός υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει τον ιατρικό τουρισμό, τον ιαματικό τουρισμό και τον τουρισμό ευεξίας. Περισσότερες από 60 χώρες παγκοσμίως προσφέρουν υπηρεσίες τουρισμού υγείας. Οι χώρες που πρωταγωνιστούν προσφέρουν συνήθως ολοκληρωμένα πακέτα υπηρεσιών σε ανταγωνιστικό κόστος και υψηλή ποιότητα, συνδυάζοντας και άλλες τουριστικές υπηρεσίες, όπως αναψυχής, άθλησης, πολιτισμού, κ.ά.

Η Ελλάδα διαθέτει σημαντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα για την ανάπτυξη υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Εκτός από το εξαιρετικό της κλίμα και το φυσικό της κάλλος, που ευνοούν την αποκατάσταση και την αποθεραπεία, είναι χώρα μεγάλου τουριστικού ενδιαφέροντος, διαθέτει υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, έχει εξαιρετικό επιστημονικό προσωπικό, άριστες ξενοδοχειακές υποδομές, ανταγωνιστικές τιμές σε σχέση με τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής, ενώ παραμένει μια χώρα ασφαλής για τους ξένους.

Για την αποτελεσματική αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων αυτών θα χρειαστεί να ιδρυθεί Εθνικό Συμβούλιο Τουρισμού Υγείας, με τη συμμετοχή εκπροσώπων των εμπλεκόμενων φορέων της Πολιτείας και εκπροσώπων των θεσμικών παρόχων τουρισμού και υγείας, για τον σχεδιασμό εθνικής στρατηγικής, την προώθηση των αναγκαίων θεσμικών ρυθμίσεων και την οργανωμένη προβολή της Ελλάδας ως χώρα προορισμού. Τομείς προτεραιότητας για τον ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα είναι: οφθαλμολογία, αποκατάσταση-αποθεραπεία, πλαστική χειρουργική-αισθητική δερματολογία, αιμοκάθαρση, οδοντιατρική, εξωσωματική γονιμοποίηση, εξειδικευμένες τριτοβάθμιες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Παρόλο που η Ελλάδα από γεωλογικής άποψης θα μπορούσε να γίνει ένα από τα μεγαλύτερα θερμολιστικά κέντρα της Ευρώπης, οι πηγές της παραμένουν ως επί το πλείστον ανεκμετάλλευτες και ο ιαματικός τουρισμός στη χώρα μας δεν κατόρθωσε να προσελκύσει σημαντικές ροές αλλοδαπών τουριστών. Από τις 123 ιαματικές πηγές, ελάχιστες εξ αυτών έχουν υποδομές, ενώ η χρήση τους γίνεται σχεδόν εξ ολοκλήρου για θεραπευτικούς σκοπούς, καθώς οι περισσότερες εγκαταστάσεις τους δεν προσφέρουν υπηρεσίες αναζωογόνησης και ευεξίας και ξενοδοχειακής εξυπηρέτησης.

Ο τουρισμός ευεξίας (wellness tourism) είναι ο τουρισμός κατά τον οποίο το άτομο ταξιδεύει με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της προσωπικής του υγείας και ευεξίας. Το διεθνές ενδιαφέρον για την προαγωγή της υγείας και την ευεξία έχει οδηγήσει στην αύξηση του τουρισμού ευεξίας, που αποτελεί πλέον παγκοσμίως παγιωμένη τάση με σαφή χαρακτηριστικά. Οι ενδιαφερόμενοι τουρίστες διαμένουν σε εξειδικευμένα ξενοδοχεία, με την κατάλληλη επαγγελματική γνώση και εξατομικευμένη φροντίδα και τους παρέχεται ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει φυσικές δραστηριότητες, περιποίηση ομορφιάς, υγιεινή διατροφή και διαιτολόγιο, χαλάρωση, διαλογισμό, πνευματικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Παρόλο που ο τουρισμός ευεξίας μπορεί να γίνει ακόμα και σε ένα κέντρο θεραπείας, υφίσταται διαχωρισμός ανάμεσα στη θεραπεία και την ευεξία. Ο τουρισμός ευεξίας έχει βασικό στόχο την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας και όχι τη θεραπεία.

Οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας σε ηλικιωμένους ασθενείς, κατά τη μακροχρόνια παραμονή-παρακείμεση μπορούν να προσφερθούν σε διαφορετικές δομές, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες που υπάρχουν. Οι γενικές προδιαγραφές περιλαμβάνουν κυρίως:

- Την ύπαρξη νοσηλευτικού ιδρύματος σε κοντινή απόσταση για την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων υγείας.
- Την ύπαρξη δικτύου ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων με δυνατότητα κατ' οίκον επίσκεψης.

- Σύστημα κλήσης νοσηλευτικής υπηρεσίας. Συνήθως η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών καλύπτεται από εξωτερικό συνεργάτη του φορέα.
- Χρήση «έξυπνων συσκευών» και «έξυπνων σπιτιών» για την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση σε καταστάσεις ανάγκης.
- Υπηρεσία συνοδείας και υποστήριξης στις καθημερινές δραστηριότητες.

Η προσέλκυση τουριστών με προβλήματα υγείας στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη δυνατότητα κάθε μονάδας να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες ανάλογα με την πάθηση. Στις συχνές παθήσεις σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας περιλαμβάνονται η άνοια, η αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση. Για καθεμία από τις ασθένειες αυτές πρέπει να παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, εκτός ελαχίστων περιπτώσεων σε Ρόδο και Κρήτη, δεν υπάρχουν τουριστικές μονάδες ή κατοικίες που να προσφέρουν οργανωμένες υπηρεσίες υγείας σε ηλικιωμένους τουρίστες του εξωτερικού.

Επιπλέον θα χρειαστεί αναβάθμιση τουριστικού προϊόντος σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας στις τουριστικές περιοχές μέσα από τον έλεγχο:

- Της διαχείρισης επειγόντων περιστατικών.
- Της διαχείρισης των υγειονομικών αναγκών χρονίως πασχόντων – ηλικιωμένων τουριστών.
- Της διασύνδεσης ξενοδοχειακών δομών-καταλυμάτων με υπηρεσίες υγείας.
- Της δημιουργίας περιφερειακών υγειονομικών σταθμών εντός των ξενοδοχείων.
- Της νομιμότητας λειτουργιών υγείας στις τουριστικές περιοχές.

Κυρίως όμως θα πρέπει να εκσυγχρονιστεί και να ολοκληρωθεί το θεσμικό πλαίσιο. Από το 2013 υπάρχει η δυνατότητα διαμόρφωσης ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου για τον ιατρικό τουρισμό με βάση την Κοινή Υπουργική Απόφαση κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 1 του Άρθρου 20 του Ν. 4179/2013, (η οποία στη συνέχεια αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του Άρθρου 26 του Ν. 4276/2014 με εξουσιοδότηση για έκδοση νέας ΚΥΑ), η έκδοση των αναγκαίων εγκυκλίων για την υλοποίησή της ακόμα εκκρεμεί. Ανάλογες συνθήκες παρατηρούνται στην περίπτωση που αφορά τη δημιουργία, σύσταση και τήρηση Μητρώου παρόχων ιατρικού τουρισμού, τη χορήγηση διακριτικού σήματος ιατρικού τουρισμού και την πιστοποίηση των Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού, όπως επίσης και για την απλούστευση των διαδικασιών λειτουργικής αδειοδότησης τουριστικών επιχειρήσεων. Αντιθέτως, σε ορισμένες μεμονωμένες περιπτώσεις το εθνικό πλαίσιο λειτουργεί ελκυστικά και είναι αρκετά ευέλικτο στον ιατρικό τουρισμό με χαρακτηριστικά παραδείγματα τη νομοθεσία περί ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δωρεάς ωαρίων και παρένθετης μητρότητας.

Εκτός της νομοθετικής ένδειας περί του ιατρικού τουρισμού υφίσταται και ιδιαίτερη ανάγκη σύνδεσης του υφιστάμενου νομικού πλαισίου για τις

μονάδες φροντίδας, περίθαλψης και υπηρεσιών αναζωογόνησης ηλικιωμένων με τις κείμενες διατάξεις για τον ιατρικό τουρισμό.

Επίσης, ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες των μονάδων φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων υπηκόων τρίτων χωρών, ισχύει το σύστημα των εθνικών θεωρήσεων (βίζα), για τους δε πολίτες της Ευρώπης δεν εισάγεται καμία διάκριση σε βάρος τους, καθώς τούτο θα ήταν αντίθετο στην αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων εντός της Ένωσης. Σχετικά δε με τη δημιουργία τέτοιων μονάδων φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων εντός ξενοδοχειακών συγκροτημάτων, η σχετική άδεια ίδρυσης και λειτουργίας δίδεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες, οι οποίες υποχρεούνται να ελέγξουν εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις και οι χωροταξικές προβλέψεις για την ίδρυση και λειτουργία των μονάδων αυτών από φορείς ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Στη σημερινή αγορά του τουρισμού υγείας, λόγω της καθολικής αρχής για την αναγκαιότητα διασφάλισης ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, παρατηρείται αυξανόμενη εμπορική σημασία της διεθνούς διαπίστευσης και των πιστοποιήσεων της υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε σχέση με τον ιατρικό τουρισμό και τη διεθνοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Η απόκτηση διεθνούς πιστοποίησης έχει γίνει ισχυρή ένδειξη της δέσμευσης ενός οργανισμού υγείας σε υψηλής ποιότητας φροντίδα και ασφάλεια των ασθενών.

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας θα πρέπει να αισθάνονται ότι φιλοξενούνται σε ασφαλές περιβάλλον και σε υποδομές κατάλληλα διαμορφωμένες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, είτε πρόκειται για μονάδα υγείας είτε για μονάδες φιλοξενίας/ξενοδοχεία. Το εμπλεκόμενο προσωπικό (υποστήριξη-εξυπηρέτηση πελατών, προσωπικό ασφαλείας, προσωπικό καθαριότητας, επαγγελματίες υγείας, κτλ.) πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και να ακολουθεί τις προβλεπόμενες διαδικασίες και σχετικές οδηγίες εργασίας. Διεθνείς καλές πρακτικές θα πρέπει να εφαρμόζονται σε θέματα διαχείρισης πολιτισμικών, θρησκευτικών διαφορών και ζητημάτων κουλτούρας των πελατών.

Σε ό,τι αφορά το μάρκετινγκ, για το συγκεκριμένο κοινό τα παραδοσιακά μέσα διαφήμισης παραμένουν αποτελεσματικός τρόπος προσέγγισης (έντυπες διαφημίσεις, διαφημιστικό ταχυδρομείο, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.λπ.), αλλά ταυτόχρονα τα ψηφιακά μέσα και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κερδίζουν διαρκώς έδαφος στη χρήση τους από άτομα τρίτης ηλικίας.

Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προώθησης ενός τουριστικού προϊόντος (τουρισμός υγείας/ τουρισμός τρίτης ηλικίας) είναι η ενδυνάμωση της φήμης και της αξιοπιστίας που διαθέτει ή κατακτά σε διάφορες χρονικές περιόδους η εκάστοτε χώρα-προορισμός. Ειδικότερα στην εν λόγω αγορά, η διαμόρφωση αυτού που ορίζεται ως 'brand name' εξαρτάται από ένα

σύνθετο σύνολο παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους εξαρτώνται από τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες στις οποίες μετέχουν.

Οι πάροχοι υπηρεσιών τουρισμού υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ορισμένους παράγοντες αναφορικά με το branding όπως είναι:

- Οι υποστηρικτικές εταιρείες τουρισμού υγείας.
- Οι διεθνείς διαπιστεύσεις/πιστοποιήσεις.
- Η ασφάλεια των διεθνών τουριστών.
- Το πελατοκεντρικό μάρκετινγκ.
- Η επιθετική στρατηγική προώθησης .
- Οι εγκαταστάσεις των παρόχων υπηρεσιών τουρισμού υγείας.

Οι κυριότεροι κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας που καλούνται να ανταποκριθούν στην ζήτηση από την αύξηση του τουρισμού τρίτης ηλικίας είναι οι **τουριστικές υπηρεσίες** (καταλύματα, εστίαση και ψυχαγωγία), η **προσφορά κατοικίας** (πώληση οικιών που υπάρχουν, ή κατασκευή νέων) οι **υπηρεσίες υγείας**, τα **ιαματικά λουτρά**, και οι διάφορες **υπηρεσίες ευεξίας** μέσα ή κοντά στα ξενοδοχεία. Πέραν αυτών, οι επισκέπτες μακράς διάρκειας δημιουργούν **γενική καταναλωτική ζήτηση**, που είναι παρόμοια με αυτή των εγχώριων νοικοκυριών.

Η ανάπτυξη των κλάδων αυτών ταιριάζει με το αναπτυξιακό πρότυπο της Ελλάδας, και ταυτόχρονα το αναβαθμίζει, για τους εξής λόγους:

α. Αξιοποιεί δυναμικό που υπάρχει και για το οποίο έχουν ήδη γίνει σημαντικές επενδύσεις:

- Το ξενοδοχειακό δυναμικό εκτός περιόδου αιχμής, και αυτό που βρίσκεται σε περιοχές μακριά από τις δημοφιλείς ακτές.
- Τους ιατρούς που υποαπασχολούνται, τα διαγνωστικά κέντρα και κλινικές.
- Το μεγάλο αργούν δυναμικό του οικοδομικού κλάδου.

β. Συνθέτει με διαφορετικό τρόπο υπαρκτές παραγωγικές ικανότητες (capabilities), και αυξάνει την «πολυπλοκότητα» (complexity) της οικονομίας. Οι υπηρεσίες προς την τρίτη ηλικία απαιτούν διαφορετικά μοντέλα σύνθεσης και διοίκησης υπηρεσιών, που θα βελτιώσουν την παραγωγικότητα και τη διεθνή ανταγωνιστικότητα της χώρας. Το γεγονός ότι στοχεύουν σε δημογραφικές ομάδες που θα αυξάνονται για πολλά χρόνια δίνει πρόσθετο πλεονέκτημα.

γ. Οι επισκέπτες μακράς διαμονής δημιουργούν ζήτηση που δεν αυξάνει το έλλειμμα του ισοζυγίου πληρωμών, και είναι υγιής τρόπος να αυξηθούν τα έσοδα των μη εμπορεύσιμων δραστηριοτήτων που έχουν πληγεί ιδιαίτερα από την κρίση. Επιπλέον, η ζήτηση για μη εμπορεύσιμες δραστηριότητες έχει γενικά ισχυρότερη θετική επίδραση στο εθνικό



εισόδημα και στην απασχόληση από ό,τι η ζήτηση για βιομηχανικά ή αγροτικά προϊόντα.

δ. Οι υπηρεσίες προς την τρίτη ηλικία είναι πεδίο όπου θα υπάρξουν πολύ μεγάλες τεχνολογικές καινοτομίες στο κοντινό μέλλον. Όσο πιο οργανωμένοι είναι οι πάροχοι αυτών των υπηρεσιών στην Ελλάδα, και όσο περισσότερο αναγνωρίζεται η χώρα ως διεθνής πόλος έλξης, τόσο πιθανότερο είναι να βρεθεί στην πρωτοπορία της εισαγωγής των νέων τεχνολογιών της φροντίδας

Η άμεση και έμμεση επίδραση στο ΑΕΠ και στην απασχόληση εκτιμώνται ως εξής:

**α. Τουρισμός τρίτης ηλικίας βραχείας διάρκειας:** Αύξηση ΑΕΠ κατά 3,7 δισ. και 60 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα πενταετίας.

**β. Τουρισμός μακράς διάρκειας:** Αύξηση ΑΕΠ κατά 3,9 δισ. και 42 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα πενταετίας. Αύξηση ΑΕΠ κατά 15,7 δισ. και 167 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα εικοσαετίας.

**γ. Κατασκευή νέων κατοικιών που πωλούνται σε ξένους τρίτης ηλικίας:** Αύξηση ΑΕΠ κατά 4,5 δισ. και 51 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας κάθε έτος επί είκοσι έτη.

**δ. Ιατρικός τουρισμός επιλογής:** Αύξηση ΑΕΠ κατά 1,5 δισ. και 20 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα πενταετίας.

**ε. Ιαματικός τουρισμός:** Αύξηση ΑΕΠ κατά 2 δισ. και 26 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα δεκαετίας.

**Συνολικά** για τις παραπάνω δραστηριότητες: Στο **πέμπτο** έτος: το ΑΕΠ θα είναι μεγαλύτερο κατά **13,6 δισ. ευρώ** (7,3% του ΑΕΠ του 2017), και η απασχόληση κατά **173 χιλιάδες θέσεις εργασίας**. Στο **εικοστό** έτος: το ΑΕΠ θα είναι μεγαλύτερο κατά **27,4 δισ. ευρώ** (14,7% του ΑΕΠ του 2017), και η απασχόληση κατά **324 χιλιάδες θέσεις εργασίας**.

Επιπλέον, μπορούν να υπάρξουν μεγάλα οφέλη από τον **τουρισμό ευεξίας**, ο οποίος όμως στοχεύει σε μεγάλο βαθμό και στις νεότερες ηλικίες: Αύξηση ΑΕΠ κατά 13,5 δισ. και 171 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας, σε ορίζοντα πενταετίας.

Τέλος, εκτιμάται ότι θα ενισχυθούν και οι **πωλήσεις των υφιστάμενων κατοικιών**, με αγορές από ξένους: 6,7 χιλιάδες μεταβιβάσεις κάθε έτος, και 530 εκατ. ευρώ αξία μεταβιβάσεων προς ελληνικά νοικοκυριά και επιχειρήσεις, επί είκοσι έτη. Προστίθενται στην ρευστότητα της οικονομίας (δεν αυξάνουν άμεσα το ΑΕΠ ή τις θέσεις εργασίας).

Τα **ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα** της χώρας συνοψίζονται ως εξής:

### α. Στη μακροκλίμακα

Πλεονεκτήματα:

- Η Ελλάδα έχει πολύ ελκυστικό κλίμα και φύση.
- Είναι κοντά σε μεγάλους πληθυσμούς σχετικά εύπορων ηλικιωμένων, αυτών της βόρειας και δυτικής Ευρώπης.
- Είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), στοιχείο που σηματοδοτεί μια σχετική ασφάλεια θεσμών σε σύγκριση με άλλους προορισμούς που έχουν παρόμοιο κλίμα, διευκολύνει τις διαδικασίες μετεγκατάστασης συνταξιούχων, και επιτρέπει την κάλυψη των ιατρικών δαπανών στην Ελλάδα από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας προέλευσης.
- Έχει χαμηλό κόστος ζωής συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Μειονεκτήματα:

- Οι περισσότερες ελληνικές πόλεις δεν έχουν καλές υποδομές για άτομα με προβλήματα κινητικότητας.
- Οι υπηρεσίες των μέσων μαζικής μεταφοράς είναι κακές, ιδίως για ηλικιωμένους και ξένους.
- Το δημόσιο σύστημα υγείας πάσχει από ελλείψεις προσωπικού και υλικών, και από κακή οργάνωση.
- Οι χωροταξικοί κανονισμοί και διαδικασίες δυσχεραίνουν τις επενδύσεις σε οικιστικά συγκροτήματα.

### β. Στη μικροκλίμακα

Πλεονεκτήματα:

- Υπάρχουν πολλές τουριστικές επιχειρήσεις με έμπειρα στελέχη.
- Πολλοί και ικανοί διαθέσιμοι ιατροί.
- Μεγάλη και υποαπασχολούμενη βιομηχανία οικοδομών.

Μειονεκτήματα:

- Λείπουν οι μεγάλες επιχειρήσεις με δυνατότητα να επενδύουν σε μεγάλης έκτασης εγκαταστάσεις, και να παρέχουν σύνθετα πακέτα υπηρεσιών.
- Είναι εξαιρετικά υψηλή η φορολογία στα μεσαία εισοδήματα (που αφορούν στα εξειδικευμένα στελέχη), και υψηλή η φορολογία στα εταιρικά κέρδη.

Οι βασικοί **στόχοι δημόσιας πολιτικής** για να αντιμετωπιστούν τα μειονεκτήματα είναι:

- α. Να αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο που εμποδίζει τις μεγάλες επενδύσεις σε οργανωμένα συγκροτήματα κατοικιών, εκτός σχεδίου πόλης, που περιλαμβάνουν και υπηρεσίες ψυχαγωγίας και υγείας.

- β. Να υπάρξουν ολοκληρωμένα τοπικά σχέδια παροχής σύνθετου πακέτου υπηρεσιών από μικρές επιχειρήσεις διαφόρων κλάδων. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να πάρει την πρωτοβουλία μια ικανή και αξιόπιστη αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης, ή ένας συλλογικός φορέας του ιδιωτικού τομέα.
- γ. Να βελτιωθούν σημαντικά οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και μεταφορών, ώστε οι μικρές μονάδες φιλοξενίας να μην χρειάζεται να παρέχουν ιδιωτικά τέτοιες υπηρεσίες.

## Εισαγωγή

Η διαΝΕΟσις ανέθεσε στο Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) την εκπόνηση μελέτης με θέμα: «Η ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας και του τουρισμού μακράς διάρκειας διαμονής στην Ελλάδα, και η συμβολή του τουρισμού υγείας». Για τον σκοπό αυτό η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει την εκτίμηση της διεθνούς ζήτησης και προσφοράς για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας και για τον τουρισμό μακράς διάρκειας διαμονής, την καταγραφή και αξιολόγηση της ελληνικής αγοράς στους τομείς αυτούς, τον ρόλο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα του τουρισμού υγείας (ιατρικός τουρισμός, ιαματικός τουρισμός, τουρισμός ευεξίας), καθώς και προτάσεις για δράσεις-στρατηγικές για την ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας και του τουρισμού υγείας τρίτης ηλικίας στη χώρα μας, ενός τομέα που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός για την ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας.

Στις μεγάλες αλλαγές που συντελούνται διεθνώς τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνεται η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, η βελτίωση της υγείας όλων των ηλικιακών ομάδων και η μεγαλύτερη ταξιδιωτική μετακίνηση από χώρα σε χώρα για τουρισμό. Σύμφωνα με το πρόσφατο βιβλίο που εκδόθηκε από τη διαΝΕΟσις με τίτλο *Ο Γρίφος των 100 Χρόνων* των Λ. Γκράτον και Α. Σκότ<sup>442</sup> τα τελευταία 200 χρόνια το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται με σταθερό ρυθμό πάνω από δυο χρόνια κάθε δεκαετία. Αυτό σημαίνει ότι, εάν κάποιος είναι σήμερα 20 χρονών έχει 50% πιθανότητες να ξεπεράσει τα 100, αν είναι 40, έχει αντίστοιχο ποσοστό πιθανοτήτων να φτάσει στα 95, και εάν είναι ήδη 60 έχει 50% πιθανότητες να ξεπεράσει τα 90.

Όλοι πιστεύουμε ότι να ζούμε περισσότερο σημαίνει ότι θα είμαστε ηλικιωμένοι για περισσότερα χρόνια. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι θα συμβεί το αντίθετο. Θα είμαστε νεότεροι για περισσότερα χρόνια. Είναι πολύ πιθανό να υπάρξει η λεγόμενη σύντμηση της νοσηρότητας: η εμφάνιση των χρόνιων νοσημάτων θα μετατεθεί σε μεγαλύτερες ηλικίες πιο γρήγορα από το προσδόκιμο ζωής.

Όλες αυτές οι αλλαγές, μαζί με την άνοδο του ΑΕΠ των περισσότερων χωρών, έχουν συντελέσει στη ραγδαία ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας. Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας αποτελεί πλέον, ένα σημαντικό μέ-

ρος της τουριστικής βιομηχανίας σε πολλές αναπτυσσόμενες αλλά και αναπτυγμένες χώρες.

Πολλές μελέτες διαπιστώνουν ότι οι ηλικιωμένοι σήμερα έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά από ό,τι στο παρελθόν. Είναι πιο υγιείς,<sup>2</sup> ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, ταξιδεύουν πιο συχνά και διαμένουν περισσότερες ημέρες σε προορισμούς σε μεγαλύτερες αποστάσεις από τον τόπο διαμονής τους. Έχουν περισσότερες απαιτήσεις σε ό,τι αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων τουριστικών υπηρεσιών και προϊόντων, αλλά και την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών υγείας, κινητικότητας και ιδιωτικότητας. Επιθυμούν, επίσης, σε κάθε ευκαιρία και ιδιαίτερα σε περιόδους διακοπών, να βελτιώσουν την υγεία τους και τη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική ευεξία τους, μέσω της υγιεινής διατροφής, της ήπιας άθλησης, του διαλογισμού, των πολιτιστικών και ψυχολογικών δραστηριοτήτων, κ.ά.<sup>3</sup> Από την άλλη όμως, τα άτομα της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζονται από τη βιολογική φθορά, την αυξημένη νοσηρότητα σε σχέση με τα νεότερα άτομα, ιδίως εξαιτίας των χρόνιων παθήσεων, τη μειωμένη φυσική αντοχή, την περιορισμένη κινητικότητα και συχνά το ψυχολογικό κόστος των γηρατειών.

Τα χαρακτηριστικά αυτά απαιτούν νέες προσαρμογές στις οποίες θα πρέπει να προβούν οι ηλικιωμένοι προκειμένου να επαναπροσδιορίσουν το ρόλο τους στην κοινωνία, με διαφορετικές ασχολίες και νέες δεξιότητες που να προσδίδουν ενδιαφέρον, δημιουργικότητα, ευχαρίστηση και κοινωνικότητα, παρά τους περιορισμούς και τις επιπτώσεις της ηλικίας. Τα προηγούμενα εκατό χρόνια είδαμε τη βιομηχανία της αναψυχής να ιδιωτικοποιεί τη δημόσια διασκέδαση γύρω από την κατανάλωση. Τώρα περιμένουμε να δούμε στροφή της βιομηχανίας αναψυχής προς δραστηριότητες που θα επενδύουν στην ατομική βελτίωση.

Εκτός από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη βελτίωση της υγείας, θετική επίδραση ασκούν και ορισμένοι θεσμοί, όπως αυτοί της πρόωρης συνταξιοδότησης, οι οποίοι έχουν ανατρέψει σε μεγάλο βαθμό την αναλογία μεταξύ ελεύθερου χρόνου και της διάρκειας εργασίας. Σήμερα, οι μισοί περίπου από τους πελάτες της τουριστικής βιομηχανίας δεν είναι εργαζόμενοι και επομένως δεν υπόκεινται στους περιορισμούς περί ελεύθερου χρόνου. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι στις αναπτυγμένες χώρες έχουν ικανοποιητικά εισοδήματα ακόμη και όταν δεν εργάζονται, είτε γιατί λαμβάνουν σύνταξη ή προνοιακά επιδόματα, είτε γιατί τους στηρίζουν οικονομικά οι οικείοί τους, είτε γιατί έχουν ήδη αποκτήσει προσωπικό πλούτο. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, τα εισοδήματα στην ηλικία των 50 ετών είναι υψηλότερα από τον γενικό μέσο όρο του πληθυσμού τους.

Ο μοναδικός συνδυασμός της επιμήκυνσης της υγιούς επιβίωσης με τη μέγιστη αίσθηση πλούτου και ελευθερία επιλογής, καθιστά τα άτομα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ιδανικούς καταναλωτές τουριστικών

υπηρεσιών. Άλλωστε, τα ταξίδια αποτελούν την πλέον επιθυμητή μορφή διασκέδασης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν έχοντας λιγότερες εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις, σε περιόδους εκτός τουριστικής αιχμής λόγω καλύτερων τιμών, ηπιότερου κλίματος, μικρότερου συνωστισμού, μεγαλύτερης ιδιωτικότητας. Για όλους αυτούς τους λόγους, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η τουριστική δραστηριότητα στην Ευρώπη εμφανίζει στασιμότητα, η μόνη πληθυσμιακή ομάδα που αυξάνει τον αριθμό των ταξιδιών της και την ταξιδιωτική της δαπάνη είναι οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών.<sup>4</sup>

Μια ειδική μορφή τουρισμού που προτιμούν κυρίως οι ηλικιωμένοι είναι ο τουρισμός μακράς διάρκειας διαμονής (long-stay tourism), κυρίως με την αγορά ή μακροχρόνια ενοικίαση δευτερογενούς κατοικίας. Στις περιπτώσεις αυτές, καθίσταται προφανές ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερα σπίτια σε διαφορετική τοποθεσία, που να προσφέρει όμως τις αναγκαίες γι' αυτούς υποδομές και υπηρεσίες (συγκοινωνίες, περίθαλψη, κ.ά.). Η παραχείμαση (snowbird tourism), που αποτελεί σημαντική κατηγορία του τουρισμού μακράς διάρκειας διαμονής, αναπτύσσεται ως μια ιδιαίτερη τουριστική δραστηριότητα σε περιοχές με ήπιο κλίμα, καλές δημόσιες υποδομές και πυκνό δίκτυο επικοινωνιών. Στις περιπτώσεις αυτές, η μεταστέγαση στο εξωτερικό μπορεί υπό προϋποθέσεις να συμβάλλει στη βελτίωση των όρων ζωής των συνταξιούχων από πολλές απόψεις.<sup>4,5</sup> Ήδη, πολλές χώρες έχουν αναπτύξει μεγάλα οικιστικά προγράμματα για την ικανοποίηση της αυξανόμενης ζήτησης για δευτερογενή κατοικία. Η Ελλάδα διαθέτει όλα τα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, προκειμένου να μετατραπεί σε ιδανικό προορισμό τουρισμού μακράς διάρκειας και κυρίως παραχείμασης, με πολλαπλά οφέλη για την ελληνική οικονομία.

Λόγω των ιδιαίτερων αυτών χαρακτηριστικών μόνο οι προορισμοί που θα είναι σε θέση να προσφέρουν ανάλογες υπηρεσίες θα παραμείνουν ανταγωνιστικοί στο μέλλον. Το γεγονός αυτό επιβάλλει τον επανασχεδιασμό της τουριστικής βιομηχανίας και των διεθνών δικτύων μεταφορών, αλλά και των ιατρικών μονάδων που θα πρέπει να διευρύνουν και να εξειδικεύσουν το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση πρωτίστως να καλύψουν τις ανάγκες έκτακτων ιατρικών περιστατικών, αλλά και την παροχή ιατροκοινωνικής φροντίδας στους χρόνιους πάσχοντες τουρίστες. Επιπλέον, στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας, θα πρέπει να παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες και προϊόντα που να καλύπτουν τη ζήτηση από άτομα τρίτης ηλικίας για ιατρικό τουρισμό επιλογής, για ιαματικό τουρισμό και για σύγχρονο τουρισμό ευεξίας.

Οι χώρες τουριστικού προορισμού, όπως είναι η Ελλάδα και όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη του κλάδου της τουριστικής βιομηχανίας (ξενοδοχεία, τουριστικά και ταξιδιωτικά γραφεία, μονάδες εστίασης, κέντρα πολιτιστικού ενδιαφέροντος, κ.ά.), για να μπορέσουν να καλύψουν τη ζήτηση,

όπως επίσης και τις ιδιαίτερες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, οφείλουν να εκπονήσουν στοχευμένες στρατηγικές για τη βελτίωση και ανάπτυξη των αναγκαίων υποδομών και υπηρεσιών και για την προβολή τους διεθνώς.

## Ορισμοί

### **Τρίτη ηλικία:**

Οι περισσότεροι αρμόδιοι οργανισμοί διεθνώς θεωρούν τα 55 έτη ως ηλικία εισόδου στη λεγόμενη «τρίτη ηλικία». Στην Ευρώπη, όμως, επικρατεί η άποψη ότι ένα άτομο θα πρέπει να κατατάσσεται στους ηλικιωμένους μετά τα 63,9 έτη.<sup>5</sup> Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν πως δεν είναι η πραγματική ηλικία αυτή που επηρεάζει τον τρόπο ζωής και την ταξιδιωτική συμπεριφορά ενός ατόμου, αλλά ο τρόπος που ο ίδιος αντιλαμβάνεται την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει. Διαφορές επίσης παρουσιάζονται από χώρα σε χώρα.

Εξάλλου έχει υποστηριχθεί πως εκτός της πραγματικής (χρονολογικής) ηλικίας, κάθε άτομο έχει διαφορετική βιολογική ηλικία, ανάλογα με τους ρυθμούς γήρανσης του οργανισμού και ψυχολογική ηλικία ανάλογα με τη ψυχολογική του διάθεση και ευεξία. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης υιοθετείται το όριο των 55 ετών ως ηλικία εισόδου στην τρίτη ηλικία.

### **«Baby boomers»:**

Μία ειδική κατηγορία ηλικιωμένων είναι η λεγόμενη «γενιά των baby boomers», η οποία απαρτίζεται από τα άτομα που γεννηθήκαν μετά από τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, και πιο συγκεκριμένα από το 1946 μέχρι το 1964. Η γενιά αυτή χαρακτηρίζεται ως γενιά της αμφισβήτησης γιατί συμμετείχε σε μεγάλο βαθμό στα αντιπολεμικά και ριζοσπαστικά κινήματα της δεκαετίας του '60 και '70. Οι «baby boomers» θα κυριαρχήσουν το προσεχές διάστημα στην τουριστική αγορά των ηλικιωμένων, προσδίδοντας με τα χαρακτηριστικά τους τις ιδιαίτερες μορφές που θα λάβει η ζήτηση για τουριστικές υπηρεσίες.<sup>5</sup>

### **Τουρισμός μακράς διάρκειας διαμονής:**

Ο τουρισμός μακράς διάρκειας διαμονής (long-stay tourism) αποτελεί ιδιαίτερη κατηγορία του τουρισμού, η οποία βασίζεται στην αγορά ή μακροχρόνια ενοικίαση δευτερογενούς κατοικίας σε άλλη χώρα, κυρίως από ηλικιωμένα άτομα μετά τη συνταξιοδότησή τους.<sup>6</sup> Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για παραχείμαση σε χώρες και περιοχές με ήπιο κλίμα, καλές δημόσιες υποδομές, πυκνό δίκτυο συγκοινωνιών και επικοινωνιών και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας.



### **Δευτερεύουσα κατοικία:**

Αρκετοί ηλικιωμένοι σχεδιάζουν να ζήσουν ως συνταξιούχοι σε μια παραθεριστική κατοικία στη μεσογειακή ηλιόλουστη ζώνη της νότιας Ευρώπης. Έχουν συνδυάσει αυτές τις περιοχές με ξεκούραση, αναζωογόνηση και αναψυχή και θεωρούν ότι η μετακίνησή τους μετά τη συνταξιοδότηση σε μια κατοικία μακριά από την περιοχή που έζησαν ως εργαζόμενοι, θα τους απαλλάξει από ανεπιθύμητες κοινωνικές υποχρεώσεις που κοστίζουν πολύ σε χρόνο και χρήμα καθότι θα ζουν μεταξύ αγνώστων και το μοναδικό τους μέλημα θα είναι το να περάσουν ευχάριστα και να φροντίσουν καλύτερα τον εαυτό τους.<sup>5</sup>

### **Παρακείμεση (snowbird tourism):**

Ο όρος 'Snowbirds' είναι ένας ευρέως διαδεδομένος όρος που χρησιμοποιείται συνήθως για τους συνταξιούχους που επιθυμούν να αποφύγουν τον χειμώνα και τις χαμηλές θερμοκρασίες στον Βορρά, με αποτέλεσμα να φεύγουν για την περίοδο του χειμώνα σε άλλη χώρα με θερμότερο κλίμα. Επειδή, όμως, διατηρούν δεσμούς με την οικογένεια και τους φίλους τους, επανέρχονται στη χώρα προέλευσής τους, παραμένοντας εκεί το υπόλοιπο έτος.<sup>7</sup>

### **Τουρισμός υγείας:**

Οι όροι τουρισμός υγείας (health tourism), ιατρικός τουρισμός (medical tourism) και τουρισμός ευεξίας (wellbeing tourism) συχνά χρησιμοποιούνται με διαφορετικό περιεχόμενο. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης υιοθετήθηκε η εξής ταξινόμηση βασισμένη σε διακριτά περιεχόμενα του κάθε όρου.

Ο όρος τουρισμός υγείας περιλαμβάνει τρεις βασικές κατηγορίες. Τον ιατρικό τουρισμό (medical tourism), τον ιαματικό τουρισμό (thermal tourism) και τον τουρισμό ευεξίας (wellbeing tourism). Σύμφωνα με έναν από τους πολλούς ορισμούς που έχουν προταθεί, ως τουρισμός υγείας περιγράφεται το οργανωμένο ταξίδι εκτός της χώρας του ατόμου, με στόχο τη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας του.<sup>8</sup> Ο τουρισμός υγείας περιλαμβάνει τις μορφές του τουρισμού που επικεντρώνονται στη σωματική υγεία, αλλά που αποσκοπούν, επίσης, στη βελτίωση της ψυχικής και πνευματικής ευεξίας και που βελτιώνουν τις δυνατότητες του ατόμου να ικανοποιεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του στο περιβάλλον και στην κοινωνία που ζει.

Ο τουρισμός υγείας μαζί με τις τρεις υποκατηγορίες απευθύνονται τόσο σε υγιείς όσο και σε αρρώστους. Ο ιατρικός τουρισμός αφορά περισσότερο τους αρρώστους, ο ιαματικός τουρισμός αφορά αρρώστους και υγιείς, ενώ ο τουρισμός ευεξίας απευθύνεται περισσότερο σε υγιείς.

### **Ιατρικός τουρισμός:**

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ως ιατρικός τουρισμός ορίζεται η δραστηριότητα κατά την οποία ο επισκέπτης επιλέγει να ταξιδέψει εκτός εθνικών συνόρων με την

πρόθεση να λάβει κάποιας μορφής ιατρική θεραπεία. Η ιατρική αυτή θεραπεία μπορεί να είναι μια οποιαδήποτε ιατρική πράξη, αλλά συνήθως αφορά οδοντιατρικές, οφθαλμολογικές, αισθητικές παρεμβάσεις, υπηρεσίες αποκατάστασης-αποθεραπείας, προγραμματισμένα χειρουργεία και θεραπείες γονιμότητας. Η δραστηριότητα αυτή ορίζεται ως ιατρικός τουρισμός επιλογής (elective medical tourism).<sup>9</sup>

### **Ασθενής ταξιδιώτης:**

Ο όρος «ασθενής ταξιδιώτης» τείνει να αντικαταστήσει τον παλαιότερο όρο «ασθενής τουρίστας», ο οποίος συχνά υπονοούσε τον συνδυασμό ιατρικής πράξης σε ξένη χώρα μαζί με διακοπές. Από αυτό τον ορισμό του «ασθενή ταξιδιώτη» αποκλείονται οι περιπτώσεις που το άτομο κάνει τουρισμό και θα τύχει επείγουσας περίθαλψης λόγω ατυχήματος ή ξαφνικής ασθένειας στον τόπο τουρισμού.

### **Έκτακτος ιατρικός τουρισμός:**

Ο όρος έκτακτος ιατρικός τουρισμός (emergency medical tourism) αφορά την αντιμετώπιση έκτακτων ιατρικών αναγκών ενός τουρίστα κατά τη διάρκεια των διακοπών του. Έχει υπολογισθεί ότι το 1-2% των τουριστών-επισκεπτών σε μία χώρα θα χρειαστούν κάποιο είδος ιατρικής βοήθειας κατά τη διάρκεια της σύντομης παραμονής τους. Από τον ορισμό αυτό αποκλείονται όσοι ταξιδεύουν για να κάνουν τουρισμό ευεξίας και όσοι είναι οικονομικοί μετανάστες ή πρόσφυγες και επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους για να λάβουν ιατρική θεραπεία.<sup>9</sup>

### **Ιαματικός τουρισμός:**

Ο ιαματικός τουρισμός ή θερμαλισμός περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων του ιαματικού τουρισμού, μαζί με τις διευρυμένες δραστηριότητες αναψυχής και αναζωογόνησης, που μπορούν να έχουν και μη ασθενείς τουρίστες, που επισκέπτονται τις ιαματικές πηγές. Από τη σκοπιά του τουρισμού, οι έννοιες του ιαματικού τουρισμού και του θερμαλισμού χρησιμοποιούνται αδιακρίτως. Παρόλα αυτά, ο θερμαλισμός είναι ένα ευρύ πεδίο θεραπευτικών και προληπτικών εφαρμογών οι οποίες πραγματοποιούνται με τη χρήση φυσικών ιαματικών πόρων σε χώρους με ιδιαίτερα περιβαλλοντικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά και με εξειδικευμένες εγκαταστάσεις, με στόχο την πρόληψη, διατήρηση ή και αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου.<sup>10</sup>

### **Τουρισμός ευεξίας:**

Ο τουρισμός ευεξίας (wellbeing tourism) είναι ο τουρισμός κατά τον οποίο το άτομο ταξιδεύει για να αναζητήσει γενικότερα τη διατήρηση και την προαγωγή της προσωπικής του υγείας και ευεξίας. Ο σύγχρονος ορισμός της υγείας, εκτός από την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου, δίνει έμφαση στην έννοια της ευεξίας, καθώς και στην προσπάθεια για την ολιστική ανάδειξη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της υγείας.<sup>11,12</sup>

Ο τουρισμός ευεξίας χωρίζεται στον πρωτογενή τουρισμό ευεξίας και στον δευτερογενή τουρισμό ευεξίας:

Στον πρωτογενή τουρισμό ευεξίας, ο τουρίστας (primary purpose wellness traveler) κάνει τουρισμό με μοναδικό και αποκλειστικό λόγο της πραγματοποίησης του ταξιδιού την ευεξία του, η οποία αποτελεί και παράγοντα επιλογής του προορισμού. Στον δευτερογενή τουρισμό ευεξίας, ο τουρίστας (secondary purpose wellness traveler) αναζητά να διατηρήσει την ευεξία του και πραγματοποιεί δραστηριότητες σχετικές με την ευεξία του ενώ βρίσκεται σε ταξίδι οποιασδήποτε άλλης αιτιολογίας.<sup>13</sup>

---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

# Τουρισμός Τρίτης Ηλικίας



## 1.1. Η Ζήτηση Διεθνώς

### 1.1.1. Δημογραφικές Εξελίξεις

#### 1.1.1.1. Εισαγωγή

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός έχει αυξηθεί και συνεχίζει να έχει αυξητική τάση λόγω κοινωνικών, οικονομικών, ιατρικών, επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και η μείωση της γονιμότητας.<sup>14,15</sup>

Σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο βιβλίο του καθηγητή Γ. Τούντα με τίτλο *Χρόνια πολλά γεμάτα υγεία*,<sup>2</sup> στο παρελθόν η γήρανση οριζόταν ως «μια προοδευτική γενικευμένη λειτουργική βλάβη που είχε ως αποτέλεσμα απώλεια της προσαρμοστικότητας σε στρεσογόνους παράγοντες και αυξημένο κίνδυνο για νοσήματα που σχετίζονται με τις μεγαλύτερες ηλικίες». Τα τελευταία όμως χρόνια, ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) υποστηρίζει ότι ο ορισμός αυτός δεν ισχύει όταν η γήρανση αποτελεί μια διαδικασία που βασίζεται στη διατήρηση βιολογικών, κοινωνικών και πνευματικών δραστηριοτήτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Άλλωστε, το Μελλοντολογικό Ινστιτούτο αναφέρει ανάμεσα στις κορυφαίες τάσεις του 21ου αιώνα, τη δημιουργία μιας νέας πολιτιστικής εποχής, όπου η δημιουργικότητα θα συνδυάζεται με τη σοφία και η ωρίμανση θα μετατρέπεται σε ένα νέο κοινωνικό ιδανικό.

Η ιλιγγιώδης αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων θα αντιστρέψει τη δημογραφική πυραμίδα των γενεών. Οι νέοι ηλικιωμένοι θα διαθέτουν το μεγαλύτερο εισόδημα όλων των εποχών. Έχουν συνηθίσει να προσέρχονται στην κάλη, γεγονός που τους προσδίδει μεγαλύτερο πολιτικό βάρος, ενώ τα επιτεύγματα της προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής θα καθιστούν την τρίτη ηλικία όλο και πιο υγιή, άρα πιο κινητική και πιο δημιουργική.

### 1.1.1.2. Συνοπτική ιστορική αναδρομή

Ιστορικά, η μεγαλύτερη συρρίκνωση του παγκόσμιου πληθυσμού σημειώθηκε γύρω στο 1350 μ.Χ. και οφειλόταν στην πανδημία της πανώλης, γνωστής και ως «μαύρου θανάτου». Ο πληθυσμός της γης μειώθηκε στα 370 εκατομμύρια. Ακολούθησε συνεχής άνοδος για 450 συναπτά έτη, και γύρω στο 1804 ο πληθυσμός της γης έφτασε για πρώτη φορά το ένα δισεκατομμύριο. Χρειάστηκαν λιγότερα από τα μισά χρόνια για να διπλασιαστεί ο παγκόσμιος πληθυσμός και να φτάσει το 1927 στα δύο δισεκατομμύρια. Στη συνέχεια, οι ρυθμοί αύξησης επιταχύνθηκαν. Μέσα σε 33 χρόνια προστέθηκε άλλο ένα δισεκατομμύριο κατοίκων στον πλανήτη, ενώ μέχρι το 2000 είχαν προστεθεί άλλα τρία δισεκατομμύρια, με αποτέλεσμα, κατά τον 20ό αιώνα ο πληθυσμός της γης να αυξηθεί από 1,6 δισ. στα 6,1 δισ. Εντούτοις, η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού δεν άλλαξε ουσιωδώς. Από το 1950 ως και το 1990 η αναλογία των ηλικιωμένων (άνω των 55 ετών) στον παγκόσμιο πληθυσμό δεν μεταβλήθηκε ιδιαίτερα. Στην ουσία αυξήθηκε μόνο κατά 1%, φθάνοντας από το 11,6% στο 12,7%.<sup>16,17,18</sup>

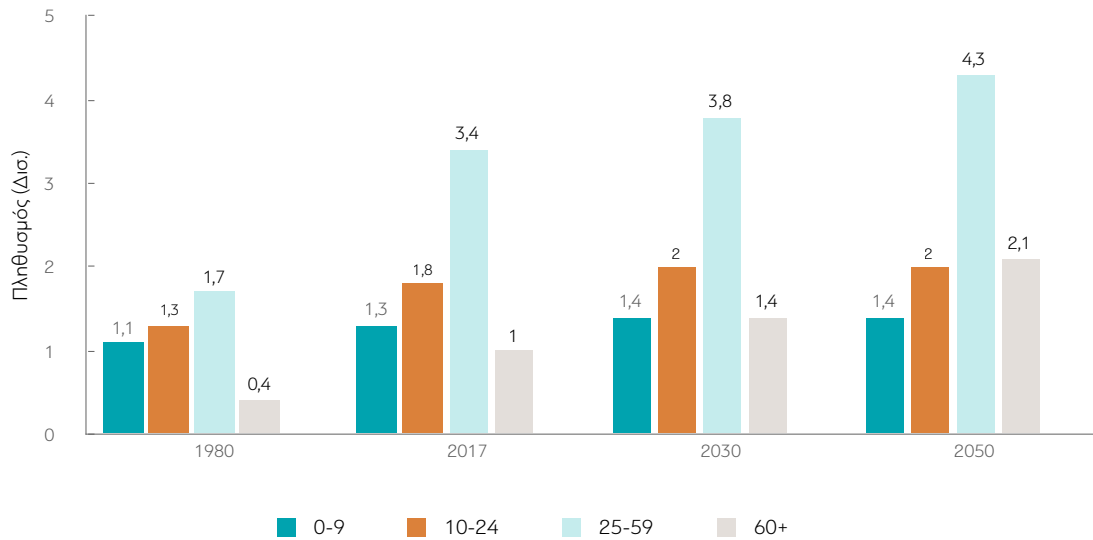
Σε ό,τι αφορά τις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 9,2 έτη από το 1960 ως το 2002.<sup>19</sup> Η μεγαλύτερη αύξηση κατά το διάστημα αυτό επετεύχθη στην Τουρκία με πάνω από 20 έτη. Σε αντίθεση με το παρελθόν, ο παράγοντας που έχει συμβάλλει καθοριστικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής στις χώρες του ΟΟΣΑ, δεν είναι ο περιορισμός της παιδικής θνησιμότητας, όπως συμβαίνει ακόμα και σήμερα στις χώρες του τρίτου κόσμου, αλλά η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ηλικιωμένων.

### 1.1.1.3. Παρούσα κατάσταση και παγκόσμιες προβλέψεις έως το 2050

Από τις απαρχές του 21ου αιώνα ο παγκόσμιος πληθυσμός συνεχίζει να παρουσιάζει τάσεις συνεχούς γήρανσης και σύμφωνα με το τμήμα πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών (World Population Prospects-2017),<sup>20</sup> ο σημερινός ρυθμός γήρανσης των πληθυσμών αποτελεί πρωτόγνωρο και καθολικό φαινόμενο στην παγκόσμια ιστορία, το οποίο θα επιφέρει σημαντικότερες αλλαγές σε όλες τις πτυχές του ανθρώπινου βίου και θα συνεχιστεί για πολλές δεκαετίες. Το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 60 ετών και άνω, αυξήθηκε από 8,5% το 1980 σε 12,7% το 2017. Σε απόλυτους αριθμούς έχει υπερδιπλασιαστεί από 382 εκατομμύρια σε 962 εκατομμύρια. Από το 2017 έως το 2030 προβλέπεται να αυξηθεί κατά 46% σε 1,4 δισεκατομμύρια. Προβλέπεται ότι θα συνεχίσει να αυξάνεται κατά τις ερχόμενες δεκαετίες, φθάνοντας στο 16,4% το 2030 και στο 21,3% το 2050. Τα Ηνωμένα Έθνη εκτιμούν ότι κατά το έτος 2050 θα υπάρξουν 2 δισεκατομμύρια ηλικιωμένοι. Θα είναι η πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας, όπου ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των παιδιών ηλικίας 0 έως 14 ετών. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός παρουσιάζει και αυτός «γήρανση». Παγκοσμίως, το 2017 στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, το 14% ήταν ηλικίας 80 ετών ή άνω. Μέχρι το 2050, τα προβλεπόμενα

424 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω θα αντιπροσωπεύουν το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1: Παγκόσμιος Πληθυσμός Ανά Ηλικιακή Κατηγορία (για τα έτη 1980, 2017, 2030 και 2050) (2017)**



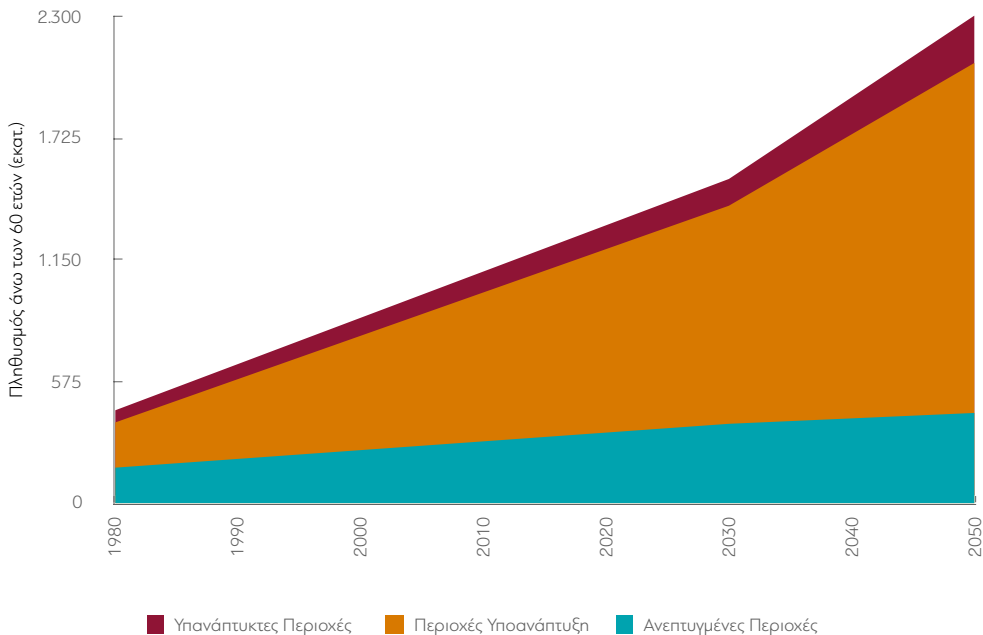
Πηγή: World Population Prospects: The 2017 Revision (2017)  
Διαθέσιμο στο: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

Το 2050 ο μεγαλύτερος αριθμός των ηλικιωμένων θα ζει στις χώρες που σήμερα χαρακτηρίζονται ως αναδυόμενες αγορές και θα προσεγγίζουν τα 500 εκατ. Δηλαδή, η αναλογία από 1 προς 2 που είναι σήμερα θα υπερβεί το 1 προς 4. Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων μέχρι 79 ετών θα σταθεροποιηθεί μετά το 2020 στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Από εκεί και πέρα το σύνολο της αύξησης του πληθυσμού τους θα οφείλεται στην άνοδο του αριθμού όσων είναι πάνω από 80 ετών.<sup>21,22,23</sup>

Στις αναπτυσσόμενες και υπό ανάπτυξη χώρες ο αριθμός των υπέργηρων (άνω των 80 ετών) θα αρχίσει να αυξάνεται με υψηλούς ρυθμούς μετά το 2040.<sup>24,25</sup> Γι' αυτό πολλοί μελετητές ισχυρίζονται ότι η παγκόσμια οικονομία θα εισέλθει αναγκαστικά στη φάση της «οικονομίας των γκρίζων κροτάφων» (silver economy).<sup>26,27,28</sup>

Η Ευρώπη και η Βόρεια Αμερική αναμένεται να σημειώσουν σημαντική αλλά βραδύτερη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων σε σύγκριση με άλλες περιοχές. Κατά συνέπεια, το μερίδιο των ηλικιωμένων ατόμων στον κόσμο που κατοικούν στην Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική αναμένεται να μειωθεί (Διάγραμμα 2). Στη Βόρεια Αμερική, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί από 79 εκατομμύρια το 2017 σε 123 εκατομμύρια το 2050.

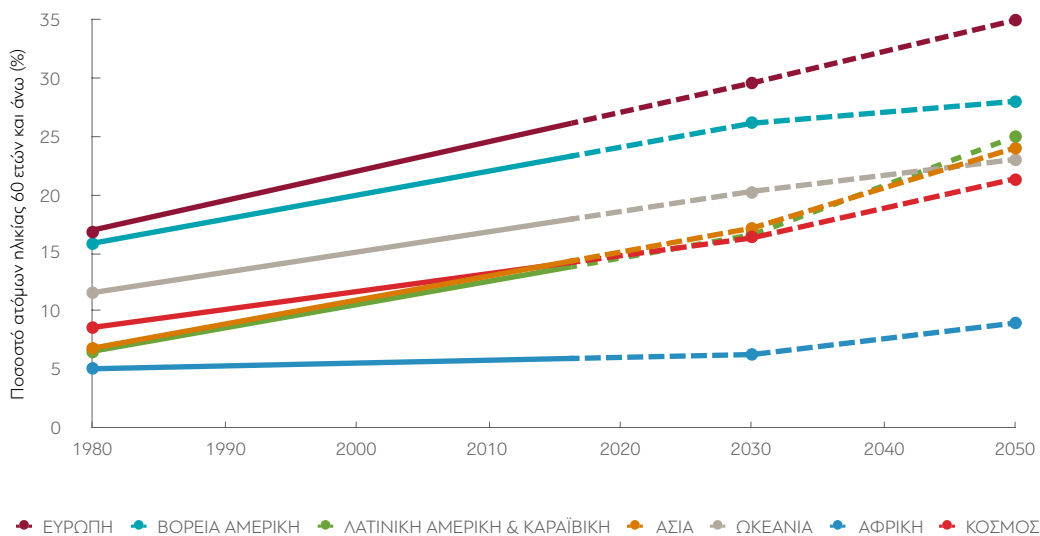
**Διάγραμμα 2: Αριθμός Ατόμων 60 Ετών & Άνω Από 1980 Έως 2050 Κατά Κατηγορίες Ανάπτυξης (2017)**



Πηγή: United Nations, World Population Ageing (2017)<sup>29</sup>

Η Ευρώπη αναμένεται να παραμείνει η πλέον ηλικιωμένη περιοχή στις επόμενες δεκαετίες. Έως το 2050 το 34% του πληθυσμού της προβλέπεται να είναι ηλικίας άνω των 60 ετών. Ακολουθούν η Βόρεια Αμερική (28%), η Λατινική Αμερική (25%), η Ασία (24%) και η Ωκεανία (23%) (Διάγραμμα 3).

**Διάγραμμα 3: Ποσοστό Πληθυσμού Άνω Των 60 Ετών Από 1980 Έως 2017 & Προβλέψεις Έως Το 2050 (2017)**



Πηγή: United Nations Population ageing and sustainable development (2017)<sup>30</sup>

Διαθέσιμο στο: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2017-1.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-1.pdf)



Πιο ειδικά, η Αφρική, η Λατινική Αμερική και η Ασία προβλέπεται ότι θα παρουσιάσουν ιδιαίτερα ταχεία ανάπτυξη των ηλικιωμένων πληθυσμών τους. Η Ασία, με 549 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω το 2017, κατέχει το 57% του πληθυσμού ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στον κόσμο, ενώ το μερίδιο αναμένεται να αυξηθεί στο 61% το 2050 (Πίνακας 1).

Το 2017 καταγράφηκαν 76 εκατομμύρια άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στη Λατινική Αμερική, τα οποία αντιπροσωπεύουν το 8% του παγκόσμιου συνόλου και το μερίδιο αυτό αναμένεται να φθάσει το 9,5 % το 2050, ενώ οι οι προβλέψεις δείχνουν ότι θα υπάρξουν 198 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω στην περιοχή αυτή. Η Αφρική φιλοξενεί σχετικά μικρό αριθμό ηλικιωμένων το 2017, με 69 εκατομμύρια τα οποία αντιπροσωπεύουν το 7,1% του συνόλου. Το 2050, προβλέπεται ότι στην Αφρική θα υπάρχουν 226 εκατομμύρια ηλικιωμένα άτομα (περίπου το 10,8% του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας παγκοσμίως) (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Αριθμός Και Καταμερισμός Ατόμων 60 Ετών Και Άνω, Ανά Περιοχή (2017 και 2050)**

	Αριθμός ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω το 2017 (εκατ.)	Αριθμός ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω το 2050 (εκατ.)	Ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ του 2017 και του 2050	Κατανομή των ηλικιωμένων ατόμων το 2017 (ποσοστό)	Κατανομή των ηλικιωμένων ατόμων το 2015 (ποσοστό)
Κόσμος	962,3	2080,5	116,2	100	100
Αφρική	68,7	225,8	228,5	7,1	10,9
Ασία	549,2	1273,2	131,8	57,1	61,2
Ευρώπη	183	247,2	35,1	19	11,9
Βόρεια Αμερική	78,4	122,8	56,7	8,1	5,9
Λατινική Αμερική και Καραϊβική	76	198,2	160,7	7,9	9,5
Ωκεανία	6,9	13,3	92,6	0,7	0,6

Πηγή: World Population Prospects: the 2017 Revision<sup>20</sup>

Διαθέσιμο στο: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

Το Αμερικανικό Γραφείο Απογραφής εκτιμά ότι στον αναπτυσσόμενο κόσμο μέχρι το 2025, τα άτομα άνω των 65 ετών θα ανέρχονται στα δύο τρίτα του συνολικού πληθυσμού και ο ρυθμός ανάπτυξης του εν λόγω πληθυσμού θα κυμανθεί μεταξύ 106% και 174% σε σύγκριση με τις αναπτυγμένες χώρες, όπου η αύξηση θα είναι λίγο πάνω από το 50%.

Ο μεγαλύτερος πληθυσμός είναι και θα παραμείνει κυρίως θηλυκός. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι γυναίκες ξεπέρασαν τον μέσο όρο κατά 4,5 έτη, καθώς το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 73,1 έτη για τις γυναίκες σε σύγκριση με τα 68,5 έτη για τους άνδρες κατά την περίοδο αυτή (2010-2015). Το 2017, οι γυναίκες αποτελούσαν το 54% των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω και το 61% των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω.

Ο Πίνακας που ακολουθεί απεικονίζει 10 χώρες ή περιοχές με το μεγαλύτερο μερίδιο ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών για τα έτη 1980, 2017 και 2050 (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2: Χώρες Με Το Μεγαλύτερο Μερίδιο Ατόμων Ηλικίας Άνω Των 60 Ετών (1980, 2017 και 2050)**

Θέση	1980		2017		2050	
	Χώρα ή περιοχή	Ποσοστό 60 ετών και άνω	Χώρα ή περιοχή	Ποσοστό 60 ετών και άνω	Χώρα ή περιοχή	Ποσοστό 60 ετών και άνω
1	Σουηδία	22	Ιαπωνία	33,4	Ιαπωνία	42,4
2	Νορβηγία	20,2	Ιταλία	29,4	Ισπανία	41,9
3	Νησιά της Μάγχης	20,1	Γερμανία	28	Πορτογαλία	41,7
4	Ηνωμένο Βασίλειο	20	Πορτογαλία	27,9	Ελλάδα	41,6
5	Δανία	19,5	Φινλανδία	27,8	Νότια Κορέα	41,6
6	Γερμανία	19,3	Βουλγαρία	27,7	Κίνα, Ταιβάν	41,3
7	Αυστρία	19	Κροατία	26,8	Κίνα, Χονγκ Κονγκ	40,6
8	Βέλγιο	18,4	Ελλάδα	26,5	Ιταλία	40,3
9	Ελβετία	18,2	Σλοβενία	26,3	Σιγκαπούρη	40,1
10	Λουξεμβούργο	17,8	Λετονία	26,2	Πολωνία	39,5

Πηγή: World Population Prospects: the 2017 Revision<sup>20</sup>

Διαθέσιμο στο: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα το 2017 το 26,5% του συνολικού της πληθυσμού ήταν άτομα άνω των 60 ετών και αυτό το ποσοστό θα μεγαλώσει σημαντικά έως το 2050 όπου προβλέπεται να φτάσει στο 41,6%.

#### 1.1.1.4. Οι πληθυσμιακές εξελίξεις στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τη Eurostat<sup>31</sup>, ο πληθυσμός της Ευρώπης την 1η Ιανουαρίου 2016 εκτιμόταν περί τα 510,3 εκατομμύρια. Οι νέοι (ηλικίας 0 έως 14 ετών) αποτελούσαν το 15,6% του πληθυσμού της Ευρώπης, ενώ τα άτομα που θεωρούνται ότι είναι σε ηλικία εργασίας (ηλικίας 15 έως 64 ετών) αντιπροσώπευαν το 65,3% του πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι (ηλικίας 65 ετών και άνω) αντιπροσώπευαν το 19,2%.

Η γήρανση του πληθυσμού συνήθως συνδέεται με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Η Ευρώπη ήταν η πρώτη περιοχή που εισήλθε σε αυτή τη δημογραφική μετάβαση λόγω της χαμηλής γονιμότητας και αύξησης της μακροζωίας κατά τα τέλη του 19ου με αρχές του 20ού αιώνα. Ως αποτέλεσμα, σήμερα, ο ευρωπαϊκός πληθυσμός είναι ο πλέον ηλικιωμένος από τις έξι περιφέρειες (το 25% του πληθυσμού της Ευρώπης είναι ηλικίας 60 ετών και άνω).

Το 2017 καταγράφηκαν 183 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών ή περισσότερο στην Ευρώπη, τα οποία αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 19%

των ηλικιωμένων παγκοσμίως, και ενώ ο αριθμός των ηλικιωμένων στην περιοχή αναμένεται να αυξηθεί στα 247 εκατομμύρια το 2050, εκτιμάται ότι το μερίδιό στον παγκόσμιο πληθυσμό θα μειωθεί στο 11,8%.

Από τα κράτη-μέλη της Ευρώπης και αναφορικά με το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο συνολικό πληθυσμό, στην Ιταλία ανέρχεται σε 22% και στην Ελλάδα σε 21,3%. Ο λόγος εξάρτησης ηλικιωμένων για την Ευρώπη την 1η Ιανουαρίου 2016 ήταν 29,3%. Ως εκ τούτου, υπήρχαν σχεδόν τέσσερα άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω. Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων κυμαινόταν μεταξύ των κρατών μελών της Ευρώπης από το χαμηλό 20,4% στην Ιρλανδία, 20,5% στο Λουξεμβούργο και 20,6% στη Σλοβακία έως τα υψηλότερα ποσοστά 34,3% στην Ιταλία, 33,1% στην Ελλάδα, 32,4% στη Φινλανδία και 32% στη Γερμανία, δηλαδή περίπου τρία άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3: Κατανομή Πληθυσμού Ανά Ηλικιακή Ομάδα (2006 και 2016) (% Επί Του Συνολικού Πληθυσμού)**

	0-14 χρονών		15-64 χρονών		65 ετών και άνω	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016
<b>Ε.Ε.28<sup>1,2</sup></b>	<b>16</b>	<b>15,6</b>	<b>67,1</b>	<b>65,3</b>	<b>16,8</b>	<b>19,2</b>
Βέλγιο	17,1	17	65,7	64,7	17,2	18,2
Βουλγαρία	13,4	14	69,2	65,6	17,5	20,4
Τσέχικη Δημοκρατία	14,6	15,4	71,1	66,2	14,2	18,3
Δανία	18,7	16,8	66,1	64,3	15,2	18,8
Γερμανία <sup>1</sup>	14,1	13,2	66,7	65,7	19,3	21,1
Εσθονία <sup>1</sup>	15	16,1	68,1	64,9	16,9	19
Ιρλανδία	20,5	21,9	68,5	64,9	11	13,2
Ελλάδα	14,9	14,4	66,6	64,3	18,5	21,3
Ισπανία	14,5	15,1	68,8	66,1	16,6	18,7
Γαλλία <sup>1</sup>	18,5	18,5	65,1	62,8	16,4	18,8
Κροατία <sup>2</sup>	15,8	14,6	66,7	66,2	17,5	19,2
Ιταλία	14,1	13,7	66	64,3	19,9	22
Κύπρος	19,4	16,4	68,5	68,4	12,2	15,1
Λετονία	14,5	15,2	68,5	65,1	17	19,6
Λιθουανία	16,6	14,7	67,2	66,3	16,3	19
Λουξεμβούργο <sup>1</sup>	18,4	16,5	67,5	69,3	14,1	14,2
Ουγγαρία <sup>1</sup>	15,4	14,5	68,8	67,2	15,8	18,3
Μάλτα	17,1	14,2	69,1	66,7	13,8	19
Ολλανδία	18,3	16,5	67,5	65,3	14,3	18,2
Αυστρία	15,9	14,3	67,6	67,2	16,4	18,5
Πολωνία <sup>1</sup>	16,2	15	70,4	69,1	13,3	16
Πορτογαλία	15,9	14,1	66,8	65,1	17,4	20,7
Ρουμανία	16,9	15,5	68,4	67	14,7	17,4
Σλοβενία <sup>1</sup>	14,1	14,8	70,3	66,7	15,6	18,4
Σλοβακία	16,7	15,3	71,5	70,2	11,8	14,4
Φινλανδία	17,3	16,3	66,8	63,2	16	20,5
Σουηδία	17,3	17,4	65,4	62,8	17,3	19,8
Ηνωμένο Βασίλειο	18	17,7	66,1	64,4	15,9	17,9
Ισλανδία	21,8	20	66,5	66,1	11,7	13,9
Λίχτενσταϊν	17,4	14,9	71,1	68,6	11,6	16,5
Νορβηγία	19,5	17,9	65,8	65,6	14,7	16,4
Ελβετία <sup>1</sup>	16	14,9	68	67,2	16	18
Μαυροβούνιο	20,4	18,3	66,8	67,6	12,8	14,1
Πρώην Γιουγκοσλαβική δημοκρατία της Μακεδονίας <sup>2</sup>	19,5	16,7	69,4	70,3	11,1	13
Αλβανία	25,7	17,7	65,7	69,5	8,6	12,9
Σερβία <sup>1</sup>	15,7	14,4	67,1	66,6	17,2	19
Τουρκία	27	24	66,3	67,7	6,7	8,2

**Σημείωση**

<sup>1</sup> Παραβίαση σε χρονολογικές σειρές μεταξύ διαφόρων ετών μεταξύ 2006 και 2016

<sup>2</sup> Ο πληθυσμός άγνωστης ηλικίας αποκαθίσταται για τον υπολογισμό της ηλικίας της δομή

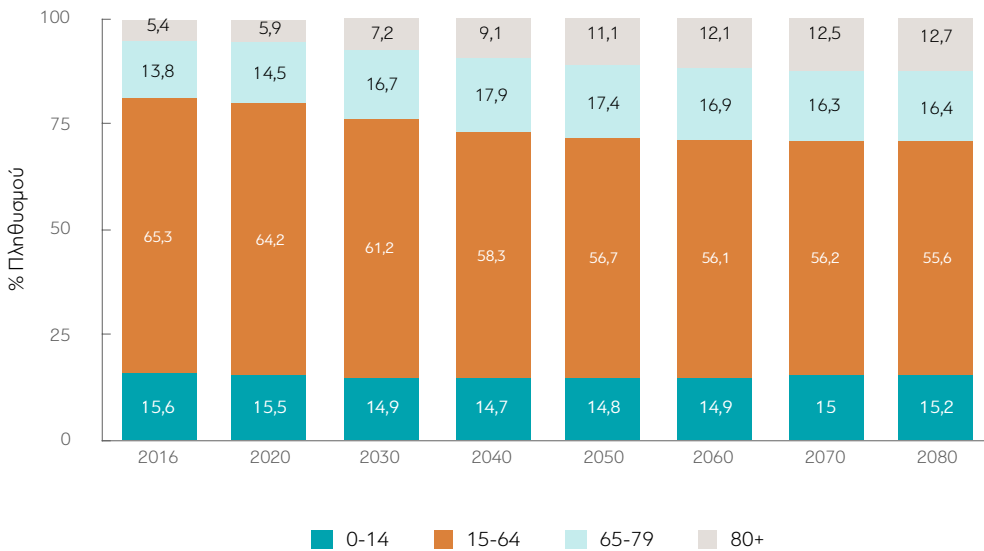
**Πηγή:** Eurostat: Population age structure by major age groups, 2006 and 2016 (% of the total population)

Μια άλλη πτυχή της γήρανσης του πληθυσμού είναι η προοδευτική γήρανση του ίδιου του ηλικιωμένου πληθυσμού, καθώς το σχετικό ποσοστό των πολύ ηλικιωμένων αυξάνεται με ταχύτερο ρυθμό από οποιοδήποτε άλλο τμήμα ηλικίας του πληθυσμού της Ευρώπης. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών στον πληθυσμό της Ευρώπης προβλέπεται να υπερδιπλασιαστεί μεταξύ 2016 και 2080, από 5,4% σε 12,7% (Διάγραμμα 4).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat για το 2016, τα προσδοκώμενα έτη ζωής μετά τα 65 ανέρχονται σε 17,2 έτη για τους άνδρες και 20,7 για τις γυναίκες στην Ευρώπη. Τα προσδοκώμενα έτη ζωής από μια ηλικία και πάνω δεν ταυτίζονται με το μέσο προσδόκιμο ζωής του γενικού πληθυσμού, διότι αυτό επηρεάζεται και από τον δείκτη θνησιμότητας στις προγενέστερες ηλικιακές ομάδες.

Το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στους ηλικιωμένους το έχει η Γαλλία με 18,7 έτη για τους άνδρες και 23,2 για τις γυναίκες. Ακολουθεί η Ισπανία με 18,3 για τους άνδρες και 22,5 για τις γυναίκες. Στην τρίτη θέση βρίσκεται η Ιταλία με 18,2 για τους άνδρες και 22 για τις γυναίκες, ενώ ακολουθούν η Σουηδία, η Ελλάδα και η Κύπρος.

**Διάγραμμα 4: Κατανομή Πληθυσμού Ανά Ηλικιακή Ομάδα Για Την ΕΕ-28 (για τα έτη από 2016 και προβλέψεις έως το 2080) (% Επί Του Συνολικού Πληθυσμού)**



Πηγή: Eurostat: Population structure by major age groups, EU-28, 2016-80 (% of total population)<sup>31</sup>  
Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)

### 1.1.2. Οι Επιπτώσεις Στον Τουρισμό

Η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού και η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του παγκόσμιου τουρισμού. Όλο και περισσότερα άτομα ταξιδεύουν διεθνώς, όλο και πιο συχνά και σε όλο

και πιο απομακρυσμένους προορισμούς. Η αύξηση του τουρισμού και η γήρανση του πληθυσμού δημιουργούν ένα συνεχώς αναπτυσσόμενο ρεύμα τουρισμού τρίτης ηλικίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη του ΙΤΕΠ (ερευνητικός οργανισμός του Ξενοδοχειακού Επιμελητηρίου Ελλάδος), τα ταξίδια αποτελούν την πλέον επιθυμητή μορφή διασκέδασης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, ενώ οι ηλικιωμένοι είναι το τμήμα της αγοράς με τη χαμηλότερη εποχικότητα στην ταξιδιωτική του συμπεριφορά.<sup>5</sup>

Τα άτομα από 50 ετών και άνω ενδιαφέρονται λιγότερο για πραγματοποίηση διακοπών με σκοπό τα μπάνια και την ηλιοθεραπεία, ενώ ταξιδεύουν συχνότερα από τις άλλες ηλικιακές ομάδες για πολιτιστικούς και θρησκευτικούς λόγους (18% έναντι 11-13% για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες). Για πολιτιστικούς σκοπούς ταξιδεύουν συχνότερα οι Αυστριακοί (26%), οι Ολλανδοί (22%), οι Βέλγοι (22%) και οι Γερμανοί (21%). Επίσης, δεν εμφανίζουν μεγαλύτερη ροπή για ταξίδια αναψυχής σε μεγάλες πόλεις, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η κρουαζιέρα και το γιότινγκ αποτελούν μορφές τουρισμού που θεωρούνται κατάλληλες για ηλικιωμένους τουρίστες υψηλού εισοδηματικού επιπέδου.

Στο πλαίσιο αυτό ενισχύονται ειδικές μορφές τουρισμού που προτιμούν οι ηλικιωμένοι, που εκτός από τον πολιτιστικό και θρησκευτικό τουρισμό, περιλαμβάνονται ο τουρισμός υγείας και ευεξίας, και ο τουρισμός μακράς διάρκειας διαμονής – παραχείμασης. Ειδικότερα, στην Ευρώπη τα άτομα ηλικίας από 55 έως και 64 καταλαμβάνουν το 15,3% της συνολικής τουριστικής δύναμης, ενώ τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών καταλαμβάνουν το 17,7% (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4: Ποσοστά Ηλικιακών Ομάδων Ηλικίας 15 Ετών Ή Άνω Του Τουριστικού Και Του Συνολικού Πληθυσμού (2014)**

	15 με 24 ετών		25 με 34 ετών		35 με 44 ετών		45 με 54 ετών		55 με 64 ετών		65 ετών και άνω	
	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον τουρι- στικό πληθυ- σμό	Πο- σοστό στον πληθυ- σμό
<b>Ε.Ε.28<sup>1</sup></b>	<b>14</b>	<b>13,4</b>	<b>16,3</b>	<b>15,5</b>	<b>18,7</b>	<b>16,7</b>	<b>18</b>	<b>17,3</b>	<b>15,3</b>	<b>15</b>	<b>17,7</b>	<b>21,9</b>
Βέλγιο	13,6	14,3	15,2	15,7	20,1	16,1	21,4	17,3	16,1	14,9	13,6	21,4
Βουλγαρία	13,8	12,1	24,5	15,9	21,4	17,3	17	15,8	13,7	16,5	9,7	22,6
Τσέχικη Δημοκρατία	13,4	12,6	17,3	16,6	21,3	19,3	15,3	15,1	16	16	16,7	20,4
Δανία	17,2	15,6	14,8	14	17,1	16,2	18,2	17,3	14,8	14,9	17,9	22,1
Γερμανία	13,6	12,4	15,2	14,3	16,8	14,5	19,7	19,4	15,3	15,3	19,5	24,1
Εσθονία	15,9	13,3	21,7	17	20	16,5	15,8	15,9	13,2	15,4	13,5	21,9
Ιρλανδία	14,4	14,6	18,9	19,4	21,8	19,7	17,2	16,8	13,6	13,3	14,1	16,2
Ελλάδα	13,1	12,2	17,4	15,2	22,6	17,7	18,6	16,6	13,6	14,3	14,6	24
Ισπανία	11,5	11,4	15,3	15,7	22,8	20	19,6	17,8	14,6	13,7	16,1	21,3
Γαλλία	13	14,6	15,7	15	18,6	16,2	15,1	16,7	17,1	15,5	20,5	22,1
Κροατία	23,7	13,7	11,8	15,7	18,7	15,6	18,2	16,8	13,6	16,5	13,9	21,7
Ιταλία	13,1	11,4	14	13,4	21,5	17,8	20	18,1	15,2	14,5	16,2	24,9
Κύπρος	21,4	17,1	23,2	20,1	18,8	16,8	14,9	15,9	11,5	13,6	10,2	16,6
Λετονία	16,3	13,2	22,3	16,5	20,2	15,8	18,2	16,8	12,5	15,4	10,6	22,4
Λιθουανία	19,6	15,6	18,6	14,9	20,4	15,5	20,7	17,8	11,2	14,8	9,4	21,7
Λουξεμβούργο	14,8	14,4	18,7	17,8	19,9	18,6	19,5	18,6	13,5	13,6	13,6	16,8
Ουγγαρία	13,7	13,9	17,7	15,2	20,5	18,7	16,3	14,8	17,3	16,8	14,6	20,6
Μάλτα	19,6	15,1	24,5	17,1	13,4	15,5	20,5	15,2	10,2	16,2	11,8	20,9
Ολλανδία	15,7	14,7	15,2	14,7	16,6	16	18,4	18,1	16,2	15,5	17,9	20,9
Αυστρία	15,2	13,9	16,4	15,5	17,1	16,1	20,2	19	14,5	14,1	16,7	21,4
Πολωνία	18	14,6	20	18,9	18,3	16,8	16,5	15,1	14,8	17,2	12,3	17,5
Πορτογαλία	13,9	12,5	13,9	14,3	22,3	18	16,2	17,1	15,6	15	18,1	23,2
Ρουμανία	16,7	13,5	24,6	16,4	22,4	18,7	13,3	15,4	13	16,4	10	19,6
Σλοβενία	15,5	11,8	20,3	16,5	20,6	17,1	19	17,4	14,4	16,5	10,1	20,5
Σλοβακία	16,4	14,9	18,8	19	24,8	18,3	17	15,8	13,7	15,9	9,4	15,9
Φινλανδία	15,4	14,4	16,6	15,2	15,8	14,4	17,3	16,4	16,8	16,6	18,1	23,2
Σουηδία	10,8	15,2	12,7	15,4	17,1	15,6	20	16	13,2	14,4	26,2	23,5
Ηνωμένο Βασίλειο <sup>2</sup>	13,6	15,4	18,1	16,4	16,9	15,9	16,4	17,1	15,9	13,8	19,2	21,2
Ελβετία	12,3	13,6	16,5	16,1	19,3	16,8	19,4	18,6	14,2	14,2	18,3	20,7

**Σημείωση**

<sup>1</sup> Ε.Ε.28 εκτιμάται συνολικά για το σκοπό της παρούσας δημοσίευσης χρησιμοποιώντας τα διαθέσιμα δεδομένα

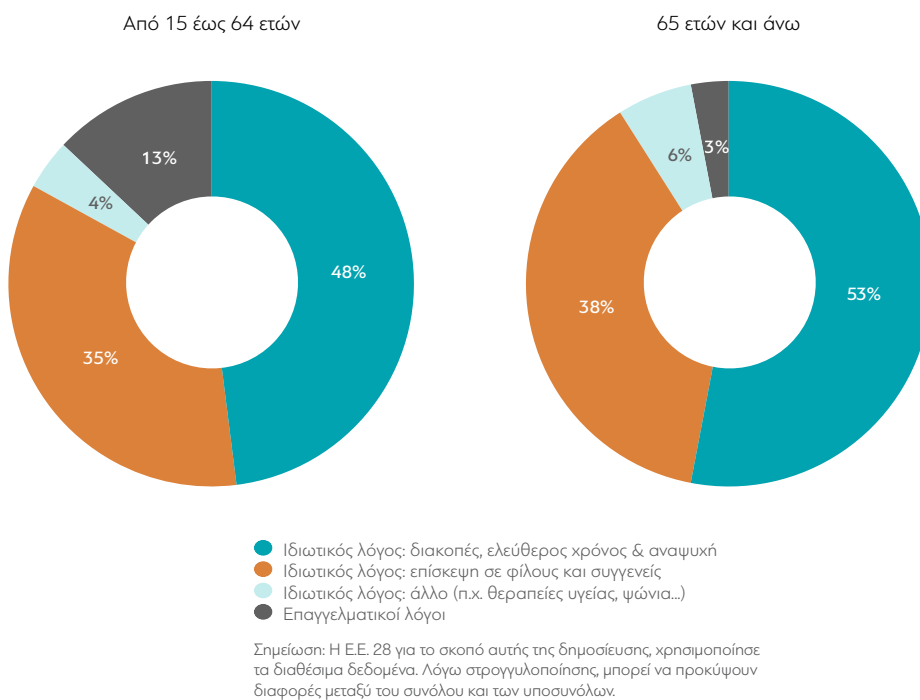
<sup>2</sup> 2012 για το μερίδιο του τουριστικού πληθυσμού

**Πηγή:** Eurostat: Shares of different age groups in the 15 years or over tourist population and in the 15 years or over total population, 2014,(%)

**Διαθέσιμο στο:** [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism\\_trends\\_and\\_ageing&oldid=328285](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism_trends_and_ageing&oldid=328285)

Τα άτομα τρίτης ηλικίας πραγματοποιούν περισσότερα ταξίδια σχετικά με θέματα υγείας από άλλες ηλικιακές ομάδες: Οι ευρωπαϊκές στατιστικές για τα ταξίδια που πραγματοποιούνται από τους κατοίκους της Ευρώπης, καλύπτουν τόσο τις προσωπικές όσο και τις επαγγελματικές τους ανάγκες. Το Διάγραμμα 5 δείχνει ότι μόνο το 3% των ταξιδιών που πραγματοποιήθηκαν από κατοίκους της Ευρώπης, ηλικίας 65 ετών και άνω, ήταν για επαγγελματικούς σκοπούς, το 53% για διακοπές ενώ το 6% για λόγους υγείας.

**Διάγραμμα 5: Λόγοι Που Πραγματοποιήθηκαν Ταξίδια Από Τους Κατοίκους Της ΕΕ-28 (2014)**



Πηγή: Eurostat (2014)

Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism\\_trends\\_and\\_ageing&oldid=328285](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism_trends_and_ageing&oldid=328285)

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας είναι ένα ειδικό κοινό της τουριστικής βιομηχανίας καθότι έχουν περισσότερες απαιτήσεις και εμπειρίες. Κατά κύριο λόγο, τα άτομα τρίτης ηλικίας ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, διαμένουν περισσότερες ημέρες σε προορισμούς σε μεγαλύτερες αποστάσεις από τον τόπο διαμονής τους, απαιτούν υπηρεσίες καλής ποιότητας, λόγω εμπειρίας από προγενέστερες ταξιδιωτικές εμπειρίες, και έχουν σαφέστερη αντίληψη του τι σημαίνει ποιότητα. Συσχετίζουν την ποιότητα με τις πραγματικές τους ανάγκες και όχι με τα τεχνικά χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων στις μονάδες φιλοξενίας/ξενοδοχεία. Ορισμένες επιπτώσεις της επίδρασης του τουρισμού τρίτης ηλικίας είναι που εντέλει καθίσταται opinion maker στην τουριστική βιομηχανία.<sup>34,35</sup>



- Αύξηση των γενικών εσόδων του τουριστικού κλάδου λόγω αύξησης των ταξιδιών αλλά και της διάρκειας παραμονής των ηλικιωμένων στον προορισμό τους.
- Επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου διότι επιλέγουν να πραγματοποιήσουν ταξίδια καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και δη σε περιόδους χαμηλής ζήτησης για να αποφύγουν τις αρνητικές συνέπειες από τα φαινόμενα συνωστισμού που παρατηρούνται στους τουριστικούς προορισμούς κατά τις περιόδους αιχμής.
- Αναβάθμιση του τουριστικού προϊόντος καθότι τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιο απαιτητικά και αναζητούν ποιοτικές επιλογές στη διάρκεια των ταξιδιών τους.
- Ανάπτυξη εθνικών στρατηγικών και διακρατικών συμφωνιών για τη φιλοξενία ηλικιωμένων (βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα), οι οποίες συμβάλλουν στη διαφήμιση της εκάστοτε χώρας-προορισμού για τους μελλοντικούς εν δυνάμει τουρίστες τρίτης ηλικίας.
- Τόνωση της τοπικής/εθνικής οικονομίας από τα άτομα που επιλέγουν την παραχείμαση.
- Ανάπτυξη κλάδων του τουριστικού κλάδου όπως θρησκευτικός, ιστορικός, ιαματικός, ιατρικός, τουρισμός ευεξίας και πολιτιστικός τουρισμός.
- Ανάδειξη και άλλων θεματικών μορφών τουρισμού.

Για την κάλυψη των αναγκών και απαιτήσεων των ηλικιωμένων, ειδικές τουριστικές και μονάδες ευρύτερων υπηρεσιών έχουν αναπτυχθεί/κατασκευαστεί/δραστηριοποιηθεί σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, όπως:

- Τουριστικές μονάδες για τη φιλοξενία ειδικών ομάδων τουριστών τρίτης ηλικίας.
- Μονάδες/Συγκροτήματα κτηρίων που παρέχουν συγκεκριμένες ιατρικές, νοσηλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες στους ηλικιωμένους.
- Τουριστικά πρακτορεία που αναλαμβάνουν κατά κύριο λόγο την εξυπηρέτηση ηλικιωμένων με προσαρμοσμένα τουριστικά πακέτα.

### 1.1.3. Τα Τμήματα (Segments) Τουριστών Της Τρίτης Ηλικίας

Έχει παρατηρηθεί ότι ο όρος «τρίτη ηλικία» παραπέμπει συνειρμικά σε άτομα που δεν δύναται να συμμετέχουν ενεργά στην αγορά εργασίας σε δραστηριότητες οι οποίες προϋποθέτουν αυξημένη σωματική καταπόνηση.

Ο προσδιορισμός του ηλικιακού ορίου κατά το οποίο ένα άτομο εισέρχεται στην τρίτη ηλικία αλλάζει ανάλογα με την εποχή, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, τις εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής, τα κοινωνικά στερεότυπα και τα επιτεύγματα της τεχνολογίας που υποστηρίζουν τις σωματικές ανάγκες υποβοήθησης (assistive technology).

Πολλοί μελετητές προσδιορίζουν αυτό το ηλικιακό όριο στην ηλικία των 55 ετών. Έχει παρατηρηθεί ότι μετά την ηλικία αυτή οι περισσότεροι άνθρωποι

αρχίζουν να προβληματίζονται για τον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν τις πρακτικές δυσκολίες που θα ανακύπτουν όσο θα γερνούν.

Ένας άλλος παράγοντας είναι το χρονικό σημείο πέραν του οποίου ένα άτομο θα αισθανθεί ανίκανο να συμμετάσχει ενεργά στην οικονομική και κοινωνική ζωή. Αυτό συναρτάται από πολλούς και συχνά απρόβλεπτους παράγοντες, όπως είναι η κατάσταση της υγείας του, η οικονομική συγκυρία, το επίπεδο ανάπτυξης της χώρας που ζει, η εξέλιξη της τεχνολογίας και διάφοροι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Συναρτάται, επίσης, με ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, το επάγγελμα, τη δυνατότητα πρόσβασης σε ένα αξιόπιστο σύστημα περίθαλψης και την ποιότητα του δομημένου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Τέλος, επηρεάζεται σημαντικά από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, την αναγνώριση του ρόλου των ατόμων προχωρημένης ηλικίας, τον σεβασμό που επιδεικνύουν οι νεότεροι προς τους πρεσβύτερους στο πλαίσιο της αλληλεγγύης των γενεών, και τα μέτρα που λαμβάνει η πολιτεία προκειμένου να περιορίσει φαινόμενα που ενδέχεται να οδηγήσουν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ηλικιωμένων.

Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι στις χώρες με ανεπτυγμένες οικονομίες οι φοβίες που απορρέουν από το στερεότυπο του ανήμπορου ηλικιωμένου, ανησυχούν μια πολύ μικρή μερίδα του πληθυσμού στην ηλικιακή ομάδα των 55-65 ετών.<sup>26,27</sup> Το γεγονός αυτό δεν σημαίνει ότι το ηλικιακό όριο των 55 ετών γίνεται αυτόματα αποδεκτό από ολόκληρη την επιστημονική κοινότητα και τους παράγοντες της τουριστικής αγοράς. Οι αντιρρήσεις που εκφράζονται είναι πολλές και διαθέτουν ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Για παράδειγμα, όσοι ασχολούνται με το μάρκετινγκ καταναλωτικών αγαθών θεωρούν ότι οι καταναλωτικές συνήθειες των σημερινών ηλικιωμένων διαφοροποιούνται αισθητά μόνο μετά την ηλικία των 65 ετών. Αρκετοί είναι και οι μελετητές που υποστηρίζουν ότι η ταξιδιωτική συμπεριφορά στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες μεταβάλλεται εμφανώς μόνο μετά τα 65 έτη.<sup>38,39</sup>

Ανάλογες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και στον ηλικιακό προσδιορισμό του τουρίστα τρίτης ηλικίας (Senior Tourist). Πολλοί μελετητές, αλλά και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού, το προσδιορίζουν ως άτομο άνω των 50 ετών<sup>40,41,42</sup> άλλοι τον τοποθετούν πέρα από την ηλικία των 55 ετών,<sup>43,44,45</sup> άλλοι καθορίζουν τον τουρίστα τρίτης ηλικίας ως το άτομο ηλικίας 60 ετών και άνω,<sup>46,47,48</sup> και άλλοι τοποθετούν το ηλικιακό όριο του τουρίστα τρίτης ηλικίας μεταξύ των ηλικιών 65 και 74.<sup>49,50,51</sup>

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας μπορούν να διακριθούν επίσης στις παρακάτω σημαντικότερες γενεές:

- **Η γενιά G ή Great Generation:** Σε αυτή ανήκουν τα άτομα που γεννήθηκαν από το 1901 έως το 1924. Είναι η γενιά που μεγάλωσε την

περίοδο της μεγάλης ύφεσης (great depression) και πρωταγωνίστησε στα πεδία των μαχών του Β' Παγκόσμιου Πολέμου.

- **Η σιωπηλή γενεά (silent generation):** Περιλαμβάνει τα άτομα που γεννήθηκαν ανάμεσα στο 1925 και το 1945. Ήταν πολύ νέοι για να πολεμήσουν στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, αλλά βίωσαν με τον πιο δραματικό τρόπο τις κακουχίες του πολέμου ως παιδιά. Πολλοί εγκατέλειψαν τα σχολεία και μπήκαν νωρίς στην αγορά εργασίας.
- **Η γενεά των baby boomers (baby boom generation):** Είναι η γενεά που γεννήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, από το 1946 έως το 1964. Πρόκειται για μια περίοδο που σημειώθηκε εκρηκτική άνοδος των γεννήσεων σε όλες τις χώρες του κόσμου και ειδικότερα σε αυτές που συμμετείχαν ενεργά στον πόλεμο. Περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι γεννήθηκαν παγκοσμίως κατά τη διάρκεια αυτών των ετών. Σήμερα, η γενιά baby boomer εισέρχεται στην τρίτη ηλικία, η οποία θα επηρεαστεί από τη δημογραφική μεταβολή του συνολικού πληθυσμού. Από τη στιγμή που ο τελευταίος boomer θα γίνει 65 ετών, ο πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω θα διπλασιαστεί. Στις περισσότερες χώρες της Δύσης, όπως οι ΗΠΑ, Ιαπωνία, Γερμανία, Ιταλία και Ισπανία, οι baby boomers θα αποτελούν πάνω από το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού τους.
- **Η γενεά X (generation X):** Είναι γνωστή ως 13η γενιά και καλύπτει τη χρονική περίοδο από το 1965 έως το 1982. Μεγάλωσε μέσα σ' ένα περιβάλλον ταχείας οικονομικής και τεχνολογικής ανάπτυξης.

Στην κατηγορία της τρίτης ηλικίας, συμπεριλαμβάνονται και αρκετά άτομα με αναπηρίες. Η Eurostat εκτιμά ότι το 34% των Ευρωπαίων πολιτών έχουν ανάγκη από ειδικές υποδομές πρόσβασης (ηλικιωμένοι, προσωρινά ασθενείς, ΑΜΕΑ, έγκυοι, κλπ.) τις οποίες δεν συναντά κανείς συχνά στη χώρα μας. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, η Ελλάδα συγκεντρώνει 67% αρνητικές γνώμες και σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρώπης έχει τη χειρότερη επίδοση μετά την Ουγγαρία. Οι υπόλοιπες ανταγωνίστριες χώρες στον μεσογειακό νότο βρίσκονται σε πολύ καλύτερη θέση, με την Ιταλία να συγκεντρώνει 36% αρνητικές γνώμες, την Ισπανία και τη Γαλλία 42%, την Πορτογαλία 48% και την Τουρκία 47%.<sup>51</sup> Τα χαρακτηριστικά των επιμέρους κατηγοριών αναλύονται στην ενότητα 1.1.4.

### 1.1.3.1. Αντιλαμβανόμενη ηλικία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας

Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι δεν είναι η πραγματική ηλικία αυτή που επηρεάζει την ταξιδιωτική συμπεριφορά ενός τουρίστα, αλλά ο τρόπος που αυτοπροσδιορίζει ο ίδιος την ηλικία του. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει σημαντική διάσταση ανάμεσα στην πραγματική και την αντιλαμβανόμενη ηλικία κάθε ατόμου. Εμπειρικές μετρήσεις αποδεικνύουν ότι κατά μέσο όρο τα άτομα της τρίτης ηλικίας αισθάνονται τουλάχιστον κατά δέκα χρόνια νεότεροι.

Το πόσο νεότερος αισθάνεται κάποιος συναρτάται με την κατάσταση της υγείας του, με το μορφωτικό και οικονομικό του επίπεδο και πληθώρα άλ-

λων ατομικών χαρακτηριστικών. Στην ουσία πρόκειται για τα ίδια χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την ταξιδιωτική συμπεριφορά των τουριστών.

Αυτός ήταν ο βασικότερος λόγος που οδήγησε τους μελετητές στη διαπίστωση πως η αντιλαμβανόμενη ηλικία είναι αυτή που προσδιορίζει ακριβέστερα την ταξιδιωτική συμπεριφορά των ατόμων τρίτης ηλικίας, η οποία όμως είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά και ακόμα δυσκολότερο να μετρηθεί με ακρίβεια. Συνήθως υπολογίζεται εμμέσως, αφού έχει προηγηθεί εκτίμηση των πέντε επιμέρους συνιστωσών της που είναι οι ακόλουθες:

1. Η ηλικία που πιστεύει το ίδιο το άτομο ότι έχει.
2. Η ηλικιακή ομάδα που πιστεύει ότι τον κατατάσσει η εμφάνισή του.
3. Η ηλικία που αντιστοιχεί στο πρότυπο συμπεριφοράς που έχει υιοθετήσει στην καθημερινή του ζωή.
4. Η ηλικία με την οποία ταυτίζονται οι καταναλωτικές τους συνήθειες.
5. Η ηλικία που προσπαθεί να δείξει ότι έχει.

Όσο μεγαλύτερη είναι η διάσταση μεταξύ πραγματικής και αντιλαμβανόμενης ηλικίας, τόσο πιο πρόθυμοι είναι οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αναψυχής και σε πολυήμερα ταξίδια στο εξωτερικό.

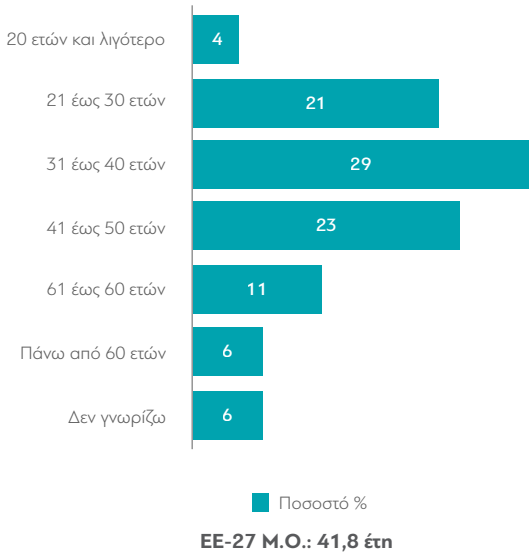
### 1.1.3.2. Ηλικιακός αυτοπροσδιορισμός των Ευρωπαίων

Μπορεί οι Παγκόσμιοι Οργανισμοί να θέσπισαν ως ηλικιακό κατώφλι τα 55 έτη, αλλά οι Ευρωπαίοι όταν ερωτώνται δηλώνουν πως κατά μέσο όρο ο άνθρωπος θα πρέπει να θεωρείται ηλικιωμένος μετά τα 63,9 έτη. Οι γνώμες διαφοροποιούνται αισθητά από χώρα σε χώρα. Οι κάτοικοι των πλουσιότερων χωρών με γηρασμένο πληθυσμό χαρακτηρίζουν ως ηλικιωμένα τα άτομα που έχουν υπερβεί το 65ο ή ακόμα και το 70ο έτος. Αντίθετα, στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης το ηλικιακό κατώφλι για την είσοδο στην τρίτη ηλικία προσδιορίζεται αισθητά χαμηλότερα. Οι Ολλανδοί εκφράζουν την πιο ακραία άποψη, καθώς φαίνεται να πιστεύουν ότι ένα άτομο καθίσταται ηλικιωμένο μετά την ηλικία των 74 ετών. Στο άλλο άκρο βρίσκονται οι Σλοβάκοι που προσδιορίζουν το κατώφλι στα 57,7 έτη. Οι μεσογειακές χώρες τοποθετούν πολύ ψηλά το ηλικιακό κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Οι Κύπριοι το τοποθετούν στα 68,5 έτη, οι Ιταλοί στα 67,6, οι Γάλλοι στα 65,9, οι Έλληνες στα 65,7 και οι Ισπανοί στα 65,5.

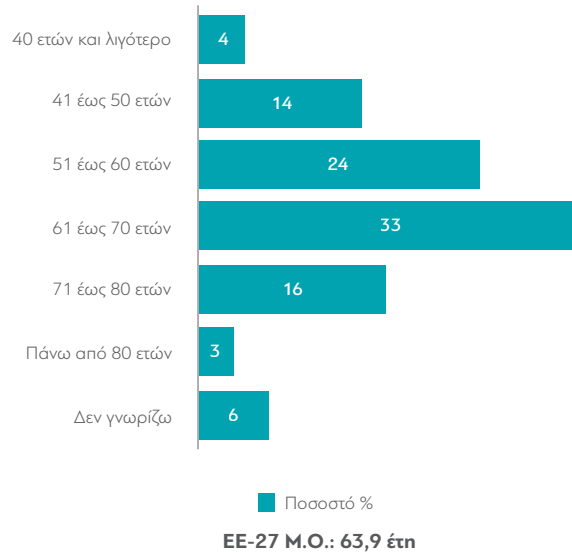
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας από το Ευρωβαρόμετρο, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011 στα 27 κράτη-μέλη της Ευρώπης και σε πέντε επιπλέον χώρες (Κροατία, Ισλανδία, Βόρεια Μακεδονία, Νορβηγία και Τουρκία).<sup>51</sup> Στη μελέτη συμμετείχαν 31.280 άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών (Διάγραμμα 6).

### Διάγραμμα 6: Συνολική Αντίληψη Γήρανσης Και Ηλικιωμένων (2012)

Ερώτηση: Κατά τη γνώμη σας ποια είναι η ηλικία που θεωρείτε ότι κάποιος παύει να είναι νέος;



Κατά τη γνώμη σας, ποια είναι η ηλικία που θεωρείτε ότι κάποιος είναι γέρος;



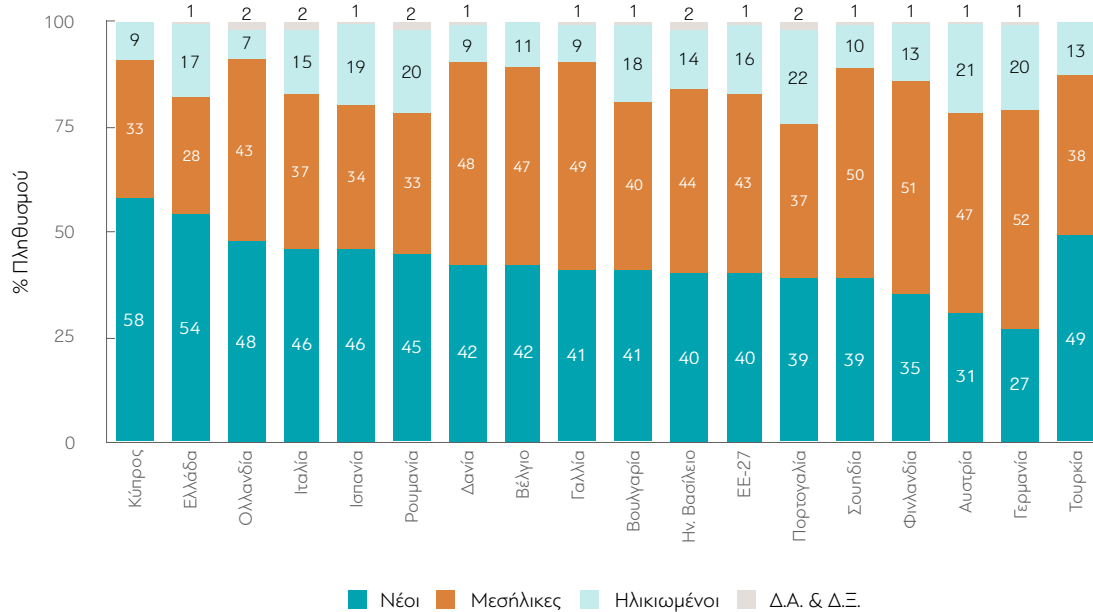
Πηγή: Eurobarometer, 2012

Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing_en)

Οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η ηλικία στην οποία το άτομο θεωρείται ηλικιωμένο είναι κατά μέσο όρο τα 63,9 έτη. Οι πολίτες ρωτήθηκαν, επίσης, σε ποια ηλικία πιστεύουν ότι κανείς δεν θεωρείται πλέον «νέος». Σε ολόκληρη την Ευρώπη οι πολίτες πιστεύουν ότι αυτό συμβαίνει κατά μέσο όρο στα 41,8 έτη.

Ο τρόπος που αυτοχαρακτηρίζουν οι Ευρωπαίοι την ηλικιακή τους κατάσταση σχετίζεται με την αντίληψή τους για τα ηλικιακά όρια που προσδιορίζουν τα τρία στάδια της ζωής του ανθρώπου. Κατά συνέπεια, διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Οι Κύπριοι σε ποσοστό 58% αυτοπροσδιορίζονται ως νέοι, σε ποσοστό 33% ως μεσήλικες και μόνο το 9% πιστεύει ότι βρίσκεται στην τρίτη ηλικία της ζωής του. Στον αντίποδα βρίσκονται οι πιο πραγματιστές Γερμανοί. Μόλις το 35,3% πιστεύουν ότι είναι νέοι, το 52,5% ότι είναι μεσήλικες και το 20,2% ότι είναι ηλικιωμένοι. Γενικά, οι κάτοικοι των βορείων χωρών και των χωρών του πρώην ανατολικού συνασπισμού νιώθουν πιο κοντά στην πραγματική τους ηλικία.

**Διάγραμμα 7: Ηλικιακή Κατανομή Πληθυσμού Στις Χώρες ΕΕ-27 (2012)**



Πηγή: Eurobarometer 378: Overall perceptions of ageing and older people  
Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing_en)

Όμως, ούτε αυτή η διαπίστωση φαίνεται ότι υπόκειται σε ένα γενικευμένο κανόνα. Στο παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζεται ταυτόχρονα η πραγματική ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Ελλάδας, σε αντιδιαστολή με την αντιλαμβανόμενη ηλικιακή κατάσταση που δηλώνουν οι κάτοικοι κάθε χώρας (Διάγραμμα 7). Από το διάγραμμα γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η μεγαλύτερη διάσταση μεταξύ πραγματικής ηλικιακής κατάστασης και αυτοπροσδιορισμού σημειώνεται στην Ολλανδία. Μόνο το 7,1% των Ολλανδών αισθάνονται ηλικιωμένοι, ενώ στην πραγματικότητα το 30,5% του πληθυσμού της χώρας έχουν υπερβεί το 55ο έτος της ηλικίας τους. Αντίθετα, αισθάνονται νέοι σχεδόν το 49% των Ολλανδών, όταν με βάση την πραγματική ηλικιακή κατανομή της χώρας μόνο το 24,2% του συνολικού πληθυσμού είναι νέοι.

#### 1.1.4. Χαρακτηριστικά Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας

Οι άνθρωποι που γεννήθηκαν πριν ή κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, είχαν φτάσει κατ' ελάχιστο στην ηλικία των 65 ετών το 2010. Κατά συνέπεια, όλοι οι εκπρόσωποι της γενιάς G και της σιωπηλής γενιάς έχουν συνταξιοδοτηθεί πλέον. Τα χαρακτηριστικά αυτών των δύο γενεών είναι:

- Είναι ολιγαρκείς.
- Δίνουν μεγαλύτερη αξία στα ανθρώπινα επιτεύγματα και λιγότερη προσοχή στα υλικά αγαθά.

- Είναι συγκρατημένοι καταναλωτές και απεχθάνονται τις υπερβολές.
- Υιοθετούν εύκολα τη χρήση προϊόντων μαζικής κατανάλωσης.
- Στις διακοπές τους στηρίζουν εδώ και αρκετές δεκαετίες το μοντέλο του μαζικού τουρισμού (οργανωμένα ταξίδια, διαμονή σε καταλύματα μεσαίας κατηγορίας και επιλογή παραδοσιακών προορισμών).
- Προτιμούν τουριστικούς προορισμούς με ωραίο φυσικό περιβάλλον (δασώδεις, παραλίμιες ή ορεινές περιοχές με ιδιαίτερο φυσικό κάλλος).

Τα χαρακτηριστικά των baby boomers:

- Προτιμούν προορισμούς που θα τους προσφέρουν νέες εμπειρίες.
- Προτιμούν μορφές διακοπών που προάγουν τις οικογενειακές σχέσεις, τις κοινωνικές συναναστροφές, την επαφή με τη φύση και γενικά με ό,τι θεωρείται αυθεντικό και βαθιά ανθρώπινο.
- Εκτιμούν ιδιαίτερα την εξατομικευμένη εξυπηρέτηση και τη δυνατότητα πολλαπλών επιλογών.
- Οργανώνουν μόνοι τους το ταξίδι, ώστε να ελέγχουν καλύτερα τα επιμέρους ποιοτικά χαρακτηριστικά των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Δεν τους αρέσει να υπακούουν σε αυστηρούς κανόνες και γι' αυτό δυσκολεύονται να ακολουθήσουν προγράμματα περιήγησης που προϋποθέτουν αυστηρό χρονικό προγραμματισμό.
- Δεν ταυτίζουν την πολυτέλεια με την ποιότητα της εξυπηρέτησης.
- Την ποιότητα την αντιλαμβάνονται περισσότερο στην υλιστική της διάσταση. Γι' αυτό επιλέγουν καταλύματα υψηλότερων κατηγοριών.
- Προτιμούν τα πρόσφατα ανακαινισμένα ξενοδοχεία και την επίπλωση των δωματίων που υπηρετούν τις σύγχρονες τάσεις της μόδας.
- Προσπαθούν να καθυστερήσουν τα σημάδια του γήρατος, ενδιαφέρονται για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας υιοθετώντας προστατευτικές συμπεριφορές, όπως υγιεινή διατροφή, υπηρεσίες ήπιας άθλησης, κ.ά. Γι' αυτό απαιτούν να προσφέρουν ανάλογες υπηρεσίες οι ξενοδοχειακές μονάδες που διαμένουν.
- Ενδιαφέρονται για το καλό φαγητό, επιδόρπια και τα εκλεκτά κρασιά.
- Αποτελούν καταναλωτές τοπικών παραδοσιακών προϊόντων.
- Εξακολουθούν να έχουν τις ίδιες συνήθειες και παραπλήσιες καταναλωτικές προτιμήσεις με αυτές που είχαν όσο ήταν νέοι, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 65 ετών.
- Η νοσταλγία των εφηβικών χρόνων διαμορφώνει νέα καταναλωτικά πρότυπα.
- Αναζητούν το καινούριο ή το διαφορετικό, και αναζητούν τοπικά παραδοσιακά προϊόντα στη διάρκεια της παραμονής τους σε έναν προορισμό.
- Διαθέτουν ελεύθερο χρόνο και είναι πρόθυμοι να διαθέσουν αρκετά χρήματα για τις διακοπές τους.
- Αποτελούν το τμήμα της αγοράς με τη χαμηλότερη εποχικότητα στην ταξιδιωτική τους συμπεριφορά.

#### 1.1.4.1. Κίνητρα τουρισμού τρίτης ηλικίας

Από τις μελέτες που έχουν γίνει αναφορικά με τα κίνητρα που επηρεάζουν τη λήψη απόφασης και τις επιλογές των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τις δραστηριότητές τους, τα κίνητρα μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες ως εξής:

- **Φυσικά κίνητρα** είναι αυτά που αφορούν στη φυσική/σωματική κατάσταση του ατόμου, και την ανάγκη, μεταξύ άλλων, για χαλάρωση, υγεία, άνεση, συμμετοχή σε δραστηριότητες αθλητισμού, αναψυχής κ.ο.κ.
- **Πολιτιστικά κίνητρα** είναι η επιθυμία γνωριμίας και ενασχόλησης με τον πολιτισμό, τα έθιμα, τις παραδόσεις, επαφή με τις τέχνες, και επίσκεψης σε περιοχές με πολιτισμικό και ιστορικό ενδιαφέρον.
- **Κοινωνικά ή διαπροσωπικά κίνητρα** είναι αυτά που συνδέονται με την ανάγκη του ανθρώπου να συγχρωτίζεται και να ανήκει κοινωνικά σε ομάδες ή/ και να μετέχει σε κοινές δράσεις (ψυχαγωγικές, εθελοντικές, παραγωγής έργου κλπ.).
- **Κίνητρα πνευματικής αναζήτησης ή φαντασίας** είναι αυτά τα οποία συνδέονται με την πρόθεση ικανοποίησης της πνευματικής αφύπνισης και εξέλιξης του ατόμου, καθώς και με την ψυχική αυτό-εκπλήρωση και ικανοποίηση.

Τα κίνητρα των ηλικιωμένων με την πάροδο του χρόνου τείνουν να μετατοπίζονται σε περισσότερο ενεργητικές αναζητήσεις με έντονη εστίαση σε δράσεις και δραστηριότητες που αφορούν στη βελτίωση της υγείας. Τα πιο κοινά ταξιδιωτικά κίνητρα των ηλικιωμένων, όπως καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η ξεκούραση και η χαλάρωση, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η σωματική άσκηση, η μάθηση, η νοσταλγία, ο ποιοτικός χρόνος με την οικογένειά τους και η ενθουσιώδης επιθυμία για τη γνωριμία με κάτι νέο. Στις μικρότερες ηλικίες (55-64 ετών) ενδιαφέρονται περισσότερο για δραστηριότητες χαλάρωσης και ψυχαγωγίας, ενώ σε μεγαλύτερες (ηλικίας 65 ετών και άνω) ενδιαφέρονται για εκπαίδευση ή φυσικά αξιοθέατα.

Τα κίνητρα αυτά, όπως είναι αναμενόμενο, επηρεάζονται από τα κοινωνικά πρότυπα και την κουλτούρα των λαών.<sup>52,53</sup> Για παράδειγμα οι Βρετανοί τουρίστες απολαμβάνουν τη συναναστροφή με άλλους τουρίστες και τη διασκέδαση, ενώ οι Γερμανοί τουρίστες αναζητούν περισσότερο διακοπές στη φύση και σε πολιτιστικά αξιοθέατα. Οι ηλικιωμένοι Κινέζοι χαρακτηρίζονται από εσώτερες επιθυμίες και αναζητήσεις, π.χ. επιζητούν τη βελτίωση της ευημερίας, τη διαφυγή από την καθημερινή ρουτίνα, την κοινωνικοποίηση και την προσωπική πραγμάτωση, ενώ οι Ιάπωνες αναζητούν νέες και πρωτοποριακές δραστηριότητες κατά την περίοδο των διακοπών τους και δίνουν μεγάλη σημασία στην ασφάλεια και την καθαριότητα. Ωστόσο, η χαλάρωση και η ευχαρίστηση είναι εξίσου σημαντικές παράμετροι ανεξαρτήτως εθνικότητας και προέλευσης των ατόμων.<sup>54,55</sup>



#### 1.1.4.2. Παράγοντες ώθησης και έλξης του τουρισμού τρίτης ηλικίας

Προκειμένου να προσδιοριστούν με σαφήνεια οι παράμετροι ενός επιτυχημένου τουριστικού προϊόντος που θα απευθύνεται σε πληθυσμούς τρίτης ηλικίας, αξίζει να μελετηθούν οι παράγοντες ώθησης και έλξης αναφορικά με την αγορά-στόχο και τη διαμόρφωση των τουριστικών κινήτρων σε αυτή. Ως παράγοντες ώθησης θεωρούνται οι κοινωνικο-ψυχολογικές ανάγκες που προδιαθέτουν ένα άτομο να ταξιδέψει, ενώ οι παράγοντες έλξης είναι αυτοί που προσελκύουν το ίδιο άτομο σε ένα συγκεκριμένο προορισμό. Οι παράγοντες ώθησης είναι εσωτερικοί και δημιουργούν την επιθυμία για το ταξίδι, ενώ οι παράγοντες έλξης είναι εξωτερικοί και διαμορφώνονται από τις διαθέσιμες επιλογές προορισμών και δραστηριοτήτων. Πιο συγκεκριμένα:

Ως παράγοντες ώθησης νοούνται αυτοί που ωθούν έναν τουρίστα μακριά από το σπίτι του και αφορούν την ενίσχυση του ατομικής επιδίωξης. Πρόκειται, δηλαδή, για εσωτερικούς παράγοντες που προδιαθέτουν το άτομο να ταξιδέψει, όπως η επιθυμία για ξεκούραση και χαλάρωση, περιπέτεια, διαφυγή και υγεία, νέες εμπειρίες, αναζήτηση γνώσης, ψυχικής ανάτασης και ευεξίας. Άλλοι παράγοντες ώθησης είναι η διαφυγή από την καθημερινότητα, η αυτο-ανάπτυξη και προσωπική εξέλιξη, η δημιουργία νέων διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η διαφυγή από τη μονοτονία της καθημερινότητας. Επίσης, η επιθυμία/νοσταλγία των ατόμων τρίτης ηλικίας να αισθάνονται ενεργητικοί και νέοι, πολλές φορές οδηγεί σε ταξιδιωτικές προτιμήσεις που είναι συχνά παρόμοιες με αυτές των νεότερων ατόμων.<sup>56,57,58</sup>

Οι παράγοντες έλξης είναι εκείνοι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που προσελκύουν τους τουρίστες σε κάποιον προορισμό, ο οποίος διαθέτει πολιτιστικά και ιστορικά αξιοθέατα, σημαντικές τουριστικές και πολυτελείς ξενοδοχειακές υποδομές, ασφάλεια και καθαριότητα, δραστηριότητες ευεξίας και αναψυχής. Οι παράγοντες έλξης είναι γνωστοί ως εξωγενή κίνητρα. Οι παράγοντες έλξης περιλαμβάνουν, επίσης, στοιχεία μάρκετινγκ και προβολής.<sup>59,60</sup>

#### 1.1.5. Οι Τουριστικές Υπηρεσίες Που Προτιμούν Οι Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας

##### 1.1.5.1. Υπηρεσίες/Δραστηριότητες που επιζητούν τα άτομα τρίτης ηλικίας

Τα άτομα τρίτης ηλικίας, λόγω των περιορισμών της ηλικίας αλλά και των ιδιαίτερων προτιμήσεων τους επιζητούν κατά προτεραιότητα της εξής υπηρεσίες/δραστηριότητες:

- Αθλητικές δραστηριότητες, όπως, ποδήλατο, γκολφ, σκι, ιππασία, ψάρεμα, ιστιοπλοΐα, περιηγήσεις στην ύπαιθρο ή τη θάλασσα, και άλλα.
- Γαστρονομικές δραστηριότητες, πχ. γευσιγνωσία κρασιών/δοκιμές τοπικών ποτών ή τοπικών φαγητών.

- Υπηρεσίες ευεξίας, όπως για παράδειγμα σπα, γιόγκα, ιαματικά λουτρά, αρωματοθεραπεία, σάουνα, θεραπευτικό μασάζ, κ.ά.
- Διάφορες καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, όπως μουσικές εκδηλώσεις, συναυλίες, κτλ.
- Επισκέψεις σε πολιτιστικά/πολιτισμικά μνημεία/μουσεία, σε αρχαιολογικούς χώρους και λοιπές δομές πολιτιστικής κληρονομιάς.
- Φυσιολατρικές αποδράσεις.
- Διάδραση με τον τοπικό πληθυσμό, ήθη-έθιμα και τα τοπικά προϊόντα.
- Χειροτεχνία.
- Επιτραπέζια παιχνίδια με άλλους συνομήλικους.
- Θέατρο και σινεμά.
- Επίσκεψη σε μοναστήρια, εκκλησίες και γενικότερα σε θρησκευτικούς ναούς.
- Υγειονομικές υπηρεσίες (από άτομα που πάσχουν από κάποια νόσο/πάθηση).
- Καλές υπηρεσίες μετακίνησης (πχ. μέσα μαζικής μεταφοράς-δίκτυο συγκοινωνιών, ταξί, ενοικίαση αυτοκινήτων, κτλ.).

#### **1.1.5.2. Χαρακτηριστικά των δομών φιλοξενίας που προτιμούν οι ηλικιωμένοι**

Ιδιαίτερα αγαπητά για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι τα μεγάλα οργανωμένα ξενοδοχεία και συγκροτήματα που θα τους επιτρέψουν να παραμείνουν εντός του συγκροτήματος για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Οι ηλικιωμένοι δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε διάφορες ποιοτικές παραμέτρους των ξενοδοχειακών καταλυμάτων, όπως:

- Στην αξία των υπηρεσιών που λαμβάνουν (value for money) παρά στην πραγματική τιμή αυτών.
- Αποδίδουν μεγάλη σημασία στον τρόπο που τους αντιμετωπίζει το προσωπικό του ξενοδοχείου.
- Οι κοινόχρηστοι χώροι και οι υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης δεν επηρεάζουν κατά τρόπο στατιστικά σημαντικό την αντίληψή τους για την ποιότητα του καταλύματος, αλλά παρόλα αυτά δίνουν μεγάλη σημασία στην άνεση και προσβασιμότητα των κοινόχρηστων χώρων.
- Δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην καθαριότητα (π.χ. ευρύχωρες και καθαρές τουαλέτες) και σε θέματα ασφάλειας.
- Τα ηλικιωμένα άτομα που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα δίνουν μεγάλη σημασία στην προσβασιμότητα των κοινόχρηστων και ιδιαίτερα των ανοικτών χώρων, καθώς και στον ειδικό εξοπλισμό για την εξυπηρέτηση ηλικιωμένων εντός των δωματίων (εκτεταμένες χειρολαβές κατά μήκος των τοίχων κλπ.).
- Επιθυμούν το ξενοδοχείο που διαμένουν να βρίσκεται σε κεντρικό και πολυσύχναστο σημείο του προορισμού για να έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα συγκοινωνιών και πρόσβαση σε ιστορικούς χώρους και αξιοθέατα.

- Χρησιμοποιούν συχνότερα το χρηματοκιβώτιο του δωματίου και την ενδοεπικοινωνία για να ζητήσουν πληροφορίες ή βοήθεια από τη ρεσεψιόν.
- Δίνουν μεγάλη σημασία στις διαπροσωπικές επαφές που αναπτύσσονται με το προσωπικό του ξενοδοχείου. Από τη στιγμή που θα αναπτυχθεί φιλική σχέση με τον ιδιοκτήτη ενός μικρού ξενοδοχείου, μετατρέπονται εύκολα σε πιστούς και επαναλαμβανόμενους πελάτες.
- Δεν τους αρέσουν οι τυποποιημένες υπηρεσίες και το self-service.
- Απολαμβάνουν ιδιαίτερα την εξατομικευμένη εξυπηρέτηση (π.χ. να τους σερβίρουν στο τραπέζι).
- Τους προσελκύει η εκπαιδευτική πολιτική των επιχειρήσεων.
- Επιθυμούν εύκολη πρόσβαση προς αξιοθέατα και μέσα μαζικής μεταφοράς.
- Ασφαλής περιοχή εγκατάστασης της μονάδας.
- Έντονος και καλός φωτισμός, ειδικά στους χώρους στάθμευσης και στους κοινόχρηστους χώρους.
- Ησυχία στη διάρκεια του γεύματος, έστω και αν μετά υπάρχει δυνατή μουσική.
- Τοποθεσίες με πιο ελκυστικό φυσικό περιβάλλον και ηπιότερο κλίμα, ειδικά για τους ηλικιωμένους από την Βόρεια Ευρώπη που αναζητούν τη μεσογειακή ζώνη του ήλιου.

Η έρευνα Silver Travel Industry Report 2017,<sup>61</sup> που διενήργησε η ιστοσελίδα Silver Travel Advisor σε δείγμα 500 ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών εκ των οποίων το 80% ήταν άνω των 60 - ανέφερε ότι το 56% των ταξιδιωτών άνω των 50 ετών προτιμούν να απευθύνονται κατευθείαν σε Tour Operators (TO), εκ των οποίων το 40% κάνει κράτηση στο διαδίκτυο και το 16% από το τηλέφωνο. Τουριστικά γραφεία προτιμά το 30% του δείγματος, με το 15% να τα επισκέπτεται δια ζώσης και το 15% να εξυπηρετείται είτε από το τηλέφωνο είτε από το διαδίκτυο.

Το 48% δαπανά περισσότερα από 3.000 € ετησίως για διακοπές, με το 24% της ίδιας ομάδας να δαπανά περισσότερα από 6.000€ το άτομο. Σχεδόν τα τρία τέταρτα ανέφεραν ότι κάνουν περισσότερες διακοπές μετά τα 50 παρά πριν, με το 43% να προτιμά περισσότερο τα ταξίδια περιπέτειας σε σχέση με το παρελθόν, γεγονός που ενισχύει τη θεματική κατάτμηση της αγοράς σύμφωνα με τον τρόπο ζωής και όχι με την ηλικία.

Στην τρίτη ηλικία, και ιδιαίτερα για όσους έχουν καλή οικονομική κατάσταση και δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά κινητικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας, η ηλικία δεν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για ταξίδια. Οκτώ στους δέκα δηλώνουν ότι θα συνεχίσουν να ταξιδεύουν τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 75 ετών και ένας στους τρεις μέχρι την ηλικία των 80 ετών.

### 1.1.5.3. Προτιμήσεις ηλικιωμένων στην Ευρώπη

Στη μελέτη του Ευρωβαρόμετρου που πραγματοποιήθηκε το 2016<sup>62</sup> σε συνολικό δείγμα 30.105 ατόμων και αφορούσε στα 28 κράτη-μέλη της Ευρώπης, όπως επίσης και στην Τουρκία, Βόρεια Μακεδονία, Ισλανδία, Μαυροβούνιο και Μολδαβία, αποτυπώνονται ορισμένα ενδιαφέροντα ευρήματα αναφορικά με τους τουρίστες τρίτης ηλικίας (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5: Κύριοι Λόγοι Ταξιδιού-Διακοπών (2015) (%- Ε.Ε.)**

	Ήλιος/ Θάλασσα	Επίσκεψη σε οικογένεια/ φίλους/συγ- γενείς	Φύση(βουνό, λίμνη, κ.α.)	Ταξίδια στη πόλη	Κουλτούρα (θρησκεία, γαστρονομία, τέχνες, κ.α.)	Ευεξία/σπα/ ιατρική περί- θαλψη	Δραστηριότη- τες σχετι- κές με την άθληση (π.χ. καταδύσεις, ποδήλατο, κ.α.)	Συγκεκριμένα συμβάντα (αθλητικά γεγονότα, φεστιβάλ, κλάμπινγκ)
<b>Ε.Ε.28</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>9</b>
<b>Ηλικία</b>								
15-24	40	45	25	31	26	8	16	18
25-39	44	41	31	27	23	12	12	9
40-54	43	33	33	27	25	13	12	8
55+	30	38	31	25	30	15	9	6

Πηγή: Eurobarometer 432: Preferences of Europeans towards tourism, 2016  
[https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065\\_432\\_ENG](https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065_432_ENG)

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι οι τουρίστες τρίτης ηλικίας πραγματοποιούν ταξίδια με στόχο (κατά σειρά προτεραιότητας) να επισκεφτούν μέλη της οικογένειάς τους/συγγενείς/φίλους, σε μέρη με φυσική ομορφιά, παραλίες/περιοχές με ήλιο, για πολιτιστικούς/θρησκευτικούς/γαστρονομικούς και καλλιτεχνικούς λόγους, για επίσκεψη σε πόλεις, για ξεκούραση/αναζωογόνηση/υπηρεσίες υγείας και ευεξίας, για αθλητικές δραστηριότητες και τέλος για συγκεκριμένες εκδηλώσεις.

Τα άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών, θα ξαναπήγαιναν στον ίδιο προορισμό για τους παρακάτω λόγους (με σειρά προτίμησης και περισσότερων απαντήσεων) (Πίνακας 6):

- Τα θετικά φυσικά χαρακτηριστικά του προορισμού (πχ. τοπία, καιρός, συνθήκες, κ.ά.).
- Την ποιότητα της διαμονής τους.
- Τα πολιτιστικά/πολιτισμικά και ιστορικά αξιοθέατα.
- Το γενικό επίπεδο των τιμών.
- Τον τρόπο με τον οποίο τους υποδέχτηκαν.
- Διαθέσιμες υπηρεσίες/δραστηριότητες (πχ. μεταφορά, εστιατόρια, δραστηριότητες αναψυχής, κ.ά.).
- Προσβασιμότητα δομών/εγκαταστάσεων για άτομα με ειδικές ανάγκες.

**Πίνακας 6: Λόγοι Για Να Ξαναπάνε Διακοπές Στο Ίδιο Μέρος (2015) (%- Ε.Ε.)**

	Τα φυσικά κάλλη και το κλίμα	Η ποιότητα της διαμονής	Πολιτιστικά και ιστορικά αξιοθέατα	Το γενικό επίπεδο τιμών	Ο τρόπος υποδοχής τουριστών	Οι προσφερό- μενες υπηρεσί- ες(μεταφορών, εστίασης, ψυχα- γωγίας, κ.α.)	Προσβάσιμες υποδομές για ΑΜΕΑ
<b>Ε.Ε.28</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>6</b>
<b>Ηλικία</b>							
15-24	50	34	38	29	22	29	3
25-39	46	34	32	29	26	24	6
40-54	47	34	30	26	24	19	6
55+	42	28	27	17	16	14	6

Πηγή: Eurobarometer 432: Preferences of Europeans towards tourism, 2016  
[https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065\\_432\\_ENG](https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065_432_ENG)

Αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο Πίνακας 7, που δείχνει ότι τα περισσότερα άτομα τρίτης ηλικίας επιλέγουν να ταξιδέψουν στο εσωτερικό της χώρας τους για διακοπές, ένα επίσης σημαντικό μέρος επιλέγει να ταξιδέψει εντός της Ευρώπης και ένα μικρό ποσοστό επιλέγει να ταξιδέψει εκτός Ευρώπης.

**Πίνακας 7: Χώρες Που Επιλέγουν Οι Ευρωπαίοι Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας (2015) (Δυνατότητα Πολλαπλών Απαντήσεων)**

	Στη χώρα μου	Στην Ε.Ε.28	Σε χώρα εκτός Ε.Ε.28	Δεν γνωρίζω
<b>Ε.Ε.28</b>	<b>66</b>	<b>51</b>	<b>22</b>	<b>1</b>
<b>Ηλικία</b>				
15-24	62	56	24	0
25-39	66	51	21	1
40-54	65	52	22	0
55+	67	48	21	1

Πηγή: Eurobarometer 432: Preferences of Europeans towards tourism, 2016

#### 1.1.5.4. Διαχείριση του ελεύθερου χρόνου στην τρίτη ηλικία

Βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση ενός ταξιδιού αναψυχής είναι η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου από την πλευρά του τουρίστα. Είναι γνωστό ότι ο ελεύθερος χρόνος συνιστά ένα πολύτιμο αγαθό με ιδιαίτερη χρηστική αξία για τον κάτοχό του. Ο σύγχρονος άνθρωπος μπορεί να ξοδέψει τον χρόνο του σε ευχάριστες ασχολίες, όπως είναι η καλλιέργεια οικογενειακών και φιλικών σχέσεων, η φροντίδα της ατομικής υγιεινής, οι δραστηριότητες σωματικής ευεξίας, τα ταξίδια και η ψυχαγωγία. Αλλά από την οικονομική θεωρία είναι γνωστό ότι η ποσότητα της προσφερόμενης εργασίας (χρόνος απασχόλησης) και ο ελεύθερος χρόνος συνδέονται με μια ιδιότυπη ανταλλακτική σχέση. Όσο αυξάνεται ο χρόνος της εργασίας, τόσο περιορίζεται ο ελεύθερος διαθέσιμος χρόνος του ανθρώπου. Παράλληλα, αυξάνει το εισόδημα του και κατά συνέπεια μπορεί να προσφέρει στον εαυτό του πε-

ρισσότερες καταναλωτικές εμπειρίες, για να τις απολαύσει όμως, χρειάζεται περισσότερο ελεύθερο χρόνο.

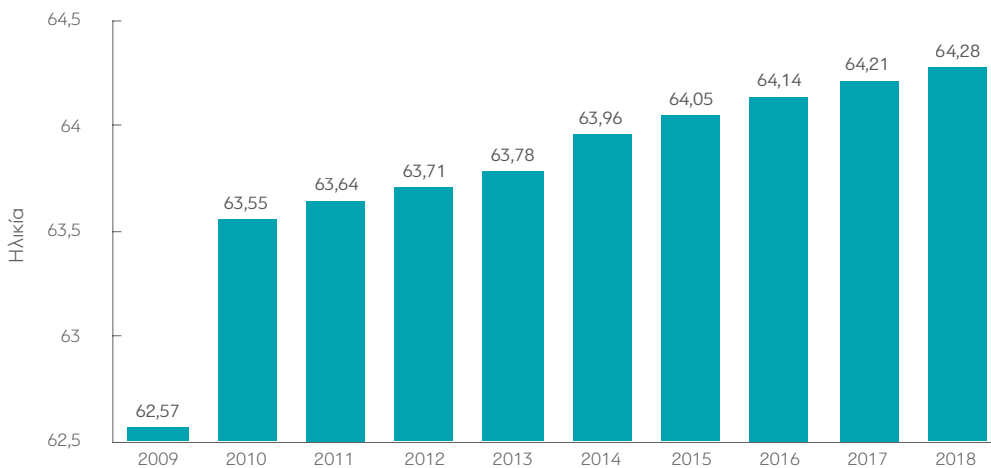
Ο χρόνος έχει μεγαλύτερο κόστος ευκαιρίας για τους ηλικιωμένους. Λόγω των μισθολογικών ωριμάνσεων και της αποκτηθείσας εμπειρίας οι ωριμαίες αποδοχές του εργαζόμενου αυξάνουν παράλληλα με την ηλικία του. Επομένως, αν κάποιος πρεσβύτερος αυξήσει τον ελεύθερο χρόνο του σε βάρος του χρόνου εργασίας, κατά πάσα πιθανότητα θα χάσει περισσότερα χρήματα σε σύγκριση με ένα νεότερο. Το γεγονός αυτό αυξάνει το κόστος ευκαιρίας του ελεύθερου χρόνου για τους ηλικιωμένους που εξακολουθούν να εργάζονται. Μετά τη συνταξιοδότηση το σκηνικό αλλάζει. Ο ηλικιωμένος έχει τόσο πολύ ελεύθερο χρόνο στη διάθεσή του που δυσκολεύεται να τον διαχειριστεί. Κατά συνέπεια η σχετική του αξία θα έπρεπε να υποχωρήσει. Αλλά από ένα σημείο και μετά, ο άνθρωπος βρίσκεται αντιμέτωπος με την προοπτική του θανάτου και αρχίζει να βλέπει τον χρόνο και πάλι ως σπάνιο αγαθό. Μόνο που σε αυτές τις ηλικίες το ζητούμενο δεν είναι να εξευρεθεί περισσότερος χρόνος για εργασία που αποφέρει εισόδημα, αλλά χρόνος για την απόκτηση νέων βιωματικών εμπειριών.

Για παράδειγμα, άτομο της γενιάς των baby boomers είναι πολύ πιθανό να απολαμβάνει εισοδήματα από συντάξεις για πάνω από 25 έτη. Πρόκειται για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα που ανατρέπουν ριζικά την αναλογία μεταξύ ελεύθερου χρόνου και εργασίας κατά τη διάρκεια του συνολικού ανθρώπινου βίου. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι στο μέλλον οι μισοί τουλάχιστον από τους πελάτες της τουριστικής βιομηχανίας, δεν θα είναι εργαζόμενοι και επομένως δεν θα υπόκεινται στους γνωστούς περιορισμούς περί ελεύθερου χρόνου. Τα ηλικιωμένα άτομα που δεν εργάζονται αντιμετωπίζουν πολύ συχνά προβλήματα μοναξιάς, κατάθλιψης και γενικά εκλαμβάνουν τη μονοτονία της καθημερινότητας ως μείζον πρόβλημα που καλούνται να το διαχειριστούν.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού (WTO) εκτιμά πως οι ριζικές αλλαγές που επέφεραν οι τρέχουσες δημογραφικές εξελίξεις στη διαβίου κατανομή του ελεύθερου χρόνου, θα έχουν ανατρεπτικές επιδράσεις στις επιθυμίες και τις καταναλωτικές προτιμήσεις των μελλοντικών τουριστών. Ο Οργανισμός εκτιμά ως πιθανό ενδεχόμενο να βλέπουμε τους νεότερους ηλικιακά τουρίστες που εξακολουθούν να εργάζονται, να αναζητούν στιγμές χαλάρωσης και ήπιους ρυθμούς διαβίωσης στη διάρκεια των διακοπών τους, ενώ οι ηλικιωμένοι τουρίστες με άπλετο και δύσκολα διαχειρίσιμο ελεύθερο χρόνο, να επιχειρούν να ζήσουν νέες εμπειρίες, συμμετέχοντας σε πιο καινοτόμες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια των διακοπών τους. Καθώς μάλιστα οι συνταξιούχοι στην ηλικία των 55-70 ετών θα φαίνονται πολύ νεότεροι από ό,τι στο παρελθόν, είναι βέβαιο ότι θα μειωθεί ακόμα περισσότερο η αντιλαμβανόμενη ηλικία τους σε σχέση με την πραγματική. Στον βαθμό που θα επιβεβαιωθούν οι προαναφερόμενες υποθέσεις, θα πρέπει να αναμένεται σημαντική αύξηση της ζήτησης για ταξίδια περιπέτειας από ηλικιωμένους που επιθυμούν να δοκιμάσουν καινούριες εμπειρίες.<sup>5,29</sup>

Παρά ταύτα, εάν μελετήσουμε περαιτέρω τις παραπάνω παραμέτρους ειδικά για τα κράτη – μέλη της Ευρώπης, θα δούμε πως ανασταλτικό παράγοντα συνιστά το γεγονός της αύξησης του μέσου όρου ηλικίας συνταξιοδότησης που παρατηρείται την τελευταία οκταετία στις χώρες της Ευρώπης, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.

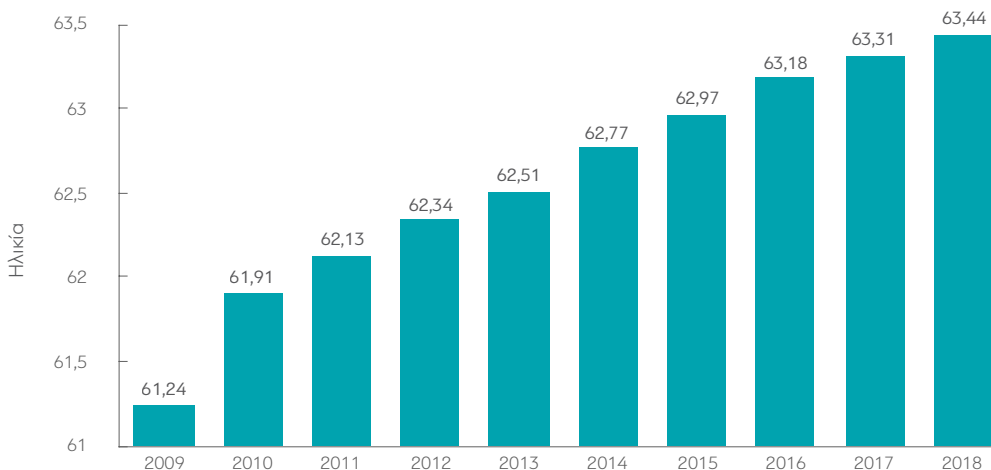
#### Διάγραμμα 8: Ηλικία Συνταξιοδότησης Ανδρών Στην Ευρώπη (2009-2018)



Πηγή: Trading Economics

Διαθέσιμο στο: <https://tradingeconomics.com/european-union/retirement-age-men>

#### Διάγραμμα 9: Ηλικία Συνταξιοδότησης Γυναίκων Στην Ευρώπη (2009-2018)



Πηγή: Trading Economics

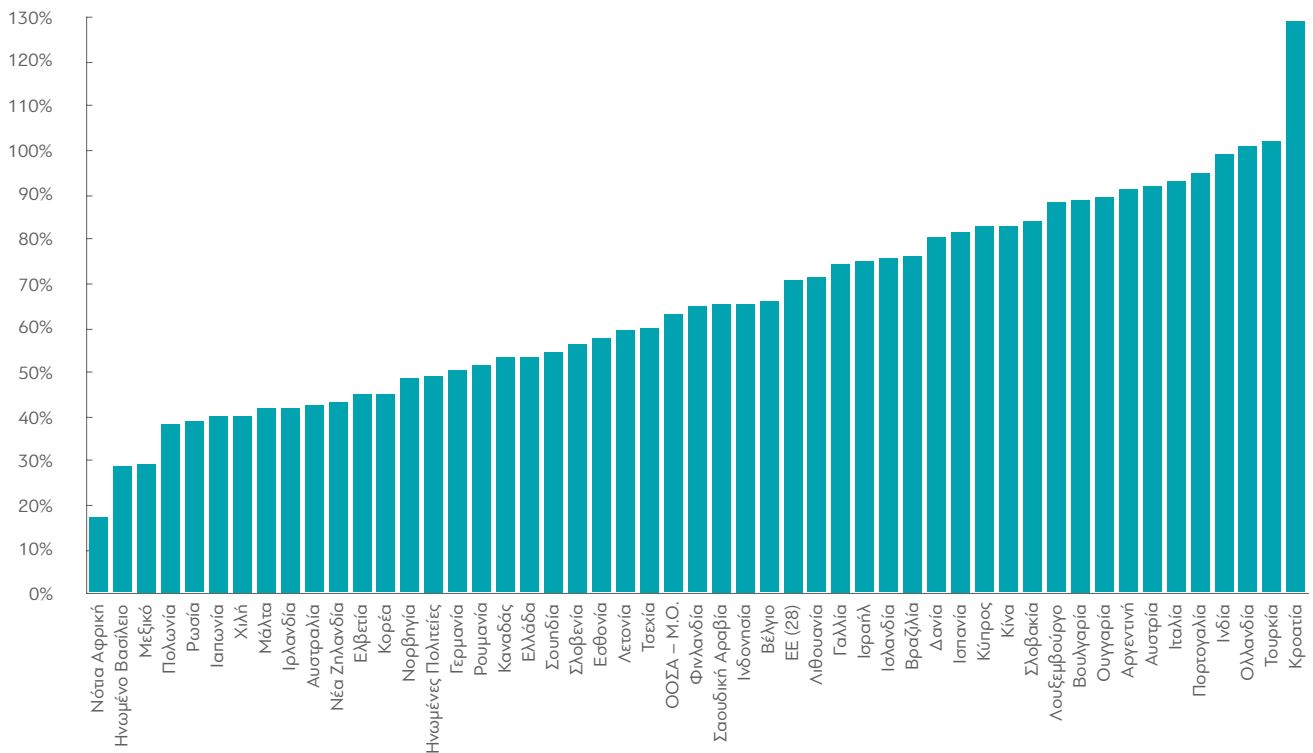
Διαθέσιμο στο: <https://tradingeconomics.com/european-union/retirement-age-women>

Μια άλλη πολύ σημαντική παράμετρος είναι το μέσο συνταξιοδοτικό εισόδημα των Ευρωπαίων πολιτών, για το οποίο διαφαίνεται μια ευρύτερη τάση συμπίεσής του σε κατώτερα επίπεδα. Επίσης, άγνωστες είναι οι συνέπειες της επίδρασης του Brexit στην πρόσβαση του πληθυσμού τρίτης ηλικίας της Μεγάλης Βρετανίας σε παροχές των κρατών-μελών της Ευρώπης.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ,<sup>65</sup> στον ανεπτυγμένο κόσμο αναμένεται πως οι εργαζόμενοι κατά την περίοδο της συνταξιοδότησής τους θα έχουν διασφαλισμένο μέσω της κρατικής χρηματοδότησης, κατά μέσο όρο, μόνον το 63% του εισοδήματος εργασίας τους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όμως, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται πολύ χαμηλά στο επίπεδο του 38%, το οποίο είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι της Βρετανίας πρέπει να διασφαλίσουν μέσω προσωπικής αποταμίευσης τους απαιτούμενους πόρους για τη συνταξιοδότησή τους, διαφορετικά είτε θα κληθούν να προβούν σε αλλαγές του βιοτικού τους επιπέδου, είτε να αναζητήσουν συμπληρωματική εργασία μετά την ηλικία συνταξιοδότησης. Αντίστοιχα δεδομένα ισχύουν και για την Ιρλανδία.<sup>66</sup>

Οι συνταξιούχοι της Βρετανίας είχαν μέχρι πρόσφατα ένα είδος βαλβίδας ασφαλείας: τη δυνατότητα συνταξιοδότησης σε χώρες της Ευρώπης με χαμηλότερο κόστος διαβίωσης, ρύθμιση η οποία θα κριθεί με τις τρέχουσες συνθήκες του Brexit. Αντίθετα, συνταξιούχοι στις Κάτω Χώρες, την Τουρκία και την Κροατία λαμβάνουν περισσότερο από το 100% του μισθού εργασίας όταν συνταξιοδοτούνται. Συγκεκριμένα, οι Ολλανδοί και Τούρκοι συνταξιούχοι λαμβάνουν αντίστοιχα 101% και 102% του μισθού τους και οι Κροάτες λαμβάνουν ποσοστό 129%.

**Διάγραμμα 10: Ποσοστό Μισθού Που Λαμβάνουν Ως Σύνταξη Σε Όλο Τον Κόσμο (2018)**



Πηγή: OECD

Διαθέσιμο στο: <https://www.weforum.org/agenda/2018/02/retirees-in-these-countries-receive-100-of-a-working-salary/>



### 1.1.5.5. Ελεύθερος χρόνος και περίοδος πραγματοποίησης ταξιδιών

Μέχρι σήμερα οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν υποχρεωμένοι να προγραμματίζουν τις διακοπές τους με βάση τον χρόνο που θα λάμβαναν την ετήσια άδεια μετ' αποδοχών από τον εργοδότη τους. Το γεγονός αυτό είχε ως συνέπεια να υπόκειται σε έντονες εποχικές εξάρσεις η τουριστική δραστηριότητα. Στις περιόδους υψηλής ζήτησης ο τουρίστας δυσκολεύεται να βρει διαθέσιμο κατάλυμα ή να εξασφαλίσει θέση σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς. Αντίθετα, στις περιόδους χαμηλής ζήτησης οι τιμές των παρεχομένων τουριστικών υπηρεσιών μειώνονται αισθητά και συνεπώς υπάρχουν ευκαιρίες για ταξίδια με χαμηλό κόστος.

Η σημαντική άνοδος του αριθμού των ηλικιωμένων αναμένεται να περιορίσει τις εποχικές εξάρσεις της ζήτησης, αφού ένας ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός τουριστών θα ταξιδεύει σε περιόδους χαμηλής ζήτησης προκειμένου να εκμεταλλευτεί τις χαμηλότερες τιμές και να αποφύγει τις αρνητικές συνέπειες από τα φαινόμενα συνωστισμού που παρατηρούνται στους τουριστικούς προορισμούς κατά τις περιόδους αιχμής. Προς το παρόν, η τουριστική ζήτηση εξακολουθεί να εμφανίζει έντονες εποχικές εξάρσεις. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο,<sup>67</sup> οι Ευρωπαίοι πολίτες προτιμούν να ταξιδεύουν τους καλοκαιρινούς μήνες και μάλιστα 1 στα 4 ταξίδια πραγματοποιείται τον Ιούλιο ή τον Αύγουστο. Προς το παρόν, οι ηλικιωμένοι αποτελούν το τμήμα της αγοράς με τη χαμηλότερη εποχικότητα στην ταξιδιωτική τους συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, όλες οι πολιτικές μειώσεις των δυσμενών επιδράσεων της εποχικότητας στην τουριστική βιομηχανία της χώρας μας θα πρέπει να κατευθύνουν στην προσέλκυση μεγαλύτερου αριθμού ηλικιωμένων τουριστών.<sup>68</sup>

### 1.1.6. Ανασταλτικοί Παράγοντες Για Τους Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε μια σειρά από παράγοντες/κριτήρια κατά την επιλογή ενός προορισμού, οι οποίοι σε περίπτωση που δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους ή υπάρχει ο οποιοσδήποτε φόβος μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:<sup>69,70,71</sup> 1) Παράγοντες που εξαρτώνται από τον προορισμό και 2) παράγοντες που εξαρτώνται από τον ίδιο τον τουρίστα.

#### 1.1.6.1. Εν δυνάμει ανασταλτικοί παράγοντες του προορισμού

Στους ανασταλτικούς παράγοντες που εξαρτώνται από τον προορισμό περιλαμβάνονται οι εξής:

- Μη σταθερό πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον στη χώρα προορισμού (πχ. πολεμικές συρράξεις, βίαιες πολιτικές ταραχές, μεταναστευτική κρίση, προορισμοί που αποτελούν στόχους τρομοκρατικών ενεργειών).
- Επικίνδυνες επιδημίες και θέματα δημόσιας υγείας

- Μη βολικά μέσα μαζικής μεταφοράς, ανεπαρκή δημόσια δίκτυα μεταφορών και οδικών υποδομών που διακινούν τους τουρίστες προς τον προορισμό.
- Μειωμένο αίσθημα ασφαλείας (π.χ. λόγω μικροκλοπών, εγκληματικότητας, τρομοκρατικών ενεργειών κτλ.).
- Περιορισμοί στην προσφορά των κατάλληλων τουριστικών υπηρεσιών (internal sources).
- Έλλειψη προσφοράς ή διαθεσιμότητας των επιθυμητών υπηρεσιών.
- Φόβος τραυματισμού που συνοδεύεται από υπερβολικές απαιτήσεις για ειδικές συνθήκες ασφαλείας στη διάρκεια του ταξιδιού.
- Η απόσταση του προορισμού που επιλέγεται.
- Ελλιπής εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες ή άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας.
- Έλλειψη αισθήματος ασφάλειας και διαφύλαξης της σωματικής ακεραιότητας (π.χ. μικροκλοπές, εγκληματικότητα κ.ά.).
- Το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης της χώρας προορισμού.
- Τα ήθη και τα έθιμα που υιοθετεί ο λαός της χώρας την οποία πρόκειται να επισκεφθούν.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. ακραίες καιρικές συνθήκες, υπερβολικό κρύο και η υπερβολική ζέστη, ισχυροί άνεμοι, υγρασία, έλλειψη ηλιοφάνειας, κτλ.).
- Επίπεδο προσβασιμότητας των υπηρεσιών κάθε προορισμού:

**Φυσική πρόσβαση.** Η έννοια της φυσικής πρόσβασης του προορισμού περιλαμβάνει τη δυνατότητα ανεμπόδιστης μετάβασης με κάποιο μεταφορικό μέσο, τον βαθμό προσβασιμότητας του δημόσιου χώρου, την προσπελασιμότητα των τουριστικών αξιοθέατων, την προσβασιμότητα των εμπορικών χώρων και τέλος το επίπεδο προσβασιμότητας των ιδιωτικών κτιρίων.

**Πρόσβαση στις υπηρεσίες.** Πρέπει να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη πρόσβαση όλων των ατόμων στις υπηρεσίες που συνθέτουν το τουριστικό προϊόν ενός προορισμού. Δεν θα πρέπει δηλαδή να υπάρχει άμεσος ή έμμεσος αποκλεισμός που να οφείλεται σε κάποια μορφή διάκριση εναντίον οποιασδήποτε ομάδας ατόμων που έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αποκλεισμό από παρεχόμενες υπηρεσίες θα μπορούσε να αποτελέσει για παράδειγμα η έλλειψη ξεναγήσεων σε γλώσσα που να κατανοεί ο ενδιαφερόμενος τουρίστας, η έλλειψη κατάλληλου χώρου για τη διαμονή ενός σκύλου – συνοδού τυφλού στο κατάλυμα κλπ.

### 1.1.6.2. Εν δυνάμει ανασταλτικοί παράγοντες που προέρχονται από τη μεριά του τουρίστα

Στους ανασταλτικούς παράγοντες που εξαρτώνται από τον ίδιο τον τουρίστα περιλαμβάνονται οι εξής:

- Επιδημιολογικό/υγειονομικό προφίλ των τουριστών τρίτης ηλικίας (π.χ. άτομα με ψυχογενείς δυσκολίες ή άλλους λόγους υγείας, προσωρινοί ή χρόνιοι, κτλ.).

- Δυσκολία κατά την απομάκρυνσή του από τον τόπο της μόνιμης κατοικίας του (φροντίδα άλλων ατόμων, κήπων, κατοικίδιων, κ.λπ.).
- Έλλειψη επαρκούς διαθέσιμου εισοδήματος- μειωμένη σύνταξη.
- Έλλειψη χρόνου σε συνδυασμό με την απαιτούμενη ελάχιστη διάρκεια παραμονής.
- Έλλειψη ανάλογης ψυχικής διάθεσης.
- Έλλειψη πληροφόρησης.
- Ελλιπής καθοδήγηση, ξενάγηση ή αδυναμία εκμάθησης μιας δραστηριότητας αναψυχής.
- Αδυναμία απόκτησης ή χρήσης του κατάλληλου εξοπλισμού που χρησιμοποιείται σε μια δραστηριότητα.
- Ύπαρξη εργασιακών ή οικογενειακών υποχρεώσεων.
- Φόβος μην πάρουν λαθασμένες αποφάσεις.
- Φόβος απόρριψης της επιλογής τους από γνωστούς, φίλους και συγγενείς.
- Αμφιβολίες για το αν θα τους αποδεχθούν όσοι συνταξιδεύουν μαζί τους.
- Περιορισμοί λόγω μειωμένων δεξιοτήτων.
- Προβληματισμός για το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της συμμετοχής.
- Έλλειψη ενεργητικότητας, μειωμένη κινητικότητα ή σωματικές μειονεξίες.
- Δυσκολίες προσαρμογής σε ακραίες καιρικές συνθήκες.
- Η διάρκεια παραμονής.
- Οι ηθικές δεσμεύσεις που επιβάλλονται από κοινωνικά στερεότυπα.
- Διατροφικές συνήθειες.
- Εμπόδια στην πληροφορία και στην παροχή προσβάσιμων και αξιόπιστων πληροφοριών.

## 1.2. Η Προσφορά Διεθνώς

### 1.2.1. Η Υπάρχουσα Κατάσταση

#### 1.2.1.1. Εισαγωγή

Η άνοδος της «ασημένιας οικονομίας» ('silver economy') που αναφέρεται στις παραγωγικές διαδικασίες της οικονομίας που αφορούν στα άτομα τρίτης ηλικίας, και η δημογραφική αλλαγή, δημιουργούν νέες οικονομικές, πολιτικές και κανονιστικές προκλήσεις που επηρεάζουν την κοινωνία στο σύνολό της. Στον τομέα του τουρισμού, οι δημογραφικές μεταβολές επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά του τουριστικού προϊόντος, το είδος των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων των τουριστών. Σε κάθε περίπτωση, οι προκλήσεις φέρνουν νέες ευκαιρίες για τον τουριστικό τομέα μέσα από την αναγκαιότητα εξειδίκευσης των υπηρεσιών. Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας αποτελεί, πλέον, ένα σημαντικό μέρος της τουριστικής βιομηχανίας σε πολλές ανεπτυγμένες οικονομίες, αλλά και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>72,73</sup>

Οι εξελίξεις στην τουριστική βιομηχανία που σχετίζονται με την εμφάνιση και ταχεία ανάπτυξη του δυναμικού τμήματος της αγοράς του τουρισμού, που είναι τα άτομα τρίτης ηλικίας, οδήγησαν τα ενδιαφερόμενα μέρη του κλάδου, όπως οι μονάδες φιλοξενίας/ξενοδοχεία, οι τουριστικοί πράκτορες, τα γραφεία διοργάνωσης εκδρομών και λοιπών δραστηριοτήτων, κ.ά., να υλοποιούν στοχευμένες στρατηγικές και ενέργειες.<sup>74,75,76</sup> Για να μπορέσουν να καλύψουν τη ζήτηση, όπως επίσης, και τις ιδιαίτερες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού, εφαρμόζουν μεθόδους ανάλυσης των κινήτρων και των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των ατόμων αυτών, καθώς επίσης και το είδος των παρεχόμενων σε αυτούς υπηρεσιών, προκειμένου να διαμορφώσουν τα κατάλληλα εκείνα «προϊόντα» που να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του συγκεκριμένου κοινού και να μεγιστοποιήσουν τις ευκαιρίες δημιουργίας μιας νέας αγοράς.<sup>77,78,79,80</sup>

#### 1.2.1.2. Ο ρόλος και οι υπηρεσίες των ενδιαφερόμενων μερών του τουρισμού τρίτης ηλικίας

Τα ενδιαφερόμενα μέρη της τουριστικής βιομηχανίας τρίτης ηλικίας οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τα κριτήρια επιλογής και τους παράγοντες ώθησης και έλξης τουρισμού τρίτης ηλικίας (βλέπε κεφ. 1.1.4.2.) για τη διαμόρφωση

του κατάλληλου τουριστικού προϊόντος.<sup>81,82,83</sup> Αναφορικά με την ανάπτυξη εξειδικευμένων στρατηγικών και προϊόντων ή πακέτων υπηρεσιών, προωθούνται από πολλά ξενοδοχεία ή ταξιδιωτικούς πράκτορες, ειδικές υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα στη Ρωσία και σε άλλες χώρες οι περιηγήσεις με συνοδούς για άτομα τρίτης ηλικίας. Με τον αυξανόμενο αριθμό τουριστών τρίτης ηλικίας, τα ξενοδοχεία δεν έχουν εντάξει μόνον υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης στο εύρος των παροχών τους, αλλά σε πολλές περιπτώσεις και υπηρεσίες ειδικής γηριατρικής φροντίδας. Στο μέλλον προβλέπεται πως τα ξενοδοχεία θα αναγκαστούν να αυξήσουν τον αριθμό των μελών του προσωπικού τους που θα απασχολείται με τη φροντίδα ηλικιωμένων για την πλήρη και ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών τους (εξυπηρέτηση, επικοινωνία, καθοδήγηση, συνοδεία, φροντίδα κ.λπ.). Η στέγαση ηλικιωμένων και η κάλυψη των ειδικών αναγκών τους φαίνεται πως θα αποτελέσει σημαντική προτεραιότητα για πολλές διεθνείς αλυσίδες ξενοδοχείων.<sup>84,85,86</sup>

### Προϋποθέσεις και χαρακτηριστικά του προορισμού

Η ανάπτυξη και προώθηση αυτής της κατηγορίας ατομικού ή ομαδικού τουρισμού με γνώμονα την ποιότητα και την ασφάλεια των πελατών αποτελεί λύση, ίσως και αναγκαιότητα, για τους τουριστικούς προορισμούς κατά τη χαμηλή και μεσαία τουριστική περίοδο. Επιπρόσθετα, τα προγράμματα τουρισμού τρίτης ηλικίας σχεδιάζονται δίνοντας έμφαση στις αρχές βιωσιμότητας, όπως η προστασία του περιβάλλοντος και των φυσικών πόρων, η αξιοποίηση των τοπικών προϊόντων, η διατήρηση της φυσικής και της πολιτιστικής κληρονομιάς, η συνεργασία και ένταξη των ατόμων στις κοινωνίες υποδοχής, και η συμβολή στην τοπική ευημερία και την ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Επίσης, στο πλαίσιο της ανάδειξης του ποιοτικού επιπέδου των δράσεων αυτών, υιοθετούνται πολιτικές προσανατολισμένες στη διασφάλιση της ποιότητας και βιωσιμότητας, όπως είναι τα ειδικά προγράμματα πιστοποιήσεων (π.χ. green globe, rainforest alliance & travelife).<sup>86,87</sup>

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι περιοχές που βρίσκονται εκτός των κυριότερων και μεγαλύτερων τουριστικών προορισμών (νησιά, βουνά, αραιοκατοικημένες, μεθοριακές και άλλες απομακρυσμένες περιοχές), προκειμένου να συμπεριληφθούν σε έναν ενιαίο σχεδιασμό για την εξασφάλιση της πλήρους δυναμικής ανάπτυξης κάθε περιοχής. Για την επίτευξη των στόχων αυτών προτεραιότητα αποτελεί η συνεργασία μεταξύ όλων των ενδιαφερόμενων μερών του κλάδου.<sup>88,89,90</sup>

### Προϋποθέσεις και χαρακτηριστικά των τουριστικών πακέτων

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας μπορούν να σχηματίσουν αρνητική εικόνα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ακόμα και αν πληρούνται οι αναμενόμενες προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας, στην περίπτωση που το προϊόν είναι μαζικό και τυποποιημένο. Το τουριστικό προϊόν για τους ηλικιωμένους

πρέπει να λαμβάνει υπόψη ορισμένα ειδικά στοιχεία, όπως η επιλογή της καταλληλότερης περιόδου από πλευράς κλίματος και συνθηκών, το μενού αναλόγως των διατροφικών συνηθειών των τουριστών, την προσβασιμότητα στον προορισμό, και, παράλληλα, να δίνει ειδική βαρύτητα στην ποιότητα της φιλοξενίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην ασφάλεια του προορισμού, τη φήμη των τουριστικών/ταξιδιωτικών πρακτόρων και εν γένει των χρησιμοποιούμενων για την εξυπηρέτησή τους δομών (βλ. Ενότητα 2.1.6.) <sup>78,91</sup>

### **Χαρακτηριστικά των υποδομών και των καταλυμάτων**

Τα χαρακτηριστικά των υποδομών των ξενοδοχειακών καταλυμάτων που κρίνονται σημαντικά για τους ηλικιωμένους ταξιδιώτες είναι η ύπαρξη ιδιωτικού μπάνιου με δυνατότητες υποστήριξης ατόμων με προβλήματα κινητικότητας, η προσβασιμότητα, η εξατομικευμένη υπηρεσία μεταφοράς και χειρισμού αποσκευών κ.λπ.. Πολλοί ηλικιωμένοι που οδηγούν το δικό τους αυτοκίνητο προτιμούν ένα δωμάτιο κοντά στο σημείο όπου το αυτοκίνητο είναι σταθμευμένο. Επίσης, τα ευπαθή άτομα εξετάζουν τη διαθεσιμότητα ιατρικής βοήθειας και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας (βλ. Ενότητα 2.1.5.2.).

Οι μονάδες φιλοξενίας και οι ξενοδοχειακοί πάροχοι έχουν αρχίσει, επίσης, να αξιοποιούν προηγμένα προϊόντα υψηλής τεχνολογίας προκειμένου να παρέχουν, παράλληλα, ένα ευρύ φάσμα γηριατρικής φροντίδας, προωθώντας εξατομικευμένες υπηρεσίες 24/7, υγειονομικές υπηρεσίες, σωστά εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό, καλές εγκαταστάσεις, άνετα δωμάτια και κρεβάτια, ποικίλα και υγιεινά γεύματα, δομές για spa και λοιπές υπηρεσίες ευεξίας.

Το παράδειγμα του Choice Hotels International<sup>92</sup> (hotel operator με εμπειρία και εξειδίκευση στην αγορά των ηλικιωμένων) είναι χαρακτηριστικό. Μεταξύ των πρωτοβουλιών που ανέλαβε η Choice Hotels ήταν η διαμόρφωση της στρατηγικής και της εικόνας της στοχευμένα για αυτήν την αγορά, η εκπαίδευση των στελεχών της, και η διαφημιστική καμπάνια που αναδείκνυε τις ποιοτικές και εξειδικευμένες υπηρεσίες προς τα άτομα τρίτης ηλικίας.<sup>40,93</sup>

### **Προσφερόμενες υπηρεσίες από τα ενδιαφερόμενα μέρη**

Το κοινό των ατόμων τρίτης ηλικίας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα κοινό «έμπειρο», αναφορικά με τις δραστηριότητες ταξιδιών και διακοπών. Τα υπό διαμόρφωση ειδικά πακέτα επομένως, θα πρέπει να βασίζονται σε μη τυποποιημένες εμπειρίες, δίνοντας βάση στην αξιοπιστία, την εύκολη προσβασιμότητα και τη διασφάλιση της μεταφοράς και ασφάλειας του πελάτη, καθώς και τα υψηλά επίπεδα ποιότητας με σκοπό την απόκτηση μοναδικών καινούργιων εμπειριών.

Οι προσφερόμενες δραστηριότητες μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες: τις εξωτερικές και εσωτερικές δραστηριότητες. Στις εξωτερικές έχουμε το κολύμπι, τις καταδύσεις, τις περιηγήσεις στην ύπαιθρο ή τη θάλασσα, κανό, τζόγκινγκ, ψάρεμα, θαλάσσια σπορ και ηλιοθεραπεία στην παραλία, κάμπινγκ και πεζοπορία, ψώνια, κηπουρική και επισκέψεις σε μουσεία ή άλλα αξιοθέατα. Οι εσωτερικές δραστηριότητες είναι οι υπηρεσίες υγείας, αποκατάστασης, ευεξίας-spa, η γευσιγνωσία, οι κοινωνικές δραστηριότητες, χειροτεχνία, επιτραπέζια παιχνίδια, σινεμά, εκδηλώσεις και άλλα.

Εν συνεχεία, οι τουριστικοί και ταξιδιωτικοί πράκτορες, στο πλαίσιο των ειδικών πακέτων, περιλαμβάνουν τη διάθεση ξεναγού για την υλοποίηση επισκέψεων ξενάγησης και περιηγήσεων (μεταβίβαση-μεταφορά, διαμονή, δραστηριότητες αναψυχής, αξιοθέατα). Τα στοιχεία δείχνουν πως το συγκεκριμένο κοινό των ηλικιωμένων ατόμων εκτιμά την ανταλλαγή γνώσεων με τον ξεναγό και τους συνοδούς, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ασφαλές γνωρίζοντας πως εάν απαιτηθεί βοήθεια, αυτή μπορεί να είναι άμεσα διαθέσιμη. Οι ηλικιωμένοι ταξιδιώτες προτιμούν, επίσης, να έχουν μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις κατά τη διάρκεια των περιηγήσεων σε λιγότερα μέρη από τις πολλές αλλά σύντομες στάσεις.<sup>94,95,95,97</sup>

### **Προσφορά υπηρεσιών στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας και ευεξίας**

Τα άτομα που εντάσσονται στον τουρισμό τρίτης ηλικίας έχουν ιδιαίτερες ανάγκες υγείας. Η προσφορά των υπηρεσιών τουρισμού υγείας και ευεξίας στους ηλικιωμένους αναμένεται να αυξηθεί έντονα τα επόμενα χρόνια, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλισης στις χώρες καταγωγής τους (βλέπε κεφ.3). Υπάρχουν τρεις σημαντικοί παράγοντες πίσω από την ανάπτυξη αυτού του τομέα: εξοικονόμηση χρόνου (λόγω λίστας αναμονής στη χώρα τους), εξοικονόμηση χρημάτων (εάν το κόστος θεραπείας είναι χαμηλότερο στο εξωτερικό σε σχέση με τη χώρα τους) και ανεύρεση θεραπειών μη διαθέσιμων στη χώρα προέλευσης. Τα ενδιαφερόμενα μέρη έχουν δημιουργήσει πακέτα «εξατομικευμένων διακοπών» για το κομμάτι εκείνο των τουριστών που απαιτεί φροντίδα και ιατρική βοήθεια κατά τη διάρκεια των διακοπών του.

### **Άλλα Χαρακτηριστικά**

1. Ανεπτυγμένα συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (δημόσιας και ιδιωτικής) και κοινωνικής πρόνοιας: Τα σημερινά συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερο φάσμα παθήσεων σε ευπαθείς ομάδες, όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι.
2. Η εξέλιξη της τεχνολογίας – τεχνολογικών καινοτομιών: Με τις διάφορες διαδικτυακές πλατφόρμες αναζήτησης, οι τουρίστες τρίτης ηλικίας είναι σε θέση να αναζητήσουν προορισμούς εκτός της χώρας τους, όπως

επίσης, να επιλέξουν συγκεκριμένες υπηρεσίες/δραστηριότητες. Επίσης, η διαθεσιμότητα της υποβοηθητικής τεχνολογίας των έξυπνων οικιακών συσκευών (smart homes) και της εξ αποστάσεως παρακολούθησης και νοσηλείας (μέσω συστημάτων τηλεϊατρικής και τηλεμετρίας), επιτρέπει στους τουρίστες τρίτης ηλικίας να ταξιδεύουν σε μέσες και μεγάλες αποστάσεις.

3. Ειδικές πρωτοβουλίες/ενέργειες από ιδιωτικούς/δημοσίους/εθνικούς/παγκόσμιους φορείς, που ενισχύουν και τον τουρισμό τρίτης ηλικίας (πχ. οι ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες Cycling,<sup>32</sup> European Greenways, Cultural Routes,<sup>98</sup> κ.ά.): Έχουν καταγραφεί πολλές ενέργειες, πρωτοβουλίες, όπως επίσης, και εθνικές στρατηγικές για την ανάπτυξη και προώθηση του τουρισμού τρίτης ηλικίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερευση της ποιότητας των δομών φιλοξενίας, καθώς και των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και τη διεύρυνση του διαμορφούμενου τουριστικού προϊόντος.
4. Ο συνδυασμός και η διασύνδεση των μονάδων φιλοξενίας με υγειονομικές μονάδες προς αντιμετώπιση ενδεχόμενων προβλημάτων υγείας (χρόνιων και έκτακτων περιστατικών): Ένα ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας πάσχει από κάποια πάθηση ή έχει κάποιο πρόβλημα υγείας. Αυτό αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για τουρισμό σε οιαδήποτε περιοχή. Στην περίπτωση όμως που πλησίον της μονάδας φιλοξενίας υπάρχει υγειονομική μονάδα για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών, τότε ο παράγοντας του φόβου και της ανασφάλειας μικραίνει σημαντικά και έτσι μπορούν να απολαύσουν τις διακοπές τους.
5. Διευκόλυνση και επιτάχυνση διαδικασιών έκδοσης βίζας σε άτομα τρίτης ηλικίας: Οι ηλικιωμένοι επιλέγουν προορισμούς για τους οποίους δεν αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά τη διοργάνωση του ταξιδιού. Η έκδοση βίζας αποτελεί μια διαδικασία χρονοβόρα και με αρκετή γραφειοκρατία. Η επιτάχυνση των διαδικασιών για την έκδοσή της αποτελεί σημαντικό θετικό στοιχείο για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

### **1.2.2. Παγκόσμιες Πολιτικές Που Συνδέονται Με Την Τρίτη Ηλικία - Ενεργητική Διαβίωση Του Π.ο.υ.**

Ο Π.Ο.Υ εξέδωσε το 2007 τον Οδηγό «Global age-friendly cities, a guide» (2007), ο οποίος αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των φιλικών πόλεων ως προς τα άτομα τρίτης ηλικίας και στις αρχές της ενεργούς διαβίωσης.

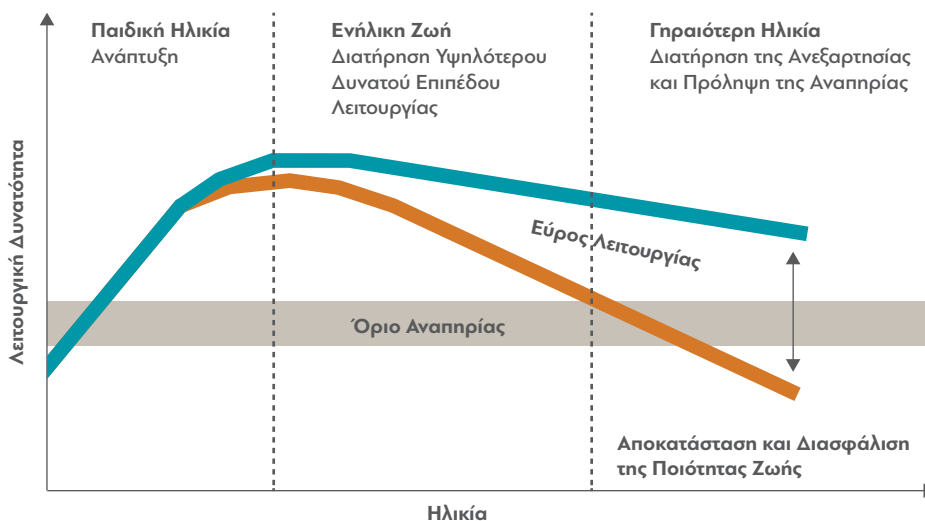
Ο ορισμός της «ενεργούς διαβίωσης» είναι η διεργασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλύτερη υγεία, συμμετοχικότητα και ασφάλεια, με στόχο την ενίσχυση της ποιότητας ζωής, καθώς το άτομο μεγαλώνει (Σχήμα 1).

Σύμφωνα με τον οδηγό, οι πόλεις που χαρακτηρίζονται ως φιλικές της ενεργούς διαβίωσης εφαρμόζουν συγκεκριμένες πολιτικές, διαθέτουν υπηρεσίες, δομές και περιβάλλοντα κατάλληλα ώστε να υποστηρίζουν και να διευκολύνουν τα άτομα να μεγαλώνουν και να γηράσκουν ως ενεργοί πολίτες μέσα από:



- την αναγνώριση του μεγάλου εύρους των διαθέσιμων δυνατοτήτων και πόρων των ηλικιωμένων ατόμων.
- την αντιμετώπιση και ελαστική απόκριση στις ανάγκες και τις επιθυμίες του ατόμου οι οποίες σχετίζονται με την ηλικία και τη γήρανση.
- τον σεβασμό των αποφάσεων και τις επιλογές του τρόπου ζωής του ατόμου.
- την προστασία εκείνων που είναι ευάλωτοι.
- την προώθηση της ενσωμάτωσης και συνεισφοράς τους σε όλα τα πεδία της ζωής της κοινότητας.

### Σχήμα 1: Διατηρώντας Τη Λειτουργική Δυνατότητα Στη Διάρκεια Της Ζωής

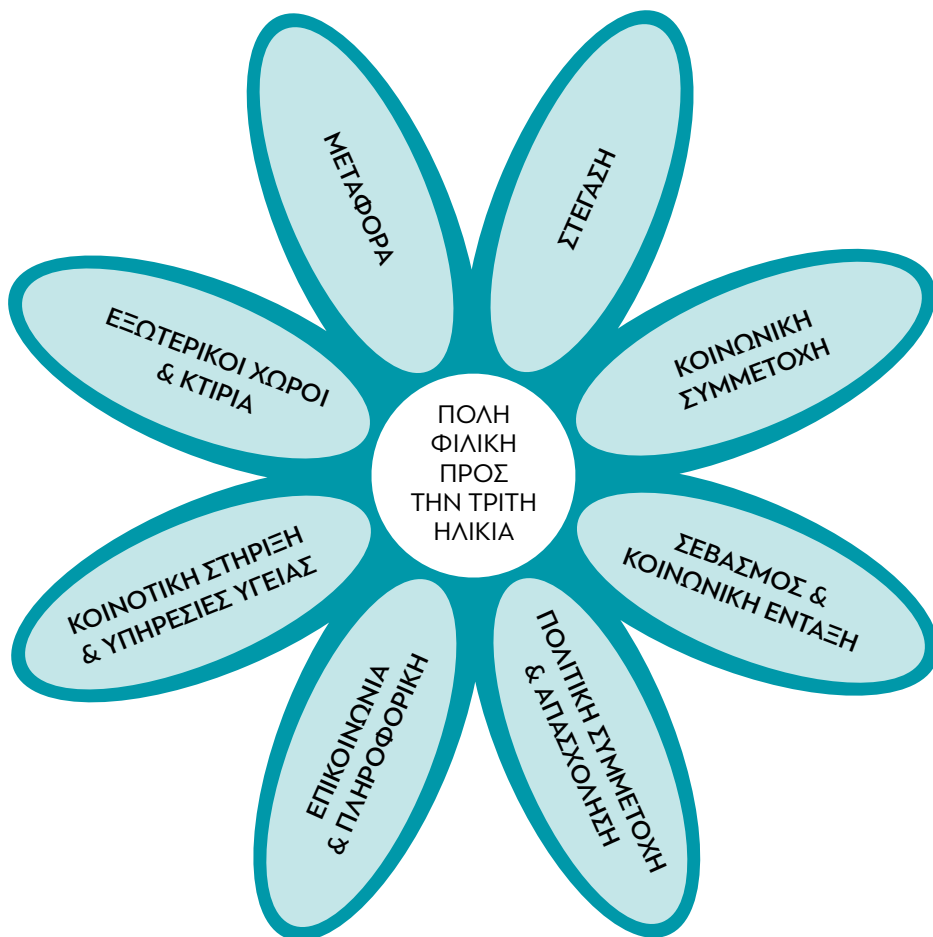


Πηγή: Kalache & Kickbusch (1997)

Στα αποτελέσματα της μελέτης παρατίθεται λίστα κριτηρίων για τον χαρακτηρισμό των πόλεων ως «age-friendly», τα οποία περιλαμβάνουν στον Οδηγό του Π.Ο.Υ τις παρακάτω παραμέτρους (Σχήμα 2):

- Συνθήκες στέγασης
- Μέσα μεταφοράς
- Εξωτερικοί χώροι και περιβάλλον
- Υπηρεσίες υγείας και υποστήριξης στην κοινότητα
- Επικοινωνία και πληροφόρηση
- Ενσωμάτωση του πολίτη και απασχόληση
- Σεβασμός και κοινωνικές υπηρεσίες
- Κοινωνική συμμετοχικότητα

**Σχήμα 2:** Χαρακτηριστικά Των «Φιλικών Προς Την Τρίτη Ηλικία» Πόλεων



Πηγή: ΠΟΥ, 2007 Global Age-friendly Cities: A Guide

Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)

Τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά δεν εκλαμβάνονται ως τεχνικές προδιαγραφές της οικιστικής ανάπτυξης των πόλεων για τη διευκόλυνση της διαβίωσης ατόμων τρίτης ηλικίας. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη στη χάραξη περιφερειακών στρατηγικών προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης τουρισμού παραχείμασης και μακράς διαμονής ατόμων τρίτης ηλικίας.

### 1.2.3. Παραδείγματα Επιλεγμένων Περιπτώσεων Οργανωμένου Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας

#### 1.2.3.1. Ευρώπη: διεθνείς πρωτοβουλίες - προγράμματα

**EU Senior Tourism Initiative:**<sup>101</sup> Η Ευρώπη μετά από σειρά εγχειρημάτων ανασχεδιασμού των στρατηγικών που σχετίζονται με τον κλάδο του Τουρισμού, ενεργοποίησε το πρόγραμμα EU Senior Tourism Initiative/Oscar Almendros-Bonis. Ο Oscar Almendros-Bonis είναι εμπειρογνώμονας της μονάδας Τουρισμού, Επιχειρήσεων και Βιομηχανίας της Ευρωπαϊκής

Επιτροπής, ο οποίος εισήγαγε την πρωτοβουλία τουρισμού για την τρίτη ηλικία στην Ευρώπη. Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αφορά μια μεγάλη μερίδα του ευρωπαϊκού πληθυσμού όλων των κρατών – μελών.

Η Επιτροπή αναμένει αύξηση των διακρατικών ροών για τους τουρίστες τρίτης ηλικίας, γεγονός που διαμορφώνει την ανάγκη για σχεδιασμό και ανάπτυξη νέων τουριστικών προϊόντων στις χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον, στον σχεδιασμό της Επιτροπής τέθηκε και η προσπάθεια ενίσχυσης του δικτύου των προσβάσιμων χώρων για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας και εκτός των ευρωπαϊκών συνόρων (π.χ. να διευκολύνει τον τουρισμό τρίτης ηλικίας προς την Κίνα, τις ΗΠΑ και τη Βραζιλία).

**Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Τουρισμό (STEEP):**<sup>103</sup> Το πρόγραμμα για τον Ευρωπαϊκό κοινωνικό τουρισμό (STEEP) ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2012 με στόχο τη δημιουργία μιας διαδικτυακής πλατφόρμας B2B για τη διευκόλυνση του διακρατικού τουρισμού στην Ευρώπη, συνδέοντας την προσφορά και τη ζήτηση για τη στέγαση τριών ομάδων-στόχων: οικογένειες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες.

**Calypso:**<sup>104</sup> Η πρωτοβουλία Calypso τέθηκε σε εφαρμογή από την επιτροπή κατά την περίοδο 2009-2012 για να βοηθήσει ομάδες μειονεκτούντων ατόμων να κάνουν διακοπές, αυξάνοντας ταυτόχρονα τον τουρισμό στη χαμηλή περίοδο, επεκτείνοντας έτσι την τουριστική σεζόν. Η Ευρωπαϊκή επιτροπή έχει χρηματοδοτήσει αρκετά έργα όλα αυτά τα χρόνια, τα οποία συμβάλλουν στην επίτευξη αυτού του στόχου. Στις ομάδες στόχους περιλαμβάνονται νέοι (ηλικίας 18-30 ετών), άτομα άνω των 65 ετών και συνταξιούχοι που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της οργάνωσης ταξιδιού, οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα και άτομα με ειδικές ανάγκες.

Στο πλαίσιο αυτής της πρωτοβουλίας, η Ευρωπαϊκή επιτροπή χρηματοδότησε μετά το 2013, μεταξύ άλλων, δέκα σχέδια που δημιούργησαν διμερή ή πολυμερή μοντέλα ανταλλαγών, υποστηρίζοντας τα ταξίδια για τις ομάδες στόχους και τη δημιουργία της πλατφόρμας B2B eCalypso. Η συγκεκριμένη πλατφόρμα συγκεντρώνει οργανισμούς-stakeholders που συμμετέχουν στη διοργάνωση των διακοπών για τις ομάδες-στόχους, ή διευκολύνουν τη συναλλαγή με φορείς παροχής καταλύματος, ειδικά στη χαμηλή περίοδο. Αποτελεί, επίσης, τόπο συνάντησης για την κοινότητα των ευρωπαϊκών κοινωνικών φορέων στον τομέα του τουρισμού, ενώ προσφέρει μια σειρά αναφορών σχετικά με τον κοινωνικό τουρισμό στην Ευρώπη.

Ένα σχετικό workshop που πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες τον Ιούνιο του 2015, αποσκοπούσε στην προώθηση της ανταλλαγής απόψεων και βέλτιστων πρακτικών μεταξύ επιλεγμένων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Σε συνέχεια αυτού, στις 30 Απριλίου 2015, δημοσιεύθηκε πρόσκληση υποβολής προτάσεων έργων με στόχο την αύξηση των τουριστικών ροών κατά

τις εποχές χαμηλής και μέσης τουριστικής περιόδου για τους ηλικιωμένους (κάθε ηλικίας άνω των 55 ετών) και τους νέους (ηλικίας 15 έως 29 ετών).

Για συγχρηματοδότηση επιλέχθηκαν συνολικά τα ακόλουθα έντεκα έργα. Εννέα σχέδια απευθύνονται σε τουρίστες τρίτης ηλικίας και δύο έργα επικεντρώνονται σε νέους. Η υλοποίηση των δράσεων – διάρκειας μεταξύ 12 και 18 μηνών- ξεκίνησε τον Μάρτιο και τον Απρίλιο του 2016, αντίστοιχα.

- YOUTH - MVNGO (ITALY) / (FY) Forever Young!
- YOUTH - Network of European Regions for Competitive and Sustainable Tourism Asbl (NECSTouR) (Belgium) / SPIRIT-Youth
- SENIOR - Timesis Ltd Montepisano DMC (Italy)/ (DiscOver55) DiscOver55-Tourism Destinations Crossover
- SENIOR- RCSS (Slovenia) (EDEN55plusNW) Developing the network of tourism products for seniors – building a cooperation along the tourism value chain for EDEN destinations in partner countries for EDEN destinations in partner countries for more competitive and sustainable growth
- SENIOR - Camera di Commercio Italiana per il Portogallo (CCIP, Portugal) / (ESI) European Sweets Itineraries
- SENIOR - PLEF (Italy) / (EUROSEN) Europe for Seniors
- SENIOR - RCMS (Slovenia) / (GARDEN ROUTE) Enjoying central European gardens and parks
- SENIOR - Municipality of Iseo (Italy) / (LAKtive Tourism) - LAKtive Tourism - Improving senior tourism on small medium lakeside towns in Europe
- SENIOR - ANAS (Italy) / (PLEASE) Please Let Enjoy A Seniors Experience
- SENIOR - Diesis (Belgium) / (SENINTER) Senior ENhancing Intangible and INTERgenerational in Europe during the low season and medium season
- SENIOR – Mentores (Greece) / (SORT) Seniors on Reciprocal Tourism

Ενώ οι ανωτέρω πολιτικές εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο για τους τουριστικούς προορισμούς μέσω πλατφορμών, όπως το DestiNet ή το NECSTouR, άλλες διακρατικές τομεακές δομές μπορεί να είναι χρήσιμες, όπως τα δίκτυα περιφερειακής ανάπτυξης, τα δίκτυα EDEN ή τα προγράμματα city tourism (τουρισμός πόλεων).

Ορισμένα θεματικά δίκτυα τα οποία οργανώνονται υπό τη μορφή clusters παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για συνεργασία στον τουρισμό τρίτης ηλικίας, αποτελούμενα από ξενοδοχεία, διοργανωτές ομαδικών εκδρομών και εταιρείες μεταφορών, ιαματικά λουτρά ή ταξιδιωτικά πρακτορεία που ασχολούνται με τον πολιτιστικό τομέα. Καλύτερο αποτέλεσμα προκύπτει στην περίπτωση που ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ιδιωτικοί ή ημικρατικοί οργανισμοί (π.χ. μη κερδοσκοπικοί κοινωφελείς οργανισμοί ΜΚΟ, εμπορικοί οργανισμοί ή συνδυασμοί εκπροσώπων της αγοράς όπως HOTREC, EuroGites, IRU, EUFED, οργανισμοί όπως οι operators, οι αεροπορικές

εταιρείες, οι ταξιδιωτικοί πράκτορες) στην παρακολούθηση, προώθηση και επικοινωνία της πρωτοβουλίας μεταξύ των μελών και της πώλησης πακέτων τουρισμού τρίτης ηλικίας.

Εξαιρετικά σημαντική παράμετρος είναι το γεγονός πως οι υπηρεσίες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για τον Ευρωπαίο πολίτη εκτός της χώρας του είναι προσβάσιμες σε κράτος της Ευρώπης στην περίπτωση προσωρινής διαμονής (π.χ. διακοπές) χάρη στην κατοχή του EHIC (European Health Insurance Card), αλλά και η δυνατότητα του Ευρωπαίου Πολίτη να λάβει προγραμματισμένες ιατρικές υπηρεσίες εκτός της χώρας ασφάλισής του, στο πλαίσιο της Διασυννοριακής Περίθαλψης (Κοινοτική Οδηγία 2011/24/ΕΕ). (Βλέπε κεφ. 3.7.7.).

**ElderTreks:**<sup>105</sup> Το ElderTreks ([www.eldertreks.com](http://www.eldertreks.com)) είναι μια ταξιδιωτική εταιρεία που ιδρύθηκε το 1987 και έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για τουρίστες ηλικίας άνω των 50 ετών που αναζητούν περιπετειώδεις ταξιδιωτικές εμπειρίες. Ένα άλλο παράδειγμα ταξιδιωτικού πρακτορείου που απευθύνεται στην ανώτερη αγορά είναι το «Kavaliero Viajes»<sup>106</sup> ([www.kavaliero-viajes.com](http://www.kavaliero-viajes.com)) που προσφέρει εξατομικευμένα πακέτα τουρισμού για ταξιδιώτες άνω των 55 ετών σε πολλούς ελκυστικούς ευρωπαϊκούς προορισμούς, όπως η Ελλάδα, η Κύπρος, η Ισπανία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

**SOWELL:**<sup>107</sup> Το πρόγραμμα «SOWELL» (Κοινωνικές τουριστικές ευκαιρίες στους τομείς ευεξίας και ψυχαγωγίας) συντονίζεται από την Περιφέρεια Midi-Pyrénées της Γαλλίας. Όπως αναφέρεται στην περιγραφή του έργου, το σχέδιο «SOWELL» στοχεύει στην προώθηση της ανάπτυξης ενός βιώσιμου κοινωνικού τουρισμού κατά τις περιόδους χαμηλής ζήτησης, στον τομέα των δραστηριοτήτων ευεξίας και αναψυχής για ηλικιωμένους και νέους. Καθώς ο τουρισμός σπα απευθύνεται κυρίως σε εθνικό επίπεδο, το πρόγραμμα «SOWELL» επιδιώκει να επεκτείνει τις πρακτικές ευεξίας σε ευρωπαϊκό κοινό, καθώς και σε κατηγορίες πληθυσμού που γενικά δεν έχουν πρόσβαση σε αυτού του είδους τον τουρισμό, λόγω έλλειψης πληροφοριών, κατάλληλων προσφορών ή οικονομικών πόρων.

**ESCAPE:**<sup>108</sup> Το πρόγραμμα «ESCAPE» συγκεντρώνει οκτώ εταίρους από έξι διαφορετικές χώρες για την ενίσχυση της υπάρχουσας τουριστικής υποδομής και του προσωπικού στη χαμηλή τουριστική περίοδο εστιάζοντας στην αγορά των ηλικιωμένων και διευκολύνοντας τις διακρατικές ανταλλαγές εκτός εποχής στις χώρες Βουλγαρία, Κύπρος, Γαλλία, Ιταλία και Πορτογαλία. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένους 55 ετών και άνω, άτομα, ομάδες ή ζευγάρια, με δυσκολίες να ταξιδεύουν μόνοι, που έχουν κοινά ενδιαφέροντα και χόμπι, που επιθυμούν να αυξήσουν τις πολιτιστικές γνώσεις από ανθρώπους από άλλες χώρες, καθώς και σε ηλικιωμένους που είναι πρόθυμοι να μάθουν να χρησιμοποιούν νέες τεχνολογίες (π.χ. tablets, smartphones, χρήση κοινωνικών μέσων δικτύωσης, κτλ.).

**TOURAGE:**<sup>109</sup> Το πρόγραμμα «TOURAGE» αφορά την ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας σε απομακρυσμένες περιφέρειες/περιοχές. Βασίστηκε στην ιδέα ότι η δημογραφική αλλαγή δημιουργεί δυνατότητες και όχι μόνο απειλές για τις περιφέρειες. Ο τουρισμός είναι ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους στην Ευρώπη και οι σχετικά απομακρυσμένες περιφέρειες έχουν δυναμικό που δεν έχει αξιοποιηθεί. Το πρόγραμμα επιδιώκει να εντοπίσει καλές πρακτικές που μπορούν να αξιοποιηθούν για την ανάπτυξη τουριστικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Τα αποτελέσματα του προγράμματος συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ενίσχυση ενός μοντέλου «τουρισμού τρίτης ηλικίας» στην Ευρώπη, που θα λαμβάνει καλύτερα υπόψη τον γηράσκοντα πληθυσμό στην ανάπτυξη του τουρισμού. Επιπλέον, τα αποτελέσματα προσφέρουν εργαλεία για την ανάπτυξη περιφερειακών πολιτικών τουρισμού στην Φινλανδία, Λετονία, Ουγγαρία, Ελλάδα, Σλοβακία, Πολωνία, Βουλγαρία, Ιρλανδία, Ισπανία.

### 1.2.3.2. Ευρώπη: Εθνικές πρωτοβουλίες – προγράμματα

#### ΙΣΠΑΝΙΑ

**«Senior Travel 55+»:** Το πρόγραμμα European Senior Tourism (EST) είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που προσφέρει στους Ευρωπαίους πολίτες άνω των 55 ετών την ευκαιρία να περάσουν τις διακοπές τους στην Ισπανία κατά τη διάρκεια της περιόδου μη υψηλής τουριστικής κίνησης, όπως το φθινόπωρο και την άνοιξη. Η ισπανική κυβέρνηση και οι κυβερνήσεις των περιφερειών της Ανδαλουσίας, των Βαλεαρίδων Νήσων και της Περιφέρειας της Βαλένθια έχουν επιχορηγήσει μέρος του κόστους και κατά συνέπεια το πρόγραμμα προσφέρεται σε μειωμένες τιμές. Οι προτεινόμενοι προορισμοί περιλαμβάνουν την Ίμπιζα, τη Μαγιόρκα, την Κόστα ντελ Σολ και την Costa de la Luz. Με τη χρήση διαφημιστικών μηνυμάτων, την προώθηση μέσω εξουσιοδοτημένων οργανισμών τουρισμού σε κάθε χώρα-στόχο και τη βοήθεια κοινωνικών δικτύων και με την υπόσχεση «ενεργών διακοπών», αυτοί οι προορισμοί της Ισπανίας έχουν ήδη προσελκύσει πολλούς ηλικιωμένους τουρίστες, κυρίως από την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πολωνία. Το πρόγραμμα EST είναι ένα χρήσιμο και αποτελεσματικό εργαλείο για την αντιμετώπιση της εποχικότητας, την αναζωογόνηση της οικονομικής δραστηριότητας και την παράταση της τουριστικής περιόδου, κρίσιμα ζητήματα για τους περισσότερους προορισμούς της Μεσογείου.<sup>110</sup>

**Imserso - Κοινωνικά προγράμματα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους:** Η κεντρική κυβέρνηση και η τοπική αυτοδιοίκηση έχοντας υπόψη τα ζητήματα που αφορούν στους ηλικιωμένους της χώρας, έχουν σχεδιάσει και προωθήσει διάφορα κοινωνικά προγράμματα, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού τρίτης ηλικίας, χρησιμοποιώντας τον τομέα και τις δομές του τουρισμού σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ατόμων αυτών.

Με στόχο τη διευκόλυνση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων τρίτης ηλικίας και ταυτόχρονα στοχεύοντας στη βελτίωση της απασχόλησης, η οποία πάσχει λόγω της παρατηρούμενης εποχικότητας στον τομέα του τουρισμού, η κυβέρνηση οργανώνει κοινωνικά ταξίδια μέσω Imsero για ηλικιωμένους και τους παρέχει καταλύματα σε χαμηλότερες τιμές. Διαφορετικές επιλογές είναι διαθέσιμες για τους ηλικιωμένους κατά την περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου και Ιουνίου για εναλλακτικά πακέτα διακοπών κατά τη χαμηλή τουριστική περίοδο. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν παραμονή σε παραθαλάσσιες περιοχές για ξεκούραση, πολιτιστικές εκδρομές για τη γνωριμία με την ιστορία και την τέχνη της Ισπανίας και τουρισμό 'γνωριμίας με τη φύση' με διαδρομές σε γραφικά τοπία. Το πρόγραμμα Termalism Social είναι μια ακόμη δράση του IMSERSO, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο για τους Ηλικιωμένους και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες.

Το πρόγραμμα αφορά, επίσης, ανταλλαγή τουριστικών πληθυσμών μεταξύ Πορτογαλίας και Ισπανίας, με τη ζήτηση, φυσικά, να διαφέρει καθώς οι χώρες διαφέρουν σε πληθυσμιακό μέγεθος. Και για τις δυο χώρες, στην παρούσα περίοδο, οι μεγαλύτερες δυσκολίες για την εφαρμογή του προγράμματος οφείλονται στην οικονομική κρίση με τις γνωστές επιπτώσεις στον τουρισμό και στο χαμηλό επίπεδο κρατικών επιδοτήσεων για υπηρεσίες τουρισμού τρίτης ηλικίας, ειδικά για ομάδες χαμηλότερων εισοδημάτων, το οποίο κατέληξε σε πλήρη περικοπή των επιδοτήσεων των προγραμμάτων IMSERSO.

Ο οργανισμός αυτός άρχισε, επίσης, να επιδοτεί προγράμματα βελτίωσης των υποδομών, ώστε να καταστούν φιλικότερες προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τα άτομα με αναπηρίες. Επίσης, κινητροδοτεί την παραγωγή εξειδικευμένων υπηρεσιών και συγχρηματοδοτεί διαφημιστικές καμπάνιες, που προβάλλουν την Ισπανία ως τουριστικό προορισμό προσβάσιμο από όλους. Τέλος, στο πλαίσιο των πολιτικών κοινωνικής συνοχής, επιδοτεί ειδικά προγράμματα κοινωνικού τουρισμού που απευθύνονται αποκλειστικά σε άτομα τρίτης ηλικίας.<sup>111</sup>

**Tropical Tourism (Γρανάδα):** Το συμβούλιο της κομητείας της Γρανάδας σχεδίασε το πρόγραμμα «τροπικός τουρισμός» με στόχο την προώθηση των δράσεων και της συμμετοχής των ηλικιωμένων. Ξενοδοχεία έχουν επιλεγεί με παραθαλάσσια χωροθέτηση, κατάλληλα για άτομα με μειωμένη κινητικότητα, με ειδικές υποδομές κλπ. Οι δραστηριότητες για τους συμμετέχοντες περιλαμβάνουν εκδηλώσεις και ψυχαγωγία. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα υλοποιήθηκε με εφαρμογή πολιτικών βιωσιμότητας για την τοπική κοινωνία. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όλους τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και σε άτομα με μειωμένη κινητικότητα. Το μέγιστο μέγεθος ομάδας ήταν 60 μέλη. Οι πόλεις με λιγότερους από 20.000 κατοίκους τέθηκαν σε προτεραιότητα.

Οι δημοτικές αρχές παρείχαν αρχικά χρηματοδότηση για να καλύψουν ένα σημαντικό ποσοστό του συνολικού κόστους του προγράμματος. Η

χρηματοδότηση είναι το κύριο πρόβλημα λόγω της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης στη χώρα, και προκειμένου να διατηρηθεί η πρωτοβουλία αυτή, η κυβέρνηση θα πρέπει να προβεί σε συμφωνία με ιδιωτικούς πράκτορες και σε άντληση ιδιωτικών πόρων.<sup>112</sup>

## ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

**INATEL Foundation:** Το INATEL είναι ένα δημόσιο ίδρυμα της Πορτογαλίας με μακρά ιστορία, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Ασφάλισης και το οποίο προωθεί τις τουριστικές δραστηριότητες. Έχει 185.000 μεμονωμένα μέλη και 2.000 συλλογικά μέλη σε συνδυασμό με ένα δίκτυο ξενοδοχείων, κατασκηνώσεων, αθλητικών πάρκων κλπ.

Ο πορτογαλικός πληθυσμός ακολουθώντας τις γενικότερες δημογραφικές τάσεις, γηράσκει. Η Πορτογαλία έχει 10 εκατομμύρια κατοίκους εκ των οποίων 2 εκατομμύρια είναι ηλικιωμένοι. Το Ινστιτούτο INATEL έχει εμπειρία στον τουρισμό τρίτης ηλικίας από το 1995. Μέσα από τα προγράμματά του επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να αυξήσει τη δραστηριοποίηση και κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων. Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η αξιοποίηση της ξενοδοχειακής διαθεσιμότητας στη χαμηλή περίοδο και η δημιουργία περισσότερων θέσεων εργασίας στις τουριστικές περιοχές.

Στο πρόγραμμα τρίτης ηλικίας του INATEL συμμετείχαν από την αρχή πάνω από 700.000 άτομα ηλικίας 65+, τα οποία ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων που αποζητούν κοινωνικοποίηση και ένταξη σε ομάδες. Επιπρόσθετα, διατίθενται συγκεκριμένα προγράμματα «τουρισμού για όλους», τα οποία προορίζονται για άτομα με χαμηλότερο εισόδημα.<sup>113</sup>

## ΙΡΛΑΝΔΙΑ

**Φεστιβάλ Bealtaine:** Το Φεστιβάλ Bealtaine είναι το Ιρλανδικό Εθνικό Φεστιβάλ Τεχνών που γιορτάζει τη δημιουργικότητα κατά τη διάρκεια της ωριμότητας. Διεξάγεται κάθε Μάιο σε όλη τη χώρα και περιλαμβάνει χιλιάδες συμμετέχοντες σε εκδηλώσεις που αφορούν κάθε μορφή τέχνης. Το Bealtaine γιορτάζει την ανανέωση, τη δημιουργικότητα και την ανάπτυξη δεξιοτήτων στην τρίτη ηλικία. Το Bealtaine συντονίζεται από το Age & Opportunity, ο οποίος είναι κρατικός οργανισμός με αποστολή του την προώθηση και ενίσχυση της συμμετοχικότητας των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Το Φεστιβάλ ξεκίνησε από τον οργανισμό αυτόν ο οποίος χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την Πολιτεία. Το φεστιβάλ έχει μια εξαιρετικά επιτυχημένη πορεία και έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως ως το πρώτο φεστιβάλ αυτού του είδους.<sup>114</sup>

**Ireland Reaching Out:** Το έργο του προγράμματος αυτού βασίζεται σε μια απλή ιδέα: στον εντοπισμό και την προσέλκυση ανθρώπων ιρλανδικής καταγωγής, οι οποίοι καλούνται να διερευνήσουν τις ρίζες τους στη χώρα. Με τη βοήθεια ενός εθελοντικού δικτύου σε όλη την Ιρλανδία, εντοπίζο-



νται εκείνοι που έφυγαν από την Ιρλανδία μεταναστεύοντας, καθώς και οι απόγονοί τους σε όλο τον κόσμο. Ο οργανισμός της Ιρλανδίας που έχει αναλάβει το πρόγραμμα καλεί όλους να γίνουν μέρος μιας διευρυμένης «εικονικής» κοινότητας, η οποία απευθύνεται σε ανθρώπους με κοινό τόπο καταγωγής, την Ιρλανδία. Με αυτό τον τρόπο, ολόκληρη η ιρλανδική διασπορά των 70 εκατομμυρίων ανθρώπων μπορεί να επανενωθεί μέσα από το διαδίκτυο και να προσκληθεί να επισκεφθεί τη χώρα ή να εμπλακεί σε κοινωφελείς δράσεις και πρωτοβουλίες. Αυτό το εθνικό πιλοτικό πρόγραμμα αναπτύχθηκε στο Νοτιοανατολικό Galway εντός της Δυτικής Περιφέρειας. Τέθηκε, επίσης, σε σχεδιασμό αντίστοιχο πιλοτικό πρόγραμμα για το Νοτιοανατολικό Galway.<sup>115</sup>

**Ultreia Project on Knock Shrine** (Δυτική Περιφέρεια): Η Fáilte Ireland (ο εθνικός οργανισμός τουρισμού) έχει αναπτύξει προνομιακά προγράμματα για το θρησκευτικό τουριστικό προϊόν της δυτικής Περιφέρειας, σχεδιάζοντας στρατηγική για την αξιοποίηση του δυναμικού και της θρησκευτικής κληρονομιάς της συγκεκριμένης περιφέρειας. Οι εκτιμήσεις για τον τουρισμό προσκυνητών αναδεικνύουν μια ανερχόμενη αγορά, ιδίως μεταξύ ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, της λεγόμενης «γκρίζας αγοράς» όπως είναι γνωστή στην Ιρλανδία. Ο ναός Knock Shrine είναι ένα εξαιρετικό σημαντικό θρησκευτικό μνημείο, το οποίο είναι εύκολα προσβάσιμο μέσω οδικών γραμμών, σιδηροδρόμων και αεροδρομίων. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το αυξανόμενο ενδιαφέρον μεταξύ πολλών περιφερειακών τουριστικών επιχειρήσεων ως προς το συγκεκριμένο μνημείο, ώθησε την Fáilte Ireland να το καταστήσει τουριστικό αξιοθέατο υψηλής προτεραιότητας. Το 2009, πραγματοποιήθηκε ένα ετήσιο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε περισσότερες από 60 επιχειρήσεις στην περιοχή και ανέπτυξαν μια διαδικασία δημιουργίας ενός νέου εμπορικού σήματος για αυτή την εξειδικευμένη αγορά.<sup>116</sup>

## ΠΟΛΩΝΙΑ

**“Without Barriers” Tourism Association:** Ο γενικός στόχος της Ένωσης είναι να προωθήσει την ενεργό ζωή των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ιδίως μέσω του τουρισμού. Από την ίδρυσή της, η Ένωση παρακολουθεί συστηματικά την ομάδα-στόχο για να εντοπίσει τα προβλήματα της και να προσδιορίσει τις ανάγκες της. Η έρευνα έδειξε ότι μία από τις αποτελεσματικές μεθόδους για την πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με την κοινωνική και τη φυσική απομόνωση των ηλικιωμένων, είναι η προώθηση της ενεργητικής διαβίωσης μέσω δραστηριοτήτων που συνδέονται με τον τουρισμό. Παρόλα αυτά, η σημερινή τουριστική προσφορά και το τουριστικό προϊόν όπως είναι δομημένο, συχνά αγνοούν τις ιδιαιτερότητες, τις ανάγκες αλλά και τους περιορισμούς των τουριστών τρίτης ηλικίας που αφορούν τη φυσική κινητικότητα.<sup>117</sup>

Σε συνέχεια των παραπάνω, διαμορφώθηκε μια πιλοτική δράση για την προώθηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων μέσω του ενεργητικού και «ελεύθερου» τουρισμού. Η ιδέα επικε-

ντρώνεται στην οργάνωση περιηγήσεων είτε με μεταφορικά μέσα (π.χ. με λεωφορείο) είτε μέσα από θεματικές διαδρομές. Και στις δύο περιπτώσεις δίδεται η ίδια έμφαση στις γνωστικές πτυχές, καθώς και στις δραστηριότητες που ενισχύουν τη φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων. Ο Σύνδεσμος διαχειρίζεται, επίσης, τη δικτυακή πύλη [www.kaszubybezbarier.pl](http://www.kaszubybezbarier.pl) (Kashubia without barriers), η οποία προωθεί τα τουριστικά αξιοθέατα της περιοχής Kashubia, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην πτυχή της προσβασιμότητας. Σε συνεργασία με την πόλη Gdynia, η ένωση ανέπτυξε έναν ειδικό οδηγό για τους τουρίστες με τίτλο «Gdynia for everyone», ο οποίος περιέχει διάφορες ενδιαφέρουσες θεματικές διαδρομές, οι οποίες συνοδεύονται από πρόσθετες πρακτικές πληροφορίες για την προσβασιμότητα.

**Warmia - Mazury Senior Games:** Το πρόγραμμα αφορά στη διοργάνωση αγώνων της Warmia-Mazury για άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας. Στόχος του είναι να προωθήσει τον αθλητισμό και έναν ενεργητικό και υγιεινό τρόπο ζωής στα άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω, με ιδιαίτερη έμφαση στις ομάδες των ηλικιωμένων, η προώθηση της συμμετοχής τους σε κοινωνικές δραστηριότητες, και η κοινωνική ένταξη με σεβασμό στην εθνικότητα, την κουλτούρα, τη θρησκεία, την ηλικία και τον τρόπο ζωής τους. Οι αγώνες συνοδεύονται από μια σειρά πολιτιστικών και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, που υπογραμμίζουν τη σημασία και τον ρόλο της άθλησης στη ζωή του ατόμου σε όλες τις ηλικίες. Άλλες δραστηριότητες περιλαμβάνουν τη διοργάνωση περιφερειακής ψυχαγωγικής εκδήλωσης για ηλικιωμένους («Seniorada») και άλλων συνοδευτικών εκδηλώσεων. Το έργο συνέβαλε σημαντικά στην προώθηση της περιοχής Warmia Mazury ως τουριστικού προορισμού για τους τουρίστες 3H και τις οικογένειές τους και βασίστηκε στην προηγούμενη εκστρατεία με τίτλο «Masuria the Wonder of Nature», η οποία υπογράμμισε τον φυσικό πλούτο της περιοχής. Η δεύτερη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε το 2014 σε διαφορετικές τοποθεσίες στην περιοχή Warmia-Mazury, συμπεριλαμβανομένων των Olsztyn, Orneta, Ostróda, Lidzbark Warmiński, Iława, Pasłęk και Nidzica.<sup>118</sup>

## ΟΥΓΓΑΡΙΑ

**Γαστρονομικό Ταξίδι** (κομητεία Szabolcs-Szatmár-Bereg): Στόχος του προγράμματος αυτού είναι να παρουσιάσει τον γαστρονομικό πολιτισμό της κομητείας Szabolcs-Szatmár-Bereg. Διακρίθηκαν πέντε διαφορετικές παραδοσιακές περιφέρειες για να μετέχουν: Nyírség, Bereg, Szatmár, Rétköz και Nyíri-mezőség, οι οποίες έχουν να επιδείξουν μακρά γαστρονομική κουλτούρα και παράδοση, όπως το γαστρονομικό ταξίδι στο Szabolcs-Szatmár-Bereg της Ουγγαρίας.<sup>119</sup>

**Εθνικό Πάρκο Hortobágy** (κομητεία Hajdú-Bihar): Ο Εθνικός Δρυμός Hortobágy είναι ο πρώτος και ο μεγαλύτερος προστατευόμενος φυσικός χώρος της Ουγγαρίας, ο οποίος εκτείνεται σε περίπου 82 χιλιάδες εκτάρια. Το πάρκο χαρακτηρίστηκε από την UNESCO το 1999 ως μέρος της Παγκόσμιας Κληρονομιάς («Part of the World Heritage»). Το 2008 του

απονεμήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ο τίτλος «ο καλύτερος προορισμός της Ουγγαρίας για τη διατήρηση των παραδόσεων», στα βραβεία «EDEN - Ευρωπαϊκοί Προορισμοί Αριστείας». Η Hortobágy προβάλλει την αρμονική ζωή του ανθρώπου με το τοπίο και τη φύση. Μία από τις προϋποθέσεις της οικονομικής βιωσιμότητας των προγραμμάτων είναι η επέκταση της τουριστικής περιόδου και η μείωση της εποχικότητας, ως εκ τούτου οι υπεύθυνοι εργάζονται προς αυτή την κατεύθυνση αναμόρφωσης των προγραμμάτων στο εθνικό πάρκο Hortobágy.<sup>120</sup>

## ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ

**Φυσικό Πάρκο Strandzha** (Περιφέρεια Μπουργκάς): Το Φυσικό Πάρκο Strandzha βρίσκεται στα σύνορα της Βουλγαρίας και Τουρκίας. Το 90% του πληθυσμού στην περιοχή αυτή είναι ηλικιωμένοι. Ο τουρισμός είναι η κύρια δραστηριότητα του τοπικού πληθυσμού, γεγονός που δημιουργεί θέσεις εργασίας και οικονομική ανάπτυξη στην περιοχή. Οι ντόπιοι έχουν ανακαινίσει τα σπίτια τους και φιλοξενούν τους επισκέπτες του Εθνικού Πάρκου. Κάθε χρόνο διοργανώνεται τον Μάιο το «Φεστιβάλ των Ροδόδενδρων». Οι ηλικιωμένοι στο χωριό Μπράσλιαν δημιούργησαν έναν τοπικό συνεταιρισμό μέσα από τον οποίο υλοποιούν εκθέσεις παραδοσιακής τέχνης και ένδυσης, παρέχουν τουριστικές υπηρεσίες όπως εστίαση, ξεναγούς, διαμονή, επιδείξεις λαϊκών χορών και παραστάσεων. Οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από ηλικιωμένους. Η παροχή υπηρεσιών τους καθιστά ενεργούς και δημιουργεί απασχόληση και κέρδη.<sup>121</sup>

## ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

**Διακοπές Αθλητισμού και Ευεξίας για Ηλικιωμένους - Sports and Wellbeing Holidays for Seniors (Βόρεια Καρελία):** Το πρόγραμμα συνδυάζει το ταξίδι στο εξωτερικό και την υγιεινή άσκηση και ανταποκρίνεται στις τρέχουσες τάσεις και τη ζήτηση της εποχής. Το επταήμερο πρόγραμμα διακοπών περιλαμβάνει διάφορα είδη αθλημάτων, όπως σκανδιναβικό περπάτημα, γυμναστική, πιλάτες, αθλητικά παιχνίδια και ασκήσεις, ενώ προσαρμόζεται πάντα σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα των συμμετεχόντων. Το μοντέλο των διακοπών είναι κατάλληλο για όλους, και τα προγράμματα απευθύνονται σε διάφορα επίπεδα φυσικής κατάστασης μιας και η ηλικία των συμμετεχόντων λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό των προγραμμάτων.<sup>122</sup>

## ΙΤΑΛΙΑ

Στην Ιταλία διαμορφώθηκαν ειδικά προγράμματα τα οποία στόχευαν κυρίως στην ιατρική υποστήριξη του τουριστικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια των διακοπών τους, μεταξύ αυτών και η υποστήριξη ειδικών ομάδων επισκεπτών, όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες (νεφροπαθείς κ.λπ.).<sup>123</sup>

**Πρόγραμμα Veneto Holidays:** στο πλαίσιο του προγράμματος υλοποιήθηκε εκστρατεία για την υγεία (όπου η τεχνολογία διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο με εφαρμογές για smartphone) και τέθηκαν τα θεμέλια για τη λειτουργία

του μεγαλύτερου οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και πρόληψης της Ιταλίας στον τομέα του παραθαλάσσιου τουρισμού. Ορισμένες από τις υπηρεσίες αυτές είναι:

- διαθεσιμότητα παιδίατρων σε όλη τη διάρκεια της τουριστικής περιόδου
- υπηρεσίες αιμοκάθαρσης
- υπηρεσίες απεξάρτησης από ουσίες
- υπηρεσίες γενικής ιατρικής

**Romagna:** Αφορά την ασφάλεια των τουριστών, το οποίο περιλαμβάνει τον εξοπλισμό των δομών στις εγκαταστάσεις όπου λαμβάνουν χώρα υπηρεσίες κολύμβησης και υδροθεραπείας. Επίσης, ενεργοποιήθηκε η υπηρεσία Health Taxi για περιστατικά χαμηλής βαρύτητας/σοβαρότητας, η οποία κάλυπτε ολόκληρη την ακτή τα Σαββατοκύριακα κατά τους μήνες Ιούνιο, Ιούλιο και Αύγουστο. Παράλληλα, ενισχύθηκε ο αριθμός των ασθενοφόρων που μετείχαν στο σύστημα 118, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών αιμοκάθαρσης στα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής.

**Στη Σικελία,** η πρωτοβουλία χρηματοδοτήθηκε από το Περιφερειακό Υπουργείο Υγείας της Σικελίας, σε συνεργασία με το τμήμα τουρισμού, προσφέροντας νέες και καινοτόμες υπηρεσίες online πληροφόρησης για δομές υγειονομικής περίθαλψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατά τρόπο που να επιτρέπει στους διάφορους φορείς του τουριστικού τομέα να γνωρίζουν τη διαθεσιμότητα ιατρικών και διαγνωστικών υπηρεσιών στην περιοχή ώστε να έχουν άμεση πρόσβαση σε περίπτωση ανάγκης.

### 1.2.3.3. Παραδείγματα προγραμμάτων τουρισμού τρίτης ηλικίας στον υπόλοιπο κόσμο

#### ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Εθνικά Προγράμματα τουρισμού τρίτης ηλικίας στη Νότια Αμερική «Ταξιδέψτε περισσότερο στην καλύτερη ηλικία σας» (Βραζιλία). Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 2007 με στόχο να προωθήσει την κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων (60+) και των συνταξιούχων. Κύριος στόχος ήταν να ταξιδέψουν οι συνταξιούχοι κατά τη χαμηλή τουριστική περίοδο ανανεώνοντας τις ταξιδιωτικές τους συνθήκες και ενισχύοντας την κοινωνική ένταξή τους.<sup>124</sup>

Κατά την 1η φάση του προγράμματος (2007-2010) η υπηρεσία ήταν οργανωμένη σε πακέτα, που πωλούνταν μόνο μέσω πρακτορείων ταξιδιών. Αφορούσε ομάδες που ταξίδεψαν σε συγκεκριμένους προορισμούς και πωλήθηκαν 599.000 πακέτα.

Στη 2η φάση του προγράμματος (2013-2014) δημιουργήθηκε ιστοσελίδα ([www.viajamais.gov.br](http://www.viajamais.gov.br)) με δυνατότητα αναζήτησης πακέτων. Δόθηκαν περισσότερες εκπτώσεις (τουλάχιστον 20% και για άτομα-συνοδούς) και περισσότερα γενικά οφέλη με εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες και στη

διοργάνωση, όπως δωρεάν είσοδος σε εκδηλώσεις, επιπλέον περιηγήσεις, δυνατότητα all-inclusive επολογών και αναβάθμιση της κατηγορίας δωματίων.

Οι συμμετέχουσες εταιρείες εγγράφονται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και οφείλουν να συνάψουν συμφωνία συνεργασίας με το υπουργείο Τουρισμού. Μέσα από αυτή τη διαδικασία δημιουργήθηκε έναν ηλεκτρονικός κατάλογος τουριστικών παρόχων στην ιστοσελίδα του υπουργείου Τουρισμού.

Μετά την ολοκλήρωση της 2ης φάσης, περισσότεροι από 400.000 άνθρωποι απέκτησαν πρόσβαση στον ιστότοπο. Από 9 εταιρείες που ήταν ο αριθμός των εγγεγραμμένων εταιρειών στην αρχική φάση, περισσότερες από 107 εταιρείες περιλαμβάνονται στον κατάλογο στη 2η φάση προσφέροντας ειδικά πακέτα για περισσότερους από 86 διαφορετικούς προορισμούς. Στις δυσκολίες του προγράμματος περιλαμβάνονται ο προσδιορισμός του ποσού των πωλήσεων και η χρηματοδότηση του έργου.

Έχοντας μελετήσει τα αποτελέσματα των δυο προηγούμενων φάσεων το πρόγραμμα τέθηκε σε επανασχεδιασμό προκειμένου να εστιάσει σε επόμενη φάση και στις μικρές επιχειρήσεις με περισσότερο ολοκληρωμένες λύσεις, καθώς επίσης να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα χρηματοδότησης.

BRAZTOA: Brazilian Association of Tour Operators. Η Braztoa έχει 90 εταιρείες-μέλη οι οποίες διαχειρίζονται περίπου 5,9 εκατομμύρια τουριστών το έτος, με 4 εκατομμύρια ταξίδια εντός της Βραζιλίας. Αναφορικά με τα Senior τουριστικά πακέτα, το 20% προτιμούν τις ΗΠΑ, ενώ τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την Ευρώπη, ειδικά για τις χώρες που δεν απαιτείται visa. Οι περισσότεροι ταξιδιώτες είναι μεμονωμένοι και το 19% ταξιδεύει σε γκρουπ, που ως επί τω πλείστον αφορούν σε τουρίστες τρίτης ηλικίας. Ο πληθυσμός των 23,5 εκατομμυρίων ηλικιωμένων στη Βραζιλία είναι εξαιρετικά μεγάλος γι' αυτό και η ένωση που εκπροσωπεί τους ταξιδιωτικούς πράκτορες επιθυμεί να έχει περισσότερες επιλογές γι' αυτούς.<sup>125</sup>

## ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ

Οι περισσότερες εταιρείες, στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος τουρισμού της Ινδονησίας, εστιάζουν πλέον στις δυνατότητες της ειδικής αγοράς του τουρισμού τρίτης ηλικίας. Προκειμένου να μελετήσει τις τάσεις της αγοράς και τις ανάγκες που ενδέχεται να προκύψουν από τον ολοένα και αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων τουριστών που ταξιδεύουν στην Ινδονησία, η κυβέρνηση της χώρας καθιέρωσε πολιτική για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας, η οποία μεταξύ άλλων διευκολύνει την παρατεινόμενη διαμονή. Η πολιτική αυτή τέθηκε σε εφαρμογή το 1998 και αναφέρεται σε ηλικιωμένους ξένους τουρίστες, οι οποίοι μπορούν να υποβάλουν αίτηση για άδεια παραμονής για ένα έτος, δύναται όμως να επεκταθεί έως και πέντε φορές, με έκαστη περίοδο ανανέωσης ενός έτους (Newsletter Tourism Marketing Information, 2010: 12η έκδοση).<sup>126</sup>

#### 1.2.3.4. Παραδείγματα συνεταιρισμών-clusters στον τομέα του τουρισμού τρίτης ηλικίας

**Elderhostel (πολυεθνική):** Μη κερδοσκοπικός οργανισμός που παρέχει εκπαιδευτικά ταξίδια για ενήλικες 55 ετών και άνω. Προσφέρει κάθε χρόνο σχεδόν 10.000 προγράμματα all-inclusive σε 100 διαφορετικές χώρες. Ορισμένα από αυτά περιλαμβάνουν προγράμματα σπουδών ξένων γλωσσών (π.χ. στην Κεντρική Αμερική), rafting και άλλες αθλητικές δραστηριότητες, καλλιτεχνικά εργαστήρια κ.λπ.<sup>127</sup>

**50Plus Expeditions (Η.Π.Α.):** Προσφέρει δράσεις, που εμπεριέχουν περιπέτεια και αρκετές δραστηριότητες all-inclusive, μικρές ομαδικές εκδρομές για ταξιδιώτες 50 και άνω. Ορισμένα από αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν αφρικανικά σαφάρι, κρουαζιέρες στην Ανταρκτική, ορεινή πεζοπορία σε περιοχές της Ευρώπης κ.λπ. Προσφέρει ανεξάρτητες επιλογές ταξιδιού/ προορισμού.<sup>128</sup>

**Odyssey Travel (Αυστραλία):** Εκπαιδευτικά κατά κύριο λόγο ταξίδια για άτομα άνω των 50 ετών. Πακέτα all-inclusive στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.<sup>129</sup>

**50+ Travel & Learn (Νέα Ζηλανδία):** Ομαδικές εκπαιδευτικές εκδρομές στη Νέα Ζηλανδία, κυρίως για μικρά γκρουπ με μικρό αριθμό ατόμων, άνω των 50 ετών.<sup>130</sup>

**Saga Holidays (UK):** Διεθνείς κρουαζιέρες και πακέτα διακοπών που απευθύνονται στοχευμένα σε ηλικιωμένους ταξιδιώτες.<sup>131</sup>

**Valor Tours (ΗΠΑ):** Ολοκληρωμένες περιηγήσεις σε τοπία με ιστορική σημασία. Τα προγράμματα επικεντρώθηκαν σε βετεράνους του πολέμου.<sup>132</sup>

**Canyon Ranch Health Resort (ΗΠΑ):** Προγράμματα ευεξίας κατά την ωριμότητα. Ειδικά εβδομαδιαία προγράμματα που προσφέρονται για την ανάπτυξη και βελτίωση της υγείας και της μακροζωίας.<sup>133</sup>

## 1.3. Η Ελληνική Πραγματικότητα

### 1.3.1. Ζήτηση Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Στην Ελλάδα

#### 1.3.1.1. Το μέγεθος της ζήτησης

Η Ελλάδα αποτελεί ήδη προορισμό για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας, κυρίως των τουριστών μεταξύ 55 και 64 ετών, όπου παρατηρείται ένα αυξημένο ποσοστό εισερχομένων τουριστών στη χώρα μας για παραθερισμό περίπου στο 22% του συνόλου, το οποίο όμως παρουσιάζει σημαντική μείωση στις ηλικίες άνω των 65 χρόνων, προσεγγίζοντας περίπου το 7%.<sup>134</sup>

Σύμφωνα με μελέτη του ΙΝΣΕΤΕ (Ινστιτούτο Συνδέσμου Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων) το 2016 για το προφίλ του εισερχόμενου τουρισμού τρίτης ηλικίας<sup>135</sup> για διακοπές στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι στη χώρα μας το 2016 οι τουρίστες τρίτης ηλικίας πραγματοποίησαν:

- 1,7 εκατ. ταξίδια (6,1% του συνόλου των ταξιδιών συμπεριλαμβανομένης και της κρουαζιέρας)
- 16,5 εκατ. διανυκτερεύσεις (8,5% του συνόλου των διανυκτερεύσεων μαζί με την κρουαζιέρα)
- 2 δισ. ευρώ δαπάνη.

Το 93% των τουριστών τρίτης ηλικίας της χώρας μας είναι από την Ευρώπη, όμως χαρακτηρίζεται από έντονη εποχικότητα, αφού το 65% της συνολικής τουριστικής κίνησης πραγματοποιείται τους μήνες Ιούνιο με Σεπτέμβριο. Η ίδια τάση αφορά και τους ηλικιωμένους τουρίστες, αφού τα πιο υψηλά ποσοστά τουριστών τρίτης ηλικίας έρχονται τους μήνες της τουριστικής αιχμής.

Τα αίτια της υψηλής εποχικότητας ανάγονται στη δόμηση του τουριστικού μοντέλου της Ελλάδας ως προορισμού του ήλιου και της θάλασσας και στην αδυναμία στήριξης πολιτικών από το κράτος, την επιχειρηματική κοινότητα και την τοπική κοινωνία, που θα συνέβαλαν στην άμβλυση του φαινομένου. Μια κατάλληλη στρατηγική για την αντιμετώπιση της εποχικότητας αποτελεί επομένως η στόχευση σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, στους τουρίστες τρίτης ηλικίας, που αποτελούν μια δυναμικά αναπτυσσόμενη αγορά για την προώθηση τουριστικών προϊόντων που θα επιμηκύνουν την τουριστική περίοδο.<sup>136</sup>

Οι ηλικιωμένοι τουρίστες στην Ελλάδα που προέρχονται από τις παραδοσιακές αγορές της Ευρώπης, την έχουν επισκεφτεί κατ' επανάληψη στο παρελθόν. Σύμφωνα με έρευνα της GPO το 2008<sup>5</sup> προέκυψε ότι μόνο το 15,4% των τουριστών άνω των 55 ετών επισκεπτόταν την Ελλάδα για πρώτη φορά. Πάνω από τέσσερις φορές είχε επισκεφτεί στο παρελθόν τη χώρα μας το 32,5% των ηλικιωμένων, ενώ το 19,6% των ηλικιωμένων τουριστών δηλώνουν ότι έρχονται στη χώρα μας σχεδόν κάθε χρόνο. Οι ηλικιωμένοι βρίσκουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την Ελλάδα καλύτερη από ό,τι την περίμεναν, σε σχέση με τους νεότερους τουρίστες (34,2% έναντι 28,8% του συνόλου των τουριστών). Μόνο το 2,6% των ηλικιωμένων τουριστών δηλώνει ότι βρήκε την Ελλάδα χειρότερη από τις προσδοκίες τους.

Μελέτη που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Εμπορίου και Υπηρεσιών της ΕΣΣΕ<sup>137</sup> για το εμπόριο και τον τουρισμό στην Κρήτη έδειξε ότι ο δείκτης αφοσίωσης στον τουριστικό προορισμό έχει γραμμική σχέση με την ηλικία και το ατομικό εισόδημα, με τους συνταξιούχους τουρίστες να εμφανίζονται πολύ πιο πιστοί επισκέπτες σε σχέση με τις νεαρότερες ηλικίες.

Επομένως ο τουρισμός τρίτης ηλικίας μπορεί να εξελιχθεί σε καθοριστικό παράγοντα επιμήκυνσης της τουριστικής περιόδου για την Ελλάδα για όλους τους λόγους που αναλύθηκαν παραπάνω.

### **1.3.1.2. Τα βασικά τμήματα τουρισμού τρίτης ηλικίας που διαμορφώνουν τη ζήτηση στην Ελλάδα**

Οι δύο ομάδες στόχοι για την ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα είναι:

- τα τμήματα άνω των 50 ετών, υγιά, με οικονομική άνεση, χρόνο και διάθεση για απόκτηση νέων εμπειριών και
- τα τμήματα άνω των 50 ετών που έχουν κάποια προβλήματα υγείας, που μπορούν όμως να αυτο-εξυπηρετηθούν και πραγματοποιούν το ταξίδι για λόγους:
  - Ευεξίας και αναψυχής όταν τα προβλήματα υγείας δεν είναι σοβαρά, χρήζουν όμως ειδικών γεωμορφολογικών και χωροταξικών συνθηκών προσβασιμότητας, κλίματος, και υπηρεσιών υποστήριξης ταξιδιού από εταιρεία διαχείρισης και εκμετάλλευσης μονάδων υγείας, real estate, health management, αποκλειστικού ξεναγού, κλπ.
  - Φροντίδας όταν οι χρόνιες παθήσεις επιβάλλουν φυσιοθεραπεία ή αποκατάσταση, όπως με ιαματικά λουτρά που άπτονται του ιαματικού τουρισμού.
  - Περίθαλψης όταν ο λόγος ταξιδιού επιβάλλει γηριατρική επεμβατική θεραπεία (ιατρικός τουρισμός).

Το σύνθημα λάθος είναι ότι δεν λαμβάνεται υπόψη ότι τα συγκεκριμένα τμήματα του πληθυσμού-στόχου (segments) έχουν διαφορετικά χαρα-



κτηριστικά και απαιτούν εντελώς διαφορετική προσέγγιση στην οργάνωση του ταξιδιού.

### 1.3.1.3. Η ζήτηση μέσω διαδικτύου

Το Διαδίκτυο έχει εξελιχθεί σε μια πολύ αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης και ο αντίκτυπος του στον τουρισμό από την απλή πρόσβαση για την αναζήτηση πληροφοριών για ταξίδια μέχρι την online οργάνωση του ταξιδιού είναι κεφαλαιώδους σημασίας.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό της Google από την Oxford Economics<sup>138</sup> με θέμα “The impact of online content on European Tourism” το 2017, οι αναζητήσεις για τουρισμό στο Διαδίκτυο έχουν αυξηθεί κατά 45% από το 2010. Η Ελλάδα, μετά από μια αρχική περίοδο χαμηλής ανάπτυξης του τουρισμού στο διαδίκτυο, παρουσίασε σημαντική βελτίωση τα τελευταία χρόνια τόσο στο διαδικτυακό περιεχόμενο όσο και στις online πωλήσεις, αν και υπολείπεται ακόμη σε σχέση με τις ανταγωνίστριες χώρες.

Σύμφωνα με στοιχεία του 2015, που αφορούν την αναζήτηση-πλοήγηση των τουριστών μέσω διαδικτύου και τα οποία δημοσιεύθηκαν στην εφημερίδα *Η Καθημερινή*<sup>139</sup> στις 10.11.2017, η Ελλάδα ως τουριστική χώρα αποτελεί σε μεγαλύτερο βαθμό πόλο έλξης της Βρετανίας και της Γερμανίας, και στη συνέχεια της Ιταλίας, των ΗΠΑ και της Γαλλίας. Η Αυστρία, η Ελβετία και η Σουηδία φαίνεται να αποτελούν κατά σειρά τις χώρες εντός Ευρώπης, που παρότι επιλέγουν να αναζητήσουν την Ελλάδα ως χώρα τουρισμού, τα ποσοστά των αναζητήσεων είναι σε μικρότερο βαθμό για την Ελλάδα από τις υπόλοιπες χώρες. Στη μέση της κατάταξης βρίσκονται η Ολλανδία και η Πολωνία.

Αναφορικά με τους δημοφιλέστερους ελληνικούς τουριστικούς προορισμούς που αναζητούνται, υποψήφιοι τουρίστες από τη Βρετανία και τη Γερμανία αναζητούν τα νησιά του Ιονίου και τα Δωδεκάνησα, καθώς επίσης την Πελοπόννησο και την Κρήτη. Η Θεσσαλονίκη αποτελεί πόλο έλξης για τη Γερμανία, τη Ρωσία και την Ιταλία, ενώ η Αθήνα για τις ΗΠΑ, το Ην. Βασίλειο και τη Γαλλία. Άτομα από Ιταλία αναζητούν πέραν της Θεσσαλονίκης, τα Δωδεκάνησα, την Πελοπόννησο αλλά και τις Κυκλάδες. Οι Κυκλάδες αναζητούνται ως τουριστικός προορισμός και από το Ην. Βασίλειο και τις ΗΠΑ, ενώ η Κρήτη αναζητείται και από τη Γαλλία.

Παρότι τα υψηλότερα επίπεδα αναζητήσεων για τα έτη 2014 και 2015 παρατηρούνται την κύρια τουριστική περίοδο (Ιούνιος-Αύγουστος), οι αναζητήσεις παραμέναν ιδιαίτερα υψηλές και για τους μήνες Απρίλιο, Μάρτιο. Το 2015 ο τρίτος μήνας στον υψηλότερο αριθμό αναζητήσεων ήταν ο Σεπτέμβριος, ενώ σε υψηλά επίπεδα ήταν ακόμη και ο χειμερινός μήνας Φεβρουάριος.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της *Καθημερινής*<sup>139</sup>, αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος του διαδικτύου ως μέσο τόσο αναζητήσεων τουριστικών υπηρεσιών όσο και κρατήσεων. Συγκεκριμένα, τις δημοφιλέστερες αναζητήσεις τουριστικών υπηρεσιών αποτελούν η διαμονή (48%), οι αερομεταφορές (20%) και τα πακέτα διακοπών (20%). Αυτό διαφαίνεται και από τις κρατήσεις που πραγματοποιούνται μέσω διαδικτύου, όπου το 83% των κρατήσεων διαμονής και το 91% των αεροπορικών κρατήσεων αναζητήθηκαν αρχικώς μέσω διαδικτύου. Παρότι το διαδίκτυο αποτελεί μέσο αναζήτησης και άλλων υπηρεσιών, όπως υπηρεσιών ενοικιάσεων αυτοκινήτων, δραστηριοτήτων, ακτοπλοϊκών μεταφορών και κρουαζιέρων, τα ποσοστά αυτών των αναζητήσεων είναι ακόμη σε αρκετά μικρό ποσοστό (5%, 3%, 3% και 1% αντιστοίχως).

Η μελέτη του ΙΝΣΕΤΕ για το προφίλ του εισερχόμενου τουρισμού τρίτης ηλικίας<sup>2</sup> για διακοπές στην Ευρώπη το 2016 διαπιστώνει ότι δημοφιλέστερη πηγή ενημέρωσης και για τους τουρίστες 3ης ηλικίας είναι το διαδίκτυο και το ταξιδιωτικό πρακτορείο.

Επομένως η ανάπτυξη και διαμόρφωση περιεχομένου στο διαδίκτυο από ιδιωτικούς και δημόσιους τουριστικούς φορείς, καθώς και η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, με τρόπο που να είναι πιο στοχευμένος σε τουρίστες τρίτης ηλικίας, όπως για παράδειγμα η έμφαση στην προσβασιμότητα του προορισμού, των μνημείων του, των καταλυμάτων, αποτελεί σημαντική πηγή έλξης τουρισμού τρίτης ηλικίας.

### **1.3.2. Η Προσφορά Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Στην Ελλάδα**

#### **1.3.2.1. Εισαγωγή**

Οι πάροχοι του τουρισμού συνηθίζουν να σχεδιάζουν προϊόντα που απευθύνονται στον υγιή καταναλωτή, ανάλογα με το lifestyle του πληθυσμού-στόχου, δίχως να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες ή τυχόν πρόσθετες ανάγκες που συνδέονται με την εκάστοτε ηλικιακή ομάδα των τουριστών.

Οι επαγγελματίες του τουρισμού τείνουν να προτιμούν για κοινωνικούς λόγους, αλλά και για λόγους αποδοτικότερης παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων καθολικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών. Το ίδιο ισχύει και στην προώθησή τους. Το μάρκετινγκ ακολουθεί συνήθως κανόνες οριζόντιας κατάτμησης πελατειακών ομάδων όσον αφορά στην ηλικία των καταναλωτών χωρίς να εξειδικεύεται στην τρίτη ηλικία.

Με την πάροδο των χρόνων, υπακούοντας στην επιθυμία των τουριστικών segments που εξυπηρετούν, οι πράκτορες προάγουν διαφορετικά είδη τουρισμού, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τρίτης ηλικίας και προσφέροντας πακέτα που αναλογούν στη ζήτηση αυτή. Εστιάζουν σε παράγοντες σημαντικούς για την ασφάλεια και την ευεξία των τουριστών άνω των 50

ετών, προωθώντας υπηρεσίες υποστήριξης, μεταφοράς, καθώς επίσης, ξενοδοχεία προσαρμοσμένα σε ανάγκες υποστήριξης της προσβασιμότητας και διαβίωσης των ηλικιωμένων.

### 1.3.2.2. Έρευνα σε επιλεγμένους δήμους για την καταγραφή της προσφοράς και της ζήτησης τουρισμού τρίτης ηλικίας

Λόγω της περιορισμένης σχετικής βιβλιογραφίας και της έλλειψης επαρκών στοιχείων για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας, κρίθηκε σκόπιμη η αποστολή ερωτηματολογίων σε επιλεγμένους δήμους της χώρας σε παραθεριστικές και σε αστικές περιοχές. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τις εξής κατηγορίες:

Δήμος	Πληθυσμός Αριθμός κλινών Προσβασιμότητας	Αναγνωρισμένες ιαματικές πηγές Κέντρα αποκατάστασης φυσιοθεραπείας	Αδειοδοτημένα κτήρια ή προς αδειοδότηση με τη συμμετοχή του δήμου	Προγράμματα και κέντρα μέριμνας ηλικιωμένων στη περιοχή (ΚΑΠΗ)	Προϊόντα ειδικού τουρισμού (τουρισμού 3ης ηλικίας αλλά όχι απαραίτητα μόνο αυτό)	Προϊόντα ειδικού τουρισμού με τη συμμετοχή του Δήμου	Ιδιαίτερα τουριστικά αξιοθέατα
-------	---	---	--	---	---	--	--------------------------------------

Στην έρευνα συμμετείχαν 22 Δήμοι από το Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων (ΕΔΔΥΠ) και ο Σύνδεσμος Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας (ΣΔΙΠΕ). Τα ευρήματα της έρευνας που αφορούν τις ιαματικές πηγές αναφέρονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα οι 22 Δήμοι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν:

- Από παραθεριστικούς προορισμούς: Θάσος, Μονεμβασιά, Καλαμπάκα, Κάσος, Ν. Προποντίδα, Σκιάθος, Σάμος, Καβάλα, Κιάτο, Πύλη Τρικάλων.
- Από αστικά κέντρα: Αγρίνιο, Αλεξανδρούπολη, Βέροια, Βάρη, Θέρμη, Σουφλί, Κηφισιά, Αιγάλεω, Καλλιθέα, Ν. Ιωνία, Τρίκαλα, Εορδαία.

Παρόλο που στους δήμους που ανταποκρίθηκαν, περιλαμβάνονται και δήμοι που δεν χαρακτηρίζονται προορισμοί για τουρισμό τρίτης ηλικίας, εντούτοις παρουσιάζει ενδιαφέρον να καταγραφεί το δυναμικό ανάπτυξης που διαθέτει η χώρα σε τουριστικούς πόρους ακόμη και σε δήμους που δεν έχουν τουριστικό χαρακτήρα.

Με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι πολλοί δήμοι διαθέτουν ιδιαίτερα τουριστικά αξιοθέατα (αρχαιολογικούς χώρους, ιστορικά μνημεία, μουσεία, κ.ά.), σχεδόν όλοι οι δήμοι αναπτύσσουν ή φιλοξενούν αθλητικές, πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες, όλοι δε οι δήμοι διαθέτουν υποδομές για τη φροντίδα των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ, Λέσχες Φιλίας). Σε πολλούς δήμους λειτουργούν μονάδες (δημόσιες ή ιδιωτικές) φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης, ενώ λίγοι μόνο δήμοι διαθέτουν αδειοδοτημένα κτήρια ή προς αδειοδότηση. Σημαντική είναι η δραστηριότητα

που αναπτύσσουν οι δήμοι για προϊόντα ειδικού τουρισμού, όπως είναι ο πολιτιστικός τουρισμός, ο θρησκευτικός, ο αθλητικός, ο γαστρονομικός, ο θαλάσσιος, ο καταδυτικός και ο περιπατητικός. Όλοι οι δήμοι αναφέρουν σχετικά εύκολη πρόσβαση δια ξηράς, θαλάσσης, αέρος.

Σε όλες τις απαντήσεις δεν υπήρχε ουδεμία αναφορά για εξειδικευμένα προϊόντα για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας, γεγονός που πιστοποιεί την έλλειψη σχεδιασμένων τουριστικών προϊόντων και υπηρεσιών για την τρίτη ηλικία. Εξάιρεση αποτελούν οι περιοχές της Ρόδου και της Ουρανούπολης, οι οποίες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι οι μόνες που έχουν αναπτύξει ειδικά προϊόντα για την τρίτη ηλικία.

Συμπερασματικά, η Ελλάδα έχει όλες τις δυνατότητες όσον αφορά τα στοιχεία που συνθέτουν την προσφορά για τουρισμό τρίτης ηλικίας. Για να εξελιχθούν όμως αυτές οι δυνατότητες σε προοπτικές ανάπτυξης, οι τοπικές κοινωνίες και οι ΟΤΑ πρέπει να δραστηριοποιηθούν περισσότερο προς την κατεύθυνση αυτή.

### 1.3.2.3. Η ιδιωτική αγορά παρόχων τουρισμού τρίτης ηλικίας

Για την εκτίμηση της ζήτησης και της προσφοράς υπηρεσιών και προϊόντων τουρισμού τρίτης ηλικίας και γηριατρικού τουρισμού (ιατρικού τουρισμού τρίτης ηλικίας), συλλέγησαν πληροφορίες και καταγράφηκαν εκτιμήσεις και από θεσμικούς φορείς (Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδας-ΞΕΕ, ΣΕΤΕ, ΙΝΣΕΤΕ, ΣΔΙΠΕ), καθώς και από επιλεγμένους ιδιωτικούς φορείς (Tour Operators - ΤΟ, Medical Tourism Facilitators-MTF, Τουριστικούς Πράκτορες και Ξεναγούς). Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η ανυπαρξία καταγραφής προϊόντων και παρόχων τουρισμού τρίτης ηλικίας και η έλλειψη σχετικών πληροφοριών ακόμα και από το υπουργείο Τουρισμού.

Από το σύνολο των πληροφοριών και εκτιμήσεων προκύπτουν οι εξής βασικές διαπιστώσεις:

1. Οι Tour Operators (ΤΟ) στην Ελλάδα δεν παρέχουν κατά κανόνα ειδικά τουριστικά προϊόντα για την 3η ηλικία, ακόμα και όταν οι πελάτες τους είναι σχεδόν κατά το ήμισυ άνω των 50 ετών. Για τον λόγο αυτό όχι μόνο δεν χρησιμοποιούν τον όρο τουρισμό τρίτης ηλικίας, αλλά αποφεύγουν και να τον υιοθετήσουν. Γενικά, η προσφορά τουρισμού τρίτης ηλικίας δεν προωθείται ούτε πωλείται ως τέτοια και συνακόλουθα δεν υπάρχει branding και μάρκετινγκ του προϊόντος, προκειμένου να ενεργοποιήσει την ανάλογη ζήτηση για ηλικιωμένους τουρίστες που χρειάζονται ειδική μεταχείριση και υποστήριξη.
2. Η Ελλάδα διαθέτει εντυπωσιακά χαμηλή διεισδυτικότητα στη συγκεκριμένη πελατειακή ομάδα. Ενώ τα τελευταία έτη εξακολούθησαν να δημιουργούνται στη χώρα family resorts, οι αναγκαίες αλλαγές, όπως η προσαρμογή των μέσων μεταφοράς, η αύξηση μονόκλινων δωματίων, η

κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού είναι μεμονωμένες προσπάθειες ξενοδόχων, όπως καταδεικνύει η μελέτη του ΞΕΕ<sup>136</sup> (βλέπε κεφ. 1.3.3.).

3. Παρόλα αυτά, στις ηλικιακές ομάδες τουριστών άνω των 65 ετών ή σε όσους τουρίστες δηλώσουν ότι έχουν προβλήματα υγείας, προτείνονται πακέτα ή εκδρομές με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής και διανυκτέρευσης και περισσότερο προσβάσιμες διαδρομές και επισκέψεις, χωρίς όμως επιπλέον υποστήριξη.
4. Ορισμένα οργανωμένα πακέτα τουρισμού τρίτης ηλικίας στις χώρες της νότιας Ευρώπης περιλαμβάνουν εκτός του ξεναγού τη συνοδεία νοσοκόμων ή άλλων επαγγελματιών υγείας. Μια σχετική περίπτωση αφορά τα ηλικιωμένα μέλη κυρίως αυστριακών αλλά και γερμανικών ΚΑΠΗ, τα οποία στέλνουν τα μέλη τους ανά δύο χρόνια σε διάφορους τουριστικούς προορισμούς, συμπεριλαμβανομένης της χώρας μας.
5. Ο καθορισμός των πακέτων από τους ΤΟ γίνεται κυρίως με κριτήρια το lifestyle και τις προτιμήσεις σε θεματικό τουρισμό (θρησκευτικό, ιστορικό-πολιτισμικό, γαστρονομικό, κλπ.).
6. Στην Ελλάδα οι ΤΟ και οι ταξιδιωτικοί πράκτορες προωθούν κυρίως τα προϊόντα/υπηρεσίες «ήλιος-θάλασσα», την κρουαζιέρα και τον θεματικό τουρισμό. Στο κομμάτι του θεματικού τουρισμού που αφορά τον θρησκευτικό τουρισμό, πλειοψηφούν οι γυναίκες όλων των ηλικιών. Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι το τουριστικό προϊόν «ήλιος-θάλασσα», παρουσιάζει σημαντική ζήτηση και στο τμήμα των ηλικιωμένων τουριστών, κυρίως από βόρειες χώρες, προκειμένου να αναζητήσουν τις ευεργετικές επιδράσεις του ήλιου, της θάλασσας και του εύκρατου κλίματος στην υγεία τους.
7. Οι ΤΟ ενεργούν στην Ελλάδα μέσω ταξιδιωτικών πρακτόρων και Domestic Management Organization-DMO προκειμένου να διασφαλίσουν την απαιτούμενη ποιότητα. Ωστόσο, οι κρατήσεις από το διαδίκτυο έχουν αλλάξει το τοπίο για την προώθηση του τουρισμού στη χώρα μας, συμπεριλαμβανομένου του τουρισμού τρίτης ηλικίας.
8. Ορισμένα ξενοδοχεία έχουν μερικά δωμάτια ειδικά διαμορφωμένα για τους ηλικιωμένους πελάτες, τα οποία όμως δεν έχουν ιδιαίτερη ζήτηση.
9. Υπάρχουν και περιπτώσεις ΤΟ που καθορίζουν στα 40 έτη το όριο ηλικίας για λόγους ασφάλειας ταξιδιού στα πακέτα που προσφέρουν αντί για τα 50 έτη που συνηθίζεται.
10. Η έλλειψη εξειδικευμένων προϊόντων και υπηρεσιών τουρισμού τρίτης ηλικίας δεν επιτρέπει την προσέλκυση ενός δυνητικού μεγάλου αριθμού τουριστών τρίτης ηλικίας, για τους οποίους η Ελλάδα θα μπορούσε να δημιουργήσει αποφασιστικό brand σε συνδυασμό και με τις πολλές ιαματικές πηγές που διαθέτει.
11. Η έλλειψη οργανωμένης προσφοράς τουρισμού τρίτης ηλικίας δεν επιτρέπει σε μεμονωμένες πρωτοβουλίες που γίνονται, να εξασφαλίσουν αναπτυξιακή προοπτική.
12. Το προϊόν τουρισμού τρίτης ηλικίας, σε όποιο μικρό βαθμό υπάρχει, σχεδιάζεται από τον ιδιωτικό τομέα και όχι από τον κρατικό ή ευρύτερα

δημόσιο (ΟΤΑ). Ο σχεδιασμός από τον ιδιωτικό τομέα αφορά πρωτίστως εμπορικές συμφωνίες μεταξύ ξενοδόχων και τουριστικών πρακτόρων για την προσφορά προϊόντων ήπιου τουρισμού ή θεματικού τουρισμού προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες της τρίτης ηλικίας.

#### **1.3.2.4. Ενδεικτικές πρωτοβουλίες ενίσχυσης του τουρισμού τρίτης ηλικίας**

- Στην Κρήτη, έξι ξενοδοχεία σε πρώτη φάση, στην Αμμουδάρα Μαλεβιζίου, στο Ρέθυμνο, στη Γεωργιούπολη και στα Μάλια, παρέμειναν ανοικτά και τον χειμώνα του 2018 για να υποδεχθούν τους περίπου 50.000 τουρίστες, κυρίως συνταξιούχους Γερμανικών Ταμείων με πτήσεις της Aegean Airlines από τη Γερμανία. Πρόκειται για άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία έρχονται με φθηνά πακέτα και παραμένουν για τις διακοπές τους για μια εβδομάδα σε ξενοδοχεία τεσσάρων και πέντε αστέρων. Η διοργανώτρια εταιρία των πακέτων αυτών είναι γερμανική τουρκικών συμφερόντων.
- Care Tourism Rhodes: Αποτελεί πιλοτικό πρόγραμμα τουρισμού υγείας για άτομα τρίτης ηλικίας στη Ρόδο, που τέθηκε σε εφαρμογή πιλοτικά το 2014 και αφορούσε τους ηλικιωμένους ανθρώπους με ιατρικά προβλήματα (αλτσχάιμερ, άνοια, κινητικά προβλήματα). Στην έναρξή του συμμετείχαν 15 Γερμανοί τουρίστες, που εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνοδευόμενοι από έξι νοσηλευτές και δύο γιατρούς. Στην υλοποίηση του προγράμματος συνεργάστηκαν η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, το Νοσοκομείο Ρόδου και η Σχολή βοηθών νοσηλευτών Ρόδου. Ουσιαστικά, πρόκειται για νέα μορφή τουρισμού που στόχευσε στη διευκόλυνση ατόμων τρίτης ηλικίας με προβλήματα υγείας, αλλά και στους συγγενείς τους, να κάνουν διακοπές και να έχουν συγχρόνως την ιατρική φροντίδα που χρειάζονται. Η Ελλάδα και ειδικότερα η Ρόδος, διαθέτουν ενδεδειγμένο κλίμα τον περισσότερο χρόνο, το οποίο λειτουργεί ευεργετικά για την υγεία των τουριστών/κατοίκων, όπως για παράδειγμα σε άτομα με αναπνευστικά προβλήματα. Αξίζει να τονισθεί ότι το 2016 σημειώθηκε αύξηση των αφίξεων ατόμων της τρίτης ηλικίας με ιατρικά προβλήματα στη Ρόδο και έχουν γίνει συγκεκριμένες ενέργειες προσέλκυσης τουριστών τρίτης ηλικίας από τη Σουηδία και γενικότερα τη βόρεια Ευρώπη, όπως η συμμετοχή στη διεθνή τουριστική έκθεση «Senior 2016», στη Στοκχόλμη.
- Ένα συνδυαστικό προσφερόμενο πακέτο υπηρεσιών που περιλαμβάνει τουριστικές και ιατρικές – αποθεραπευτικές υπηρεσίες είναι αυτό που σχεδιάζει να παρέχει η τουριστική μονάδα για καρκινοπαθείς στην παραλιακή περιοχή «Άμαρτος» της Κρητηνίας στη Ρόδο, όπου πρόκειται να κατασκευαστεί πρότυπη μονάδα αποθεραπείας καρκινοπαθών μετεγχειρητικού σταδίου. Πρόκειται περί ιδιωτικής επένδυσης Ισραηλινών συμφερόντων, η οποία προβλέπει την κατασκευή ξενοδοχειακής μονάδας 260 κλινών.

### 1.3.3. Έρευνα Πεδίου Στα Ελληνικά Ξενοδοχεία Για Τους Πελάτες Τρίτης Ηλικίας

#### 1.3.3.1. Εισαγωγή

Το ΙΤΕΠ (Ινστιτούτο Τουριστικών Ερευνών & Προβλέψεων) σε συνεργασία με το ΞΕΕ (Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος) πραγματοποίησε το 2013 έρευνα πεδίου με τη μέθοδο συμπλήρωσης ερωτηματολογίου.<sup>136</sup> Το ερωτηματολόγιο απεστάλη σε όλα τα ξενοδοχεία της χώρας. Υπήρξε ικανοποιητική συμμετοχή, καθώς απεστάλησαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από 610 ξενοδοχεία που αντιστοιχούν στο 7% του συνολικού αριθμού των μονάδων της χώρας. Τα ξενοδοχεία του δείγματος διαθέτουν 37.763 δωμάτια και αντιστοιχούν στο 9,1% της συνολικής εγκατεστημένης δυναμικότητας της χώρας.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πεδίου προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Τα ελληνικά ξενοδοχεία εξυπηρετούν περισσότερους ηλικιωμένους πελάτες (55+) και λιγότερους νέους (<30). Στην περίοδο υψηλής ζήτησης, το μέσο σταθμισμένο ποσοστό των ηλικιωμένων πελατών εκτιμάται από τους ίδιους τους ξενοδόχους στο 34,1%. Την ίδια περίοδο το ποσοστό των νέων ανέρχεται στο 29,4%.
- Η διαφορά καθίσταται ακόμα μεγαλύτερη σε περιόδους εκτός αιχμής, επιβεβαιώνοντας το θεωρητικό υπόδειγμα που θέλει τους ηλικιωμένους να ταξιδεύουν συχνότερα εκτός εποχής. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στις περιόδους χαμηλής ζήτησης ανέρχεται στο 46,4%, ενώ των νέων πέφτει στο 17,4%.
- Κατά την περίοδο υψηλής ζήτησης, τα μεγαλύτερα ποσοστά ηλικιωμένων πελατών καταγράφονται στα ξενοδοχεία της κεντρικής Ελλάδας (42,5%) και της Ηπείρου-Θεσσαλίας (42,9%). Τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στα ξενοδοχεία των Κυκλάδων-Δωδεκανήσου (29,9%) και των Ιονίων Νήσων (31%). Τα αποτελέσματα κρίνονται αναμενόμενα, δεδομένου ότι στην Περιφέρεια της κεντρικής Ελλάδας που περιλαμβάνει και την Εύβοια υπάρχουν οι περισσότερες λουτροπόλεις της χώρας. Σε αυτές είναι εγκατεστημένος μεγάλος αριθμός μικρών ξενοδοχειακών μονάδων, που εξειδικεύονται στη φιλοξενία ηλικιωμένων ατόμων μέσου και χαμηλού εισοδήματος.
- Από τις υπόλοιπες περιφέρειες, η Αττική, η Πελοπόννησος και το Βόρειο Αιγαίο υποδέχονται μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων (37,6%). Στην Κρήτη και τη Μακεδονία-Θράκη καταγράφεται ελαφρά χαμηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων πελατών, το οποίο προσεγγίζει το 33%.
- Το μέγεθος της ξενοδοχειακής μονάδας δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ηλικιακή σύνθεση των πελατών κατά τις περιόδους αιχμής, αν και οι ηλικιωμένοι δείχνουν προτίμηση σε μεγαλύτερες και πιο οργανωμένες μονάδες αυτή την περίοδο. Αντιθέτως, κατά τις περι-

όδους εκτός αιχμής αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό των ηλικιωμένων που επιλέγουν μεσαίες και μεγάλες μονάδες σε σύγκριση με τα μικρά οικογενειακά ξενοδοχεία.

### 1.3.3.2. Πολιτικές προσέλκυσης που εφαρμόζουν τα ελληνικά ξενοδοχεία

Περίπου το 40% των ξενοδοχείων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν ότι εφαρμόζουν ορισμένα μέτρα προσέλκυσης ηλικιωμένων πελατών. Συχνότερα προχωρούν σε προωθητικές ενέργειες τα ξενοδοχεία των υψηλών κατηγοριών.

Με ακόμα μεγαλύτερη συχνότητα πραγματοποιούν προωθητικές ενέργειες τα ξενοδοχεία που ανήκουν σε αλυσίδες. Επίσης, τα ξενοδοχεία εποχικής λειτουργίας αναλαμβάνουν συχνότερα τέτοιου είδους πρωτοβουλίες (41,5% έναντι 38,6% των συνεχούς λειτουργίας). Δεδομένου ότι η ζήτηση πέφτει κατακόρυφα στις περιόδους που λειτουργούν τα σχολεία, η προσέλκυση ηλικιωμένων θα έπρεπε να αποτελεί πρωταρχικό στόχο των ελληνικών ξενοδοχείων.

Εντούτοις, μόνο το 39,6% των τουριστικών επιχειρήσεων δηλώνει ότι εφαρμόζει κάποιας μορφής πολιτική προσέλκυσης ηλικιωμένων σε περιόδους εκτός αιχμής. Το 34,6% των ελληνικών ξενοδοχείων είναι διατεθειμένα να προσφέρουν ειδικά πακέτα τιμών σε ηλικιωμένους κατά τις περιόδους χαμηλής ζήτησης. Αντίθετα, μόνο το 9,5% φροντίζει να εντάξει στα πακέτα υπηρεσιών που προσφέρει πρόσθετες δραστηριότητες που ενδιαφέρουν τους ηλικιωμένους, όπως χοροεσπερίδες, βραδιές παραδοσιακής κουζίνας ή άλλες δημιουργικές ασχολίες.

Σε ό,τι αφορά τα υπόλοιπα μέτρα που λαμβάνουν τα ελληνικά ξενοδοχεία για να προσελκύσουν ηλικιωμένους από την έρευνα προέκυψε ότι:

- Το 60,8% δηλώνουν ότι διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή για μετακίνηση αναπηρικών αμαξιδίων στους κοινόχρηστους χώρους του ξενοδοχείου.
- Το 13,9% των ξενοδοχείων είναι διατεθειμένα να διαφοροποιούν τη σύνθεση του πρωινού και να προσαρμόσουν τα γεύματα στις απαιτήσεις των ηλικιωμένων, ακόμα και χωρίς να τους ζητηθεί κάτι ανάλογο.
- Μόνο το 6,1% των επιχειρήσεων είναι σε θέση να προσφέρει κάποια μορφή στοιχειώδους ιατρικής φροντίδας εντός των εγκαταστάσεων του ξενοδοχείου, προκειμένου να προσελκύσει μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων πελατών. Όλες οι μονάδες με τη σχετική δυνατότητα ανήκουν στις υψηλές κατηγορίες τεσσάρων και πέντε αστέρων.
- Πολύ χαμηλότερο (1,9%) είναι το ποσοστό των ξενοδοχείων που οργανώνουν προγράμματα ήπιας άθλησης για ηλικιωμένους πελάτες.
- Το 8% των επιχειρήσεων παροτρύνει τους ηλικιωμένους πελάτες να



παραστούν σε καλλιτεχνικές εκδηλώσεις ή σε τοπικές γιορτές που οργανώνουν οι αρχές της περιοχής. Πρόκειται για ανησυχητικά χαμηλό ποσοστό, διότι εκτός των άλλων αποδεικνύεται ότι οι περισσότεροι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης οργανώνουν εκδηλώσεις μόνο στη διάρκεια της θερινής περιόδου, όταν ο προορισμός φιλοξενεί μεγάλο αριθμό Ελλήνων τουριστών.

- Μόνο το 25,2% των ξενοδοχείων, που συμμετείχαν στην έρευνα, δηλώνουν πως έχουν επενδύσει σε πρόσθετο ειδικό εξοπλισμό, που είναι σε θέση να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες ηλικιωμένων και δεν επιβάλλεται από την υφιστάμενη νομοθεσία. Τα ξενοδοχεία που έχουν λάβει πρόσθετη μέριμνα για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ανήκουν συνήθως στις υψηλότερες κατηγορίες.
- Ακόμα πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι μόνο το 2,5% των ελληνικών ξενοδοχείων διαθέτουν ειδικές σελίδες στον εταιρικό τους ιστότοπο, που να απευθύνονται αποκλειστικά σε ηλικιωμένους ή άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Το 54,2% των ξενοδοχειακών επιχειρήσεων θα ήταν πρόθυμο να προσφέρει ειδικά μενού και να τροποποιήσει τη σύνθεση του πρωινού, αν του ζητούσαν κάτι τέτοιο οι ηλικιωμένοι πελάτες.
- Το 37,3% θα δεχόταν να προσφέρει κάποιες δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης που ταιριάζουν σε ηλικιωμένους, αν δεν κοστίζουν υπερβολικά.
- Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το 66,5% των ξενοδοχείων θα επιθυμούσε να εκπαιδεύσει το προσωπικό του, ώστε να κατανοεί ευκολότερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων πελατών.

Από τα προηγούμενα είναι εμφανές ότι τα ελληνικά ξενοδοχεία είναι διατεθειμένα να ενσωματώσουν υπηρεσίες, που δεν απαιτούν υψηλό κόστος αρχικής επένδυσης ή τροποποίηση των κτιριοδομικών εγκαταστάσεων. Αντίθετα, είναι πιο διστακτικοί σε επενδύσεις που απαιτούν εμφανείς παρεμβάσεις στους χώρους του ξενοδοχείου. Η μόνη δράση που δεν απαιτεί υψηλό κόστος επένδυσης και εντούτοις δεν έχει εξαπλωθεί ανάμεσα στα ελληνικά ξενοδοχεία είναι η ύπαρξη εξειδικευμένων ιστοσελίδων.

### **1.3.4. Ο Ρόλος Και Οι Δράσεις Των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

#### **1.3.4.1. Ο ρόλος των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης**

Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας, όπως επίσης και ο τουρισμός μακράς διάρκειας-παραδείμαση ατόμων τρίτης ηλικίας από άλλες χώρες στην Ελλάδα, μπορεί να συμβάλει ως μοχλός ανάπτυξης και εξέλιξης του τουριστικού προϊόντος της χώρας μας. Η βασική ευθύνη ανήκει στο υπουργείο Τουρισμού και ειδικότερα στον Ελληνικό Οργανισμό Τουρισμού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την οργάνωση, ανάπτυξη και προώθηση του τουρισμού στην Ελλάδα με την αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων της χώρας, ακολουθώντας δράσεις τουριστικής προβολής της Ελλάδας στο εσωτερικό και

το εξωτερικό, αλλά και κάθε άλλη δραστηριότητα που κρίνεται απαραίτητη για την υποστήριξη και προβολή του ελληνικού τουριστικού προϊόντος.

Ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια από το υπουργείο Τουρισμού για τον σχεδιασμό στρατηγικής για την τρίτη ηλικία, που περιλαμβάνει ένα πλέγμα πολιτικών παρεμβάσεων και ειδική επικοινωνιακή καμπάνια, τη συμμετοχή του ΕΟΤ σε θεματικές και εξειδικευμένου ενδιαφέροντος διεθνείς εκθέσεις για την προβολή των ειδικών τουριστικών προϊόντων της Ελλάδας (π.χ. τρίτης ηλικίας, περιπατητικού τουρισμού κτλ.), επιχειρησιακές δράσεις της Ελλάδας σε συνεργασία με άλλες χώρες (π.χ. με τη Ρωσία 2017-2018 με έμφαση στον τουρισμό τρίτης ηλικίας), τη στρατηγική προώθησης και προβολής του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού για τη διετία 2017-2018, και άλλες.

Εκτός από τον ρόλο του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού, η σωστή τουριστική ανάπτυξη και εξέλιξη του υπάρχοντος τουριστικού προϊόντος, προϋποθέτει τη συμμετοχή, συνεργασία και συνέργεια όλων των εμπλεκόμενων/ενδιαφερόμενων μερών και κυρίως των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ). Ως εκ τούτου, θα πρέπει να γίνονται συνεχώς προσπάθειες για αποκέντρωση του εθνικού προγραμματισμού με την ενίσχυση του ρόλου της περιφέρειας και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ενίσχυση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης μπορεί να γίνει πρώτα απ' όλα με τη συμμετοχή των ΟΤΑ στην αξιοποίηση δημοσίων εκτάσεων για τουριστική ανάπτυξη. Επίσης, ο οργανισμός «Enterprise Greece», που είναι ο εθνικός φορέας για την προσέλκυση επενδύσεων, οφείλει να παρέχει τεχνική βοήθεια στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μέσω ενημέρωσης, παροχής τεχνικών συμβουλών και εκπόνησης μελετών τουριστικής αξιοποίησης. Οι ΟΤΑ χρειάζονται εκτεταμένη τεχνική βοήθεια και υποστήριξη, καθώς και εξειδικευμένη γνώση και επενδύσεις ιδιωτικού κεφαλαίου, για να αναπτύξουν τουρισμό τρίτης ηλικίας. Η αποκέντρωση και η ενδυνάμωση της τοπικής αυτοδιοίκησης, επιπλέον, ενισχύεται με τον θεσμό των προγραμματικών συμβάσεων και την ενεργοποίηση των περιφερειακών φορέων και των έργων τους από τις Επιτροπές Τουρισμού και Τουριστικής Προβολής.

Συνεπώς, οι ΟΤΑ θα πρέπει να διαμορφώσουν στρατηγική ανάδειξης και αξιοποίησης τοπικών τουριστικών πόρων μέσα από διαδικασίες cooperative branding – μάρκετινγκ του τύπου.

#### **1.3.4.2. Οι δράσεις των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης**

Οι ΟΤΑ έχουν στη διάθεσή τους πολλαπλά εργαλεία πολιτικής και δράσης, προκειμένου να συμβάλλουν στην ενίσχυση της τουριστικής κίνησης ατόμων τρίτης ηλικίας και στη βελτίωση της ποιότητας του γενικότερου τουριστικού προϊόντος της χώρας. Για παράδειγμα τα τελευταία χρόνια ορισμένοι δήμοι

έχουν εγκαταστήσει υποδομές για αναπηρικά αμαξίδια με πρόσβαση στις παραλίες και στη θάλασσα με ράγες. Αντίθετα, στα περισσότερα αστικά κέντρα η πρόσβαση σε ηλικιωμένους ΑΜΕΑ είναι ιδιαίτερα δυσχερής.<sup>140</sup> Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις όπου εγκαθίστούν σε μουσεία, δημόσια κριτήρια και αλλού ειδικούς ανελκυστήρες για ΑΜΕΑ.

Κάποια από τα βασικότερα στοιχεία τα οποία θα πρέπει οι οργανισμοί αυτοί να ενδυναμώσουν είναι τα ακόλουθα:

- Ενίσχυση της εικόνας για την Ελλάδα ως ενός προορισμού, ο οποίος μπορεί να προσφέρει και άλλα εξειδικευμένα τουριστικά 'προϊόντα' πέρα από τις ανεπανάληπτες εμπειρίες και την ομορφιά των τοπίων, και αναφορικά με τις πολλαπλές δυνατότητες και δραστηριότητες που προσφέρονται (χειμερινός και καλοκαιρινός τουρισμός, θαλάσσιος, πολιτιστικός, κ.ά.). Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να διαμορφωθούν τα κατάλληλα προγράμματα προβολής, και διαμόρφωσης του destination brand, ειδικά για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας. Η πρωτοβουλία αυτή θα πρέπει να υλοποιηθεί με συστηματικό τρόπο, να ακολουθεί τις βασικές αρχές και κατευθύνσεις του τουριστικού μάρκετινγκ και να αφορά τις σημαντικότερες πραγματικές και δυνητικές αγορές. Η τοπική προβολή θα πρέπει να είναι πρόσφορη για την προσέλκυση των αγορών στις οποίες απευθύνονται και να ακολουθείται από την απαιτούμενη διαδικασία αξιολόγησης αποτελεσμάτων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση συμβάλει θετικά η ίδρυση ενός τοπικού φορέα ειδικού για την τουριστική προβολή (δημοτικού ή περιφερειακού), που θα μπορεί να υλοποιεί αποτελεσματικά και αποδοτικά τις προσχεδιασμένες ενέργειες ανάπτυξης, συντονισμού και προβολής.
- Στήριξη της οικονομίας της τοπικής κοινωνίας, μέσα από τη βοήθεια και την ενθάρρυνση των τοπικών επιχειρήσεων. Οι αρμόδιοι φορείς πρέπει να στρέψουν το ενδιαφέρον των καταναλωτών προς τα τοπικά προϊόντα και τις τοπικές αγορές, ενώ θα πρέπει να δίνονται κίνητρα για καινοτόμες δράσεις, καθώς και για την προώθηση της απασχόλησης στο πλαίσιο μιας ευρύτερης στρατηγικής για βιώσιμη ανάπτυξη.
- Διατήρηση και προστασία του φυσικού περιβάλλοντος κατά τον καλύτερο τρόπο, τόσο για την υγεία και την ασφάλεια του ντόπιου πληθυσμού, όσο και για την προσέλκυση τουριστών.
- Ανάδειξη των πολιτιστικών μνημείων μέσα από εκδηλώσεις σε τοπική κλίμακα, που να καθίστανται προσίτες για τα ηλικιωμένα άτομα σε όλη τη διάρκεια του χρόνου.
- Εξασφάλιση της προσβασιμότητας στα σημεία βασικού ενδιαφέροντος τόσο στους δήμους όσο και στις κοινότητες, κυρίως μέσα από την ενίσχυση των συγκοινωνιών.
- Αντιμετώπιση των περιστατικών κερδοσκοπίας σε βάρος τους τουριστών από τις κάθε είδους τουριστικές επιχειρήσεις, προκειμένου να αποτρέπεται η σπίλωση της εικόνας του τουρισμού.
- Υλοποίηση Προγραμματικών συμβάσεων με φορείς του δημόσιου τομέα, ώστε να μελετήσουν και να εκτελέσουν έργα ή προγράμματα

ανάπτυξης μιας περιοχής ή παροχής υπηρεσιών. Στις συμβάσεις αυτές μπορούν να συμμετέχουν τόσο επιχειρήσεις Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όσο και σύνδεσμοι δήμων και κοινοτήτων, συνεταιρισμών, επιμελητηρίων και επιστημονικών φορέων δημοσίου δικαίου.

- Αξιοποίηση των Δημοτικών Επιτροπών Τουρισμού και των Επιτροπών Τουριστικής Προβολής, ώστε να υποβοηθήσουν το έργο των αρμόδιων φορέων για την τουριστική ανάπτυξη της χώρας, αλλά και για να εξειδικεύσουν το πρόγραμμα τουριστικής ανάπτυξης και προβολής σε επίπεδο δήμου, ώστε να ανταποκριθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στη βελτίωση και στην αξιοποίηση των τουριστικών υπηρεσιών και στην προβολή των τουριστικών εκδηλώσεων του δήμου.
- Δημιουργία ενός ολοκληρωμένου DMO, που να συντονίζει τις υπηρεσίες και τις δράσεις του τουρισμού τρίτης ηλικίας για τον παραθεριστικό τουρισμό, την περιβαλλοντική προστασία, τη θρησκευτική πίστη, την αναψυχή, τον πολιτισμό, τη βελτίωση της ποιότητας παροχών. Τοποθετώντας όλες αυτές τις πληροφορίες σε ένα κεντρικό κόμβο τύπου DMO, οι παράγοντες και πάροχοι του προορισμού διευκολύνουν κάθε ενδιαφερόμενο να μάθει για την τουριστική αξία του τουρισμού τρίτης ηλικίας στον τόπο αυτό, αλλά και για να βελτιώσουν την ποιότητα των παροχών με τη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης.
- Αναζήτηση του αφηγήματος του Τόπου και των πρεσβευτών του, γιατί στους περισσότερους προορισμούς η δύναμη της εμπειρίας προέρχεται συνήθως από τους ανθρώπους που έχουν ήδη ζήσει στον τόπο και μιλούν γι' αυτόν. Μια τέτοια πρωτοβουλία αποτέλεσαν τα άρθρα της *Καθημερινής* από καλλιτέχνες περιοχών, με ελκυστικό και βιωματικό αφήγημα.<sup>8</sup> Το αφήγημα θα πρέπει να ωριμάσει ιδίως στα κοινωνικά μέσα. Το όφελος των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης είναι η δυνατότητα να διαδοθούν οι πληροφορίες πιο εύκολα σε πολύ μεγάλο εύρος καταναλωτών. Ένα τέτοιο παράδειγμα αφηγήματος από τους ανθρώπους που το ζουν και όχι μόνο από επαγγελματίες, είναι το [www.georgiastartshere.com](http://www.georgiastartshere.com),<sup>9</sup> όπου οι επισκέπτες μοιράζονται τη θετική τους εμπειρία με ακόμη περισσότερους ανθρώπους. Επίσης, είναι μια καλή πρακτική κοινωνικής ενσωμάτωσης και απασχόλησης των νέων σε κάθε προορισμό, καθώς και για τον συντονισμό των παρόχων και την ενδεχόμενη επένδυση τους στον τουρισμό τρίτης ηλικίας, όπως μετατροπές στα ξενοδοχεία, αγορά κατάλληλων μεταφορικών μέσων, προβολή με δημιουργία των πακέτων προώθησης.
- Δημιουργία θεματικών προϊόντων με όμορους Δήμους, γιατί το σύνθετο προϊόν, που απαιτεί ο τουρισμός τρίτης ηλικίας, σημαίνει σχεδόν πάντα συνεργασία παρόχων. Λίγοι είναι οι Δήμοι σήμερα που μπορούν να κάνουν καθετοποιημένη ανάπτυξη προϊόντος τουρισμού τρίτης ηλικίας, διότι αφενός η επένδυση είναι μεγάλη και αφετέρου χρειάζονται ειδική στην οργάνωση και προώθηση του.
- Διάχυση καλών πρακτικών μέσα από τα υπάρχοντα δίκτυα σε ό,τι αφορά διάφορα επιτυχημένα παραδείγματα δημοτικών επιχειρήσεων με το κατάλληλο μείγμα. Η εμπειρία της δημοτικής επιχείρησης είναι πολύ σημαντική, διότι συμβάλλει στην αύξηση του τοπικού εισοδήματος από

την ανάπτυξη δημοσίων αγαθών, με διάφορους τρόπους, όπως με τη δημιουργία ΣΔΙΤ σε διαδημοτικό επίπεδο ελεγχόμενων από τους ΟΤΑ, με τον τουρισμό τρίτης ηλικίας σε πρωταρχικό ρόλο.

### 1.3.4.3. Οι δυνατότητες των περιφερειών – στρατηγική ανάπτυξη τουρισμού τρίτης ηλικίας

Η διασύνδεση της εθνικής στρατηγικής για τον ελληνικό τουρισμό του υπουργείου Τουρισμού με τις 13 Περιφέρειες της χώρας, πρέπει να αποτελέσει τον κινητήριο μοχλό για το ελληνικό τουριστικό προϊόν και πιο συγκεκριμένα για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας.

Η εθνική στρατηγική του υπουργείου Τουρισμού θα πρέπει να αποσκοπεί στην ανάδειξη της Ελλάδας σε κορυφαίο, ασφαλή προορισμό 365 ημέρες το χρόνο, που θα προσφέρει μοναδικές και ολοκληρωμένες ταξιδιωτικές εμπειρίες σε κάθε προορισμό, ειδικά για τον πληθυσμό-στόχο των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι Περιφέρειες διαθέτουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση ενιαίας εθνικής τουριστικής ταυτότητας της χώρας, με στοχευμένη στρατηγική επικοινωνίας και προώθησης-προβολής. Θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε Περιφέρεια διαθέτει τα δικά της τουριστικά προϊόντα, στα οποία οφείλει να δίνει προτεραιότητα. Επιπρόσθετα, οι περιφέρειες δύνανται να παρέχουν συγκεκριμένες προτάσεις, με στόχο τη βιώσιμη τουριστική ανάπτυξη όλο το χρόνο και με οφέλη που μπορούν να διαχυθούν στους προορισμούς και τις τοπικές κοινωνίες σε κάθε Περιφέρεια.<sup>141</sup>

Συνοψίζοντας, τα βασικά βήματα για μια στρατηγική ανάπτυξης τουρισμού τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα είναι:

- Στόχευση αγοράς – segmentation τουρισμού τρίτης ηλικίας.
- Ανάπτυξη του μείγματος γηριατρικού ή/και ιαματικού τουρισμού με υπηρεσίες αποκατάστασης υγείας και θεραπείας χρόνιων παθήσεων, τουρισμού αναψυχής αλλά και παραχείμασης, από δέσμη ειδικών συμβούλων.
- Εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη δημιουργία διαδημοτικών, διαπεριφερειακών πόλων ανάπτυξης των παραπάνω προϊόντων, όχι απλά εντοπισμός πόρων αλλά εκδήλωση ενδιαφέροντος από τους τοπικούς παράγοντες.
- Δημιουργία cluster σε κάθε προορισμό που επιθυμεί να κάνει συνολικό branding της περιοχής ως προορισμό τουρισμού τρίτης ηλικίας.
- Place/Destination Branding & Μαρκετινγκ – δημιουργία αφηγήματος και ωρίμαση σε κάθε προορισμό.
- Δημιουργία και στελέχωση DMO που θα διαχειρίζεται τον τουρισμό τρίτης ηλικίας σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο.
- Δημιουργία επιχειρηματικών σχεδίων και επενδυτικών σχεδίων και στόχευση pitching ιδιωτικού κεφαλαίου και θεσμικών επενδυτών.

---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

# Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής - Δευτερεύουσα Κατοικία



2

## 2.1. Η Ζήτηση Διεθνώς

### 2.1.1. Τα Τμήματα Του Ενδιαφερόμενου Πληθυσμού

Ο τουρισμός μακράς διάρκειας παραμονής (long-stay tourism) συνδέεται στενά με την τρίτη ηλικία και συχνά ταυτίζεται με την αγορά ή μακροχρόνια ενοικίαση κατοικίας από συνταξιούχους σε μια ξένη χώρα. Σε καμιά περίπτωση ο εκάστοτε ηλικιωμένος συνταξιούχος δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μετανάστης διότι δεν αναζητά εργασία όσο διαμένει στον προορισμό και τα εισοδήματά του προέρχονται από τη χώρα καταγωγής του, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους υπόλοιπους αλλοδαπούς τουρίστες.

Ειδικά στην Ευρώπη (κατά κύριο λόγο στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες του βορρά) υπάρχουν αρκετοί πολίτες που σχεδιάζουν να ζήσουν ως συνταξιούχοι σε μια παραθεριστική κατοικία στη μεσογειακή ηλιόλουστη ζώνη της νότιας Ευρώπης. Έχουν συνδυάσει αυτές τις περιοχές με ξεκούραση, αναζωογόνηση και αναψυχή και θεωρούν ότι η μετακίνησή τους μετά τη συνταξιοδότηση σε μια κατοικία μακριά από την περιοχή που έζησαν ως εργαζόμενοι, θα τους απαλλάξει από ανεπιθύμητες κοινωνικές υποχρεώσεις που κοστίζουν πολύ σε χρόνο και χρήμα καθότι θα ζουν μεταξύ αγνώστων και το μοναδικό τους μέλημα θα είναι το να περάσουν ευχάριστα και να φροντίσουν καλύτερα τον εαυτό τους.

Τα πλεονεκτήματα είναι μεγαλύτερα για τους ηλικιωμένους που κατάγονται από τις βόρειες χώρες με ψυχρούς χειμώνες. Η παρακείμεση σε περιοχές με θερμότερο κλίμα τους παρέχει τη δυνατότητα να βγαίνουν συχνότερα έξω από το σπίτι τους. Η μεγαλύτερη κινητικότητα συνεπάγεται περισσότερη φυσική άσκηση, γεγονός που βελτιώνει τη σωματική ευεξία και τους βοηθά να παραμένουν υγιείς. Εκτιμάται ότι η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου διαβίωσης θα μπορούσε να διευρύνει το προσδόκιμο ζωής τουλάχιστον κατά 2 με 3 έτη. Το γεγονός αυτό αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες που οι περισσότερες περιφέρειες της Ευρώπης, όπου καταγράφεται υψηλή αναλογία υπερηλίκων στο γενικό πληθυσμό, βρίσκονται στον Ευρωπαϊκό νότο. Στην αναλογία ατόμων που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 65-79 ετών πλειοψηφούν περιφέρειες της Γερμανίας και των Σκανδιναβικών Χωρών, ενώ στις ηλικίες άνω των 80 πλειοψηφούν περιφέρειες της Ιταλίας, Γαλλίας και Ισπανίας.

Ενώ, όμως, υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που σκέφτονται με αυτόν τον τρόπο, δεν είναι πολλοί αυτοί που το κάνουν πράξη. Αλλά και όσοι αποφασίζουν να μετατρέψουν την παραθεριστική κατοικία σε κύρια μετά τη συνταξιοδότησή τους, δεν αποξενώνονται από την περιοχή στην οποία έζησαν για το διάστημα της ζωής τους στο οποίο εργάζονταν. Συνήθως διατηρούν και εκεί μια μικρότερη κατοικία και την επισκέπτονται συχνά, ειδικά την άνοιξη και το καλοκαίρι. Στην ουσία πρόκειται για μια εποχική μετανάστευση που αποκλήθηκε “Snowbird tourism” (βλέπε «Ορισμοί»).

Ο όρος ‘Snowbirds’ είναι ένας ευρέως διαδεδομένος όρος που χρησιμοποιείται συνήθως για τους συνταξιούχους που επιθυμούν να αποφύγουν το χιόνι και τις χαμηλές θερμοκρασίες του χειμώνα στο βορρά, με αποτέλεσμα να φεύγουν κατά την περίοδο του χειμώνα σε άλλη χώρα με θερμότερο κλίμα. Επειδή, όμως, διατηρούν δεσμούς με την οικογένεια και τους φίλους τους, επανέρχονται στη χώρα προέλευσής τους, παραμένοντας εκεί το υπόλοιπο έτος. Ορισμένοι από αυτούς μπορεί να είναι ιδιοκτήτες επιχειρήσεων που έχουν ένα δεύτερο σπίτι σε μια πιο ζεστή τοποθεσία ή των οποίων η επιχείρηση μπορεί να μετακινηθεί εύκολα από τόπο σε τόπο. Πολλές οικογένειες στις Ηνωμένες Πολιτείες συχνά περνούν τις διακοπές των Χριστουγέννων (έως 2 εβδομάδες) σε παραλιακά θέρετρα στη Φλόριντα και την Καλιφόρνια. Υπάρχει μία μερίδα ανθρώπων που πάσχουν από εποχιακή ‘συναισθηματική διαταραχή’ και επιθυμούν να απολαύσουν τις μεγαλύτερες ώρες της ημέρας και το καλύτερο και θερμότερο κλίμα στις νοτιότερες περιοχές τον χειμώνα.<sup>142,143</sup>

Από τη στιγμή που ο τουρίστας μακράς παραμονής δεν διαμένει συνήθως σε ξενοδοχείο, αλλά σε κάποια κατοικία που συχνά είναι ιδιόκτητη ή ενοικιασμένη, δεν λειτουργεί ως καταναλωτής ταξιδιωτικής εμπειρίας με την κλασική έννοια του όρου. Η παραμονή του στον προορισμό προσιδιάζει περισσότερο με αυτή του μόνιμου κατοίκου. Επιδιώκει να δημιουργήσει επαφές με τον τοπικό πληθυσμό και να συμπεριφερθεί ως μέλος της τοπικής κοινωνίας. Παράλληλα, επιστρέφει συχνά στη χώρα καταγωγής του για να επισκεφθεί συγγενείς και φίλους ή να διεκπεραιώσει προσωπικές του υποθέσεις.<sup>144,145</sup>

## 2.1.2. Κριτήρια Και Μέσα Επιλογής

### 2.1.2.1. Εισαγωγή

Οι ηλικιωμένοι, λίγο πριν από τη συνταξιοδότησή τους, εισέρχονται σε μια νέα φάση του οικογενειακού κύκλου ζωής. Μετά τη συνταξιοδότηση οι αλλαγές στην καθημερινή ζωή γίνονται ακόμα πιο εμφανείς. Η ευχέρεια μετακίνησης προς τον τόπο της εργασίας δεν αποτελεί πλέον ουσιαστικό κριτήριο για την επιλογή του τόπου μόνιμης εγκατάστασης. Αν το γεγονός αυτό συνδυαστεί με τις αλλαγές που επιφέρει στις οικιστικές ανάγκες η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογενειακή εστία, καθίσταται προ-



φανές ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερα σπίτια σε διαφορετική τοποθεσία.

Ειδικά για τους Ευρωπαίους πολίτες μετά τη συνταξιοδότησή τους εκτιμάται ότι την προσεχή εικοσαετία θα εκδηλωθεί ζήτηση για 2,7 εκατ. παραθεριστικές κατοικίες στον ευρωπαϊκό νότο (η εκτίμηση δεν αναφέρεται σε νέες κατοικίες που απαιτείται να κατασκευαστούν).<sup>5</sup>

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ένα μέρος αυτού του πληθυσμού επιλέγει να μετακινηθεί σε κάποια άλλη περιοχή/χώρα, η οποία τηρεί συγκεκριμένα κριτήρια, προϋποθέσεις και χαρακτηριστικά, τα οποία αναφέρονται στο κεφ. 2.1.2.1. Οι ηλικιωμένοι επιλέγουν να περάσουν ένα μέρος του χρόνου τους σε αυτές τις δευτερεύουσες κατοικίες. Η επιλογή γίνεται με ορισμένα μέσα και τρόπους ενημέρωσης, που θα αναφερθούν στο κεφ. 2.1.2.2.

### 2.1.2.2. Κριτήρια επιλογής δευτερεύουσας κατοικίας

Με την πάροδο του χρόνου η κινητικότητα των ηλικιωμένων θα μειωθεί και η κατοικία θα πρέπει να διαθέτει διαφορετικά χαρακτηριστικά προσβασιμότητας για να καλύπτει τις νέες τους ανάγκες. Κάποια στιγμή δεν θα μπορούν να οδηγήσουν και θα τους φανεί πολύ χρήσιμο αν η μόνιμη κατοικία τους βρίσκεται σε μια περιοχή με πυκνότερα δίκτυα δημόσιων συγκοινωνιών. Οι πιο συντηρητικοί σκέπτονται ότι όταν καταστούν υπερήλικες δεν θα μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και θα χρειαστούν βοήθεια από τα νεότερα μέλη της οικογένειας. Επομένως, θα ήταν καλό να ζουν σε μια περιοχή που θα βρίσκεται κοντά στην κατοικία των παιδιών τους.

Όμως, για όσο χρόνο οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι παραμένουν υγιείς και ταυτόχρονα είναι απαλλαγμένοι από πιεστικές οικογενειακές υποχρεώσεις, μπορούν να διαμένουν σε περιοχές που διαθέτουν πιο ελκυστικό φυσικό περιβάλλον και ηπιότερο κλίμα. Σε ανάλογες περιπτώσεις, η εξοχική κατοικία μπορεί να μετατραπεί σε κύρια κατοικία για μεγάλα χρονικά διαστήματα στη διάρκεια του έτους.

Η κινητή τηλεφωνία και οι σύγχρονες ψηφιακές εφαρμογές επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να επικοινωνήσουν με τους συγγενείς τους, με τον θεράποντα ιατρό τους και τις υγειονομικές αρχές της χώρας από την οποία κατάγονται. Εφαρμογές όπως το e-banking, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και οι αναρίθμητοι ενημερωτικοί ιστότοποι, επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να μεταφέρουν σημαντικό τμήμα της καθημερινότητάς τους από την πατρίδα τους στον χώρο της νέας τους διαμονής. Κατά συνέπεια, η πρόοδος στους τομείς της νέας τεχνολογίας διευκολύνει τη μακροχρόνια παραμονή των συνταξιούχων σε περιοχές με ελκυστικό φυσικό περιβάλλον και ήπιο κλίμα.<sup>146,147,148</sup>

Οι τρεις πρώτες γενεές ηλικιωμένων τουριστών που συνυπάρχουν σήμερα, διαμορφώνουν μια σύνθετη εικόνα από την άποψη των ποιοτικών

χαρακτηριστικών και των καταναλωτικών προτιμήσεων. Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν παραπάνω, αλλά και στο κεφ. 1.1.4. αναφορικά με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τις προτιμήσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας, καθώς και αυτών της γενιάς των baby boomers, διαμορφώνονται και οι προτιμήσεις σε ό,τι έχει να κάνει με τους τόπους βραχύχρονης (τουριστικής) ή περισσότερο μακράς διαμονής τους (και παραχείμασης).

Τα κριτήρια που, ενδεικτικά, μπορεί να προσδιορίσουν την προτιμητέα χώρα παραχείμασης και τη δευτερεύουσα κατοικία, σύμφωνα με τις ειδικές συμπεριφορές και ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας, είναι τα ακόλουθα:

- Περιοχές με υψηλά ποσοστά ηλιοφάνειας και γενικά ήπιο κλίμα (πχ. χωρίς υγρασία ή έντονα καιρικά φαινόμενα) κρίνονται επιθυμητές. Το καλό κλίμα ορισμένων προορισμών είναι καθοριστικό ώστε να επιλέγονται κυρίως από τους Βορειοευρωπαίους ή από τους κατοίκους της βόρειας και κεντρικής Αμερικής. Η συχνότητα φυσικών καταστροφών, από την άλλη πλευρά, αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα.
- Το πολιτικό κλίμα στη χώρα προορισμού. Οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν περιοχές και χώρες με έντονες κοινωνικές και πολιτικές αναταραχές. Όσο μικρότερος είναι ο κοινωνικοπολιτικός κίνδυνος, τόσο πιο ελκυστικός είναι ο προορισμός.
- Οργανωμένο συγκρότημα κατοικιών για να αισθάνονται την ύπαρξη ανθρώπινης παρουσίας σε λογική απόσταση (οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να έχουν όσο το δυνατόν περισσότερους γείτονες για παρέα).
- Ο χρόνος και η ευκολία του ταξιδιού καθορίζει τη χώρα επιλογής.
- Ο τρόπος και το κόστος ζωής. Προτιμώνται χώρες με χαμηλότερο κόστος διαβίωσης και κατοικίες μικρότερης έκτασης έτσι ώστε να περιορίζονται σημαντικά τα λειτουργικά έξοδα.

### 2.1.2.3. Μέσα πληροφόρησης αναφορικά με την επιλογή

Εμπειρίες από συγγενείς/φίλους/γνωστούς (word of mouth): Ένα μερίδιο ηλικιωμένων στηρίζεται πάνω σε προηγούμενες εμπειρίες/εντυπώσεις από γνωστούς/φίλους/συγγενείς αναφορικά με μέρη/προορισμούς/χώρες κατά την επιλογή δευτερεύουσας κατοικίας-παραχείμαση.

Σύσταση από τουριστικό πράκτορα/μεσίτη σε προορισμούς: Αρκετοί είναι οι ηλικιωμένοι που καταφεύγουν στην επαγγελματική γνώμη και εμπειρία τουριστικών πρακτόρων και μεσιτών έτσι ώστε να ενημερωθούν με τις διαθέσιμες επιλογές και στο τέλος να καταλήξουν στην καλύτερη δυνατή επιλογή.

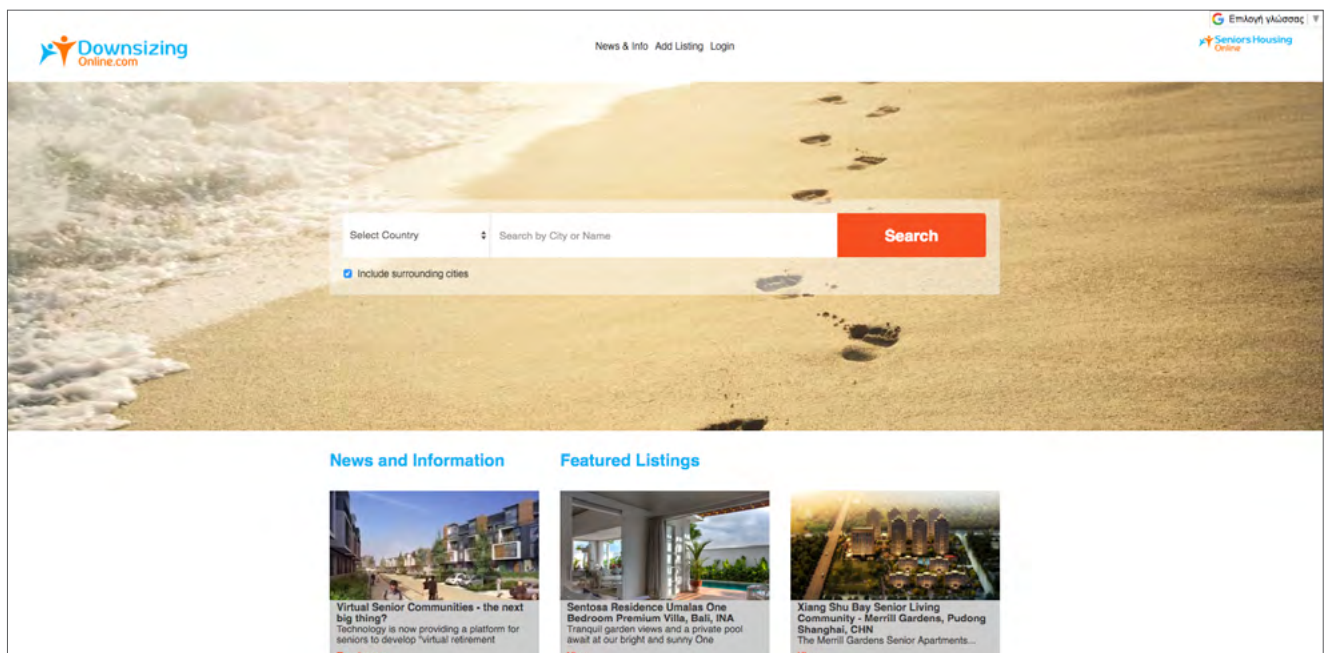
Τουριστικοί οδηγοί/περιοδικά για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας: Ορισμένοι οργανισμοί δημοσιεύουν ειδικούς οδηγούς για τα άτομα τρίτης ηλικίας, όπως για παράδειγμα, το Canadian Snowbird Association δημοσιεύει οδηγούς<sup>149</sup> και ηλεκτρονικό περιοδικό<sup>150</sup> έτσι ώστε να ενημερώνει τα άτομα τρίτης ηλικίας

ας του Καναδά για πιθανούς προορισμούς, όπως επίσης να τους ενημερώνει για συγκεκριμένα θέματα που θα χρειαστεί να είναι πληροφορημένοι.

Διαδίκτυο-πλατφόρμες ή ιστότοποι αναζήτησης δομών μακράς διαμονής τρίτης ηλικίας: Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί ορισμένες πλατφόρμες, όπως επίσης και ιστότοποι, με σκοπό τη συλλογή και παροχή πληροφορίας αναφορικά με τις προσφερόμενες δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας, αλλά και του καθεστώτος ιδιοκτησίας και υποστήριξης της διαβίωσης. Αυτές οι πλατφόρμες κατηγοριοποιούν τις δομές ανά τύπο και γεωγραφική περιοχή για να διευκολύνουν την αναζήτηση. Ενδεικτικά παραδείγματα είναι οι παρακάτω:

### Για την ευρύτερη περιοχή της Αυστραλίας/Νέας Ζηλανδίας:

#### Εικόνα 1. Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Seniors Housing Online



Πηγή: <http://www.seniorshousingonline.com.au/><sup>151</sup>

<https://uniting.org/><sup>152</sup>

<https://www.agedcareguide.com.au/retirement-villages><sup>153</sup>

<http://www.seniorlivingonline.com.au/><sup>154</sup>

<https://www.villages.com.au/><sup>155</sup>

<https://www.retirementlivingonline.com.au/><sup>156</sup>

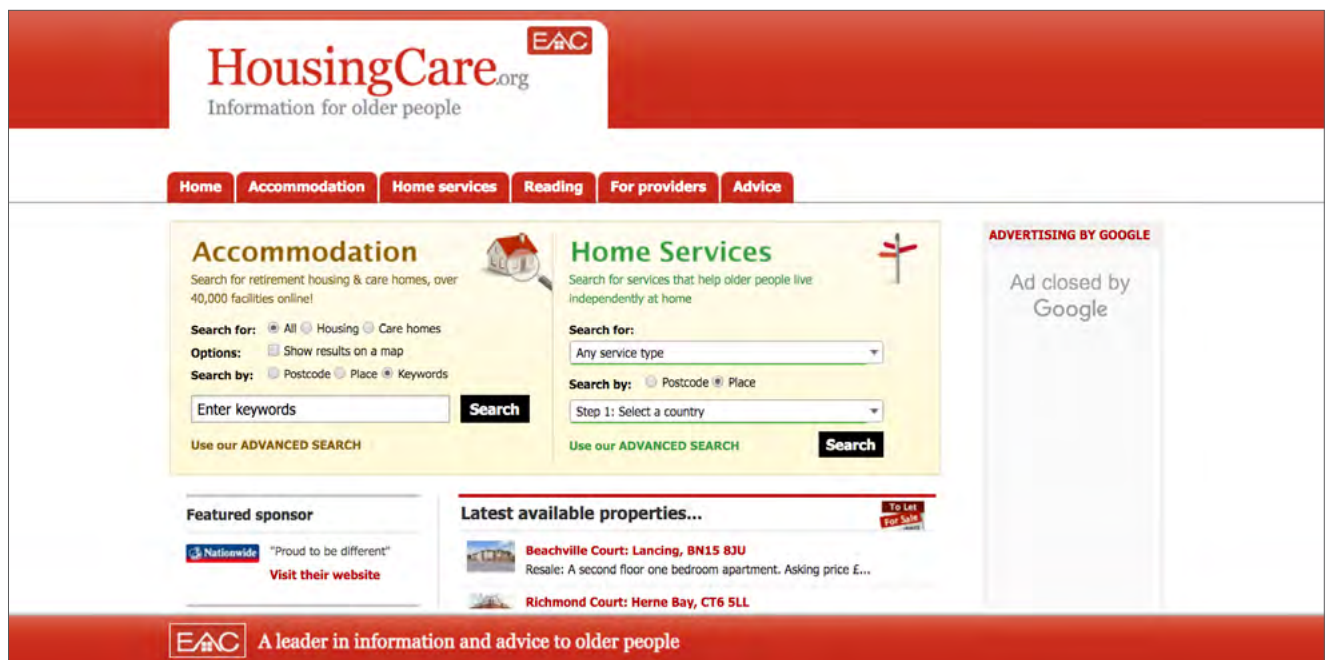
<http://www.retirementabroad.com/> (με παραπομπές που σχετίζονται περισσότερο με real estate δραστηριότητα και όχι με οργάνωση της διαβίωσης ηλικιωμένων στο εξωτερικό)<sup>157</sup>

### Ηνωμένο Βασίλειο και ευρύτερη περιοχή:

<https://www.retirementvillages.co.uk/><sup>158</sup>

<http://www.anchor.org.uk/our-properties/retirement-villages><sup>159</sup>  
<http://www.housingcare.org/index.aspx> (με πολλούς οδηγούς και βοηθήματα αναφορικά με τις διαδικασίες που ακολουθούνται για τις διαφορετικές μορφές διαβίωσης, τη χρηματοδότηση, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων εντός και εκτός χώρας κ.λπ.)<sup>160</sup>

**Εικόνα 2.** Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Housing Care Organization



Πηγή: <http://www.housingcare.org/index.aspx><sup>160</sup>

**Εικόνα 3.** Φωτογραφία Από Την Ιστοσελίδα Του Housing Care Organization



Πηγή: <http://www.housingcare.org/index.aspx><sup>160</sup>

### Για τη Νότια Αφρική:

<http://www.seniorservice.co.za/><sup>161</sup>

### 2.1.3. Διεθνείς Τάσεις

Η δυνατότητα διαμονής του συνταξιούχου σε χώρες του εξωτερικού που διαθέτουν ήπιο κλίμα και χαμηλότερο επίπεδο τιμών ξεκίνησε ως ιδέα από την Ιαπωνία και έγινε γνωστή με τον όρο “rongsutei”. Καθώς ο τουρισμός μακράς παραμονής άρχισε να προσλαμβάνει πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, προσέλκυσε το ενδιαφέρον της τουριστικής βιομηχανίας. Η Ισπανία στην Ευρώπη, η Φλόριντα, η Καλιφόρνια και το Μεξικό στην Βόρεια Αμερική και οι Φιλιππίνες, Ταϊλάνδη, Μαλαισία, Σιγκαπούρη και Πολυνησία στην νοτιοανατολική Ασία, επιχειρήσαν τα προηγούμενα χρόνια να αναπτύξουν αυτό το είδος τουριστικής δραστηριότητας συνδυάζοντάς το με την πώληση εξοχικών κατοικιών σε αλλοδαπούς.

Στην επόχή μας, που συνταξιοδοτείται η πολυπληθής γενιά των baby boomers, το συγκεκριμένο είδος τουρισμού γνωρίζει μεγάλη άνθηση σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η Γαλλία, η Ιταλία αλλά και η Ελλάδα.<sup>162,163</sup> Σε αυτήν την εξέλιξη βοήθησαν και άλλοι δύο παράγοντες:

- Η υπερπροβολή από τα διεθνή ΜΜΕ θεμάτων που σχετίζονται με ένα πιο φυσικό και υγιεινό τρόπο διαβίωσης.
- Η αδυναμία των ασφαλιστικών ταμείων στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες να διασφαλίσουν την αγοραστική δύναμη ενός συνεχώς αυξανόμενου αριθμού συνταξιούχων.

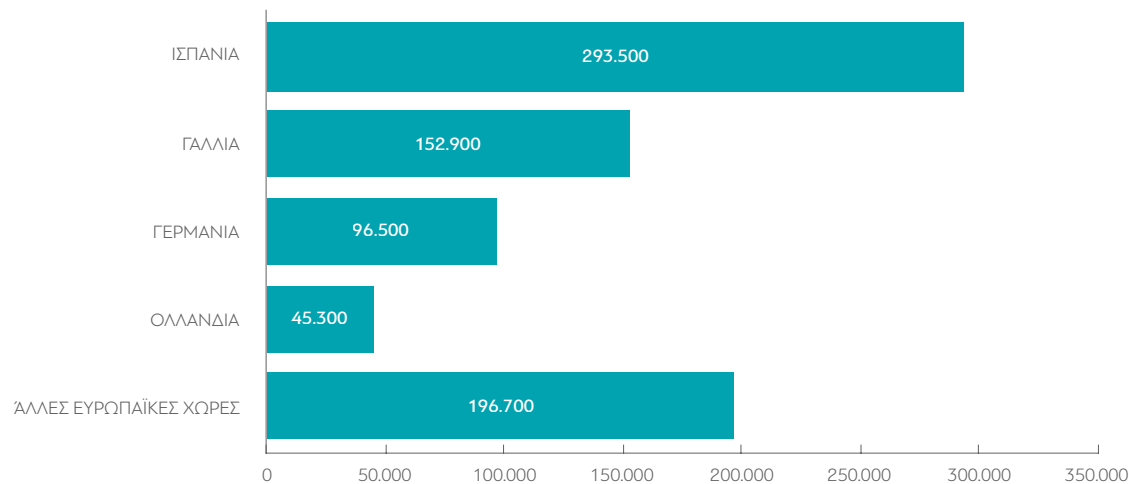
Παρακάτω ακολουθούν ενδεικτικά παραδείγματα από χώρες προσέλευσης και υποδοχής τουριστών τρίτης ηλικίας για παραχείμαση.

**Ευρώπη:** Το 7,3% των ενήλικων κατοίκων της Ευρώπης δηλώνουν πως επιθυμούν να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό μετά τη συνταξιοδότησή τους. Δεν πρόκειται φυσικά για επιθυμία που κατανέμεται ομοιόμορφα ανάμεσα σε όλες τις χώρες-μέλη. Το σχετικό ενδιαφέρον είναι σχεδόν ανύπαρκτο στις φτωχότερες χώρες της Ανατ. Ευρώπης, όπως τη Ρουμανία, την Πολωνία και τη Βουλγαρία. Επίσης, είναι πολύ περιορισμένο στις μεσογειακές χώρες με υψηλή τουριστική ανάπτυξη. Στην Ισπανία το ποσοστό είναι 1,7%, στην Πορτογαλία 2,3%, στην Ελλάδα 2,7% και στην Ιταλία και στη Γαλλία γύρω στο 4%. Οι κάτοικοι των μεσογειακών χωρών, όταν απαλλαγούν από τις εργασιακές και τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις, επιλέγουν να μετακινηθούν προς τις αγροτικές, ημιαστικές και παραθαλάσσιες περιοχές της ίδιας της χώρας τους. Αντίθετα, οι συνταξιούχοι από τη βόρεια Ευρώπη φαίνεται πως επιλέγουν συχνότερα να μεταναστεύσουν σε μια χώρα του ευρωπαϊκού νότου.

Το 15,3% των Άγγλων και το 15% των Ιρλανδών δηλώνουν ότι προτίθενται να ζήσουν ως συνταξιούχοι σε κάποια άλλη χώρα με καλύτερο κλίμα. Πολύ συχνά εκδηλώνεται αντίστοιχη επιθυμία και στις χώρες της Μπενελούξ. Το 12,4% των Βέλγων, το 13% των Λουξεμβούργιων και το 6,4% των Ολλανδών δηλώνουν ότι θα μετακομίσουν σε άλλη χώρα μετά τη συνταξιοδότησή τους. Το αντίστοιχο ποσοστό στη Γερμανία και την Αυστρία είναι 9%, στη Σουηδία 9,2% και στη Φινλανδία 6,3%.<sup>164,165</sup>

**Αγγλία:** Ο συνολικός αριθμός των Βρετανών που ζουν εκτός της χώρας τους και εντός της Ευρώπης ανέρχεται το 2018 στους 784.900. Από αυτούς, 219.300 είναι ηλικίας μεταξύ 50 και 64 ετών και 207.100 άνω των 65 ετών. Η πρώτη χώρα επιλογής είναι η Ισπανία (συνολικός αριθμός: 293.500 / άνω των 65: 119.400) και δεύτερη η Γαλλία (συνολικός αριθμός: 152.900/άνω των 65: 29.300) (Διάγραμμα 11).

**Διάγραμμα 11: Αριθμός Βρετανών Που Ζουν Εντός Της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2018)**



Πηγή: Office for National Statistics, UK

Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing_en)

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι ο αριθμός των 119.400 Βρετανών ηλικίας άνω των 65 ετών που ζουν στην Ισπανία έχει διπλασιαστεί τα τελευταία δέκα χρόνια.<sup>167,168,169</sup> Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι η πλειονότητά τους θα λάβει σύνταξη από την Ισπανία.

**Γερμανία:** Πολλοί Γερμανοί συνταξιούχοι, μετοικούν στο εξωτερικό είτε με πρωτοβουλία της οικογένειάς τους είτε από προσωπική επιθυμία, λόγω του αυξημένου κόστους των αντίστοιχων καταλυμάτων και του κόστους περίθαλψης στη Γερμανία.

- Υπάρχουν πολλοί συνταξιούχοι που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν

στο αυξανόμενο κόστος των οίκων ευγηρίας στη Γερμανία. Υπολογίζεται, ότι περί τους 400.000 συνταξιούχους δεν έχουν επαρκή οικονομική δυνατότητα ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους (2.900 με 3.400 € τον μήνα) και αυτός ο αριθμός έχει αυξητική τάση.

- Υποστελέχωση των δομών υγείας που εξυπηρετούν τις ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας: Ακόμη και προσωπικό που έχει προέλθει από χώρες εκτός Γερμανίας και απασχολούνται με χαμηλότερο μισθό στον συγκεκριμένο κλάδο, δεν είναι σε θέση να καλύψει τις δεδομένες ανάγκες περίθαλψης.

Εξαιτίας της μετοίκησης, κυρίως σε ειδικές κατοικίες στην ανατολική Ευρώπη και την Ασία, ο πληθυσμός της Γερμανίας αναμένεται να συρρικνωθεί από σχεδόν 82 εκατομμύρια σε περίπου 69 εκατομμύρια μέχρι το 2050.

Σε μελέτη του 2011 διαπιστώθηκε ότι 7.146 Γερμανοί συνταξιούχοι ζούσαν σε οίκους ευγηρίας στην Ουγγαρία. Περισσότεροι από 3.000 είχαν σταλεί σε δομές στην Τσεχία, πάνω από 600 ηλικιωμένοι στη Σλοβακία, ενώ δεν είχαν υπολογισθεί οι συνταξιούχοι που μετέβηκαν σε άλλες χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, όπως Ισπανία, Ελλάδα και Ουκρανία.<sup>169</sup>

Ειδικοί του χώρου έχουν υποστηρίξει ότι οι ηλικιωμένοι που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας μπορούν να μεταβούν σε χώρες όπως η Ουγγαρία, Φιλιππίνες, Ταϊλάνδη και Ελλάδα, καθότι το μέσο κόστος είναι περί το 1/3 – 2/3 σε σύγκριση με τη Γερμανία και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αρκετά υψηλό.

Η γερμανική κοινωνική και πολιτική συμβουλευτική ομάδα του Sozialverband Deutschland (VdK) θεωρεί ότι το γεγονός πως όλο και περισσότεροι Γερμανοί δεν ήταν σε θέση να αντέξουν οικονομικά το κόστος διαμονής σε οίκο ευγηρίας κατά τη συνταξιοδότησή τους, αποτελεί μια κρίσιμη κοινωνική πραγματικότητα που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Οι οργανισμοί που απαρτίζουν το κρατικό ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας έχουν συζητήσει ανοιχτά για το πώς μπορούν να δημιουργήσουν ένα μακροπρόθεσμο λειτουργικό οικονομικό μοντέλο αναφορικά με την μακροχρόνια φροντίδα στο εξωτερικό.

**Πορτογαλία:** Η Πορτογαλία για να προσελκύσει για μόνιμη διαμονή συνταξιούχους, αλλά και εργαζόμενους άλλων ευρωπαϊκών χωρών, προσφέρει ευνοϊκό φορολογικό καθεστώς. Όσοι ξένοι Ευρωπαίοι πολίτες μετακομίσουν στην Πορτογαλία θα φορολογηθούν με ανώτατο συντελεστή 20% για τα πρώτα δέκα χρόνια, ενώ οι ξένοι συνταξιούχοι δεν κινδυνεύουν από διπλή φορολόγηση. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε πιλοτικά το 2009 και συνεχίζεται με μεγάλη επιτυχία, προκαλώντας αντιδράσεις από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία και η Φινλανδία, αλλά και στο εσωτερικό της χώρας λόγω της υψηλής φορολόγησης των Πορτογάλων. Επιπλέον, η αυξημένη ζήτηση για ακίνητα από τους ξένους έχει οδηγήσει

ξανά στην αύξηση των τιμών σε ορισμένες περιοχές σύμφωνα με τους επικριτές του προγράμματος.

**Σιγκαπούρη:** Στη Σιγκαπούρη έχουν κατασκευαστεί οργανωμένα συγκροτήματα κατοικιών που απευθύνονται σε ηλικιωμένους, τόσο από την ίδια τη χώρα, όσο και από γειτονικές.

**Ιαπωνία:** Η Ιαπωνία είναι μία από τις πιο πυκνοκατοικημένες χώρες του κόσμου, έχει έναν από τους πιο γερασμένους πληθυσμούς και το επίπεδο τιμών (ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες) ήταν πολύ υψηλότερο από τις γειτονικές χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας και του Ειρηνικού. Η διασυνοριακή μετανάστευση συνταξιούχων κινητροδοτήθηκε στο πλαίσιο ενός προγράμματος της Κεντρικής Κυβέρνησης (Silver Columbia Plan) που ξεκίνησε το 1986 σε χώρες όπως η Μαλαισία και η Ταϊλάνδη, αλλά το πρόγραμμα εγκαταλείφθηκε λίγα χρόνια αργότερα, χωρίς να κατασκευαστεί κανένας οικισμός.

**Μαλαισία:** Μετά το 2002 αναπτύχθηκε το πρόγραμμα “Malaysia, My Second Home”. Σε πέντε χρόνια είχαν αποκτήσει ιδιόκτητη κατοικία πάνω από 11.000 συνταξιούχοι από 75 διαφορετικές χώρες, κατά κύριο λόγο από Ιαπωνία, Κίνα και Μεγ. Βρετανία. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αλλοδαποί εγκαταστάθηκαν στην περιοχή Cameron Highlands.

**ΗΠΑ:** Στις Ηνωμένες Πολιτείες συνταξιοδοτούνται καθημερινά 10.000 ηλικιωμένοι (baby boomers) και αυτή η τάση αναμένεται να συνεχιστεί για τα επόμενα 15 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 3,6 εκατομμύρια Αμερικανοί συνταξιοδοτούνται κάθε χρόνο και υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό που επιλέγει να διαμείνει στο εξωτερικό κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτό, όπως ότι η αγοραστική τους δύναμη είναι μεγαλύτερη σε κάποια άλλη χώρα, οι υψηλού επιπέδου παρεχόμενες υπηρεσίες (υγείας, υποστηρικτικές και μη), και η διαμονή τους σε ειδικές δομές με το μισό κόστος.

Παρακάτω παρουσιάζεται μια ποιοτική αξιολόγηση ορισμένων βασικών παραγόντων από τον οργανισμό Retired Brains των ΗΠΑ, η οποία βασίζεται σε δεδομένα που συλλέχθηκαν σε διάφορες χώρες (Πίνακας 8). Σύμφωνα με τη μελέτη, την υψηλότερη αξιολόγηση έχει ο Ισημερινός και ακολουθούν Παναμάς, Μεξικό, Μαλαισία, κ.ά.



**Πίνακας 8: Συγκριτική Αξιολόγηση Σε Διάφορες Χώρες (2012)**

Χώρα	Κτηματο- μεσιτικά	Ειδικά οφέλη	Κόστος διαβίωσης	Ενσωμάτωση	Ψυχαγωγία	Υγεία	Υποδομές	Κλίμα	Τελικό σκορ
Εκουαδόρ	97	98	100	95	90	85	80	83	91,1
Παναμάς	95	100	95	96	96	91	82	68	90,4
Μεξικό	94	91	88	96	96	88	75	89	89,6
Μαλαισία	94	79	95	95	96	87	91	66	87,7
Κολομβία	93	76	60	92	96	93	84	75	83,7
Νέα Ζηλανδία	87	72	69	90	93	84	86	89	83,6
Νικαράγουα	92	79	94	89	85	78	63	70	82,6
Ισπανία	79	68	78	90	93	76	94	81	82,1
Ταϊλάνδη	90	68	71	91	97	83	76	75	81,4
Ονδούρα	82	89	76	95	96	78	67	63	80,7
Ουρουγουάη	91	76	81	87	57	81	83	87	80,4
Ιταλία	69	74	60	71	98	80	90	100	80,3
Βραζιλία	81	87	68	81	99	85	69	71	80,2
Ιρλανδία	70	90	57	99	91	70	85	79	80,2
Γαλλία	68	75	57	82	100	90	88	90	80,1
Κόστα Ρίκα	88	79	65	97	94	83	74	60	80
Μπελίζ	80	84	84	100	83	82	70	57	79,9
Χιλή	90	73	77	80	93	81	84	61	79,8
Δομινικανή Δημοκρατία	93	68	60	85	89	72	75	72	76,8

Πηγή: <https://www.retiredbrains.com/retiring-abroad.html>

Επιπρόσθετα, το International Living έχει βαθμολογήσει και κατατάξει τους καλύτερους προορισμούς διαμονής συνταξιούχων στον κόσμο με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, όπως το κόστος ζωής, τα συνταξιοδοτικά οφέλη, το κλίμα, την υγειονομική περίθαλψη, κ.ά. και βάση του Annual Global Retirement Index.<sup>171</sup> Για το 2017, είχαν επιλεγεί 10 τοπ προορισμοί που αναφέρονται παρακάτω κατά σειρά προτεραιότητας, μαζί με το μηνιαίο μέσο κόστος διαβίωσης ενός ζευγαριού ηλικιωμένων:

10. Μάλτα: \$2.700
9. Πορτογαλία: \$1.700 - \$2.200
8. Νικαράγουα: \$1.500
7. Ισπανία: \$1.900 - \$2.200
6. Μαλαισία: \$2.000
5. Κολομβία: \$1.250
4. Κόστα Ρίκα: \$2.000 - \$3.000
3. Ισημερινός: \$1.500
2. Παναμά: \$1.700
1. Μεξικό: \$1.200

Αξίζει να τονισθεί ο αντίστοιχος μέσος όρος κατ' άτομο στην Ελβετία υπολογίζεται \$5.000 - \$10,000, στην Ταϊλάνδη περί τα \$3.000 και στις ΗΠΑ \$3.600 - \$5.000.

## 2.2. Η Προσφορά Διεθνώς

### 2.2.1. Η Υπάρχουσα Κατάσταση

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ζήτηση διεθνώς για δευτερεύουσα κατοικία/ παραχείμαση έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να συνεχίσει να έχει αυξητικές τάσεις λόγω των τριών γενεών (γενιά G, σιωπηλή γενιά και baby boomers), όπως επίσης λόγω του ότι πολλοί ηλικιωμένοι αποφασίζουν να μετατρέψουν την παραθεριστική κατοικία σε κύρια μετά τη συνταξιοδότησή τους. Για αυτό το λόγο, πολλοί επαγγελματίες/ τουριστικά-μεσιτικά γραφεία/ πλατφόρμες και διάφοροι ιστότοποι έχουν δημιουργηθεί και προσφέρουν πληροφορίες, υποστήριξη και βοήθεια έτσι ώστε να τους διευκολύνουν. Πιο συγκεκριμένα, η αμερικανική και канаδική αγορά έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα για αυτή τη μερίδα του πληθυσμού. Παρακάτω, αναφέρονται ενδεικτικά ιστοσελίδες ορισμένων παραδειγμάτων:

- <https://www.tripping.com/><sup>172</sup>
- <https://www.vrbo.com/><sup>173</sup>
- <http://www.snowbirdcondo.com/><sup>174</sup>
  - [FloridaSnowbird.com](http://FloridaSnowbird.com)<sup>175</sup>
  - [AlabamaSnowbird.com](http://AlabamaSnowbird.com)<sup>176</sup>
  - [MississippiSnowbird.com](http://MississippiSnowbird.com)<sup>177</sup>
  - [ArizonaSnowbird.com](http://ArizonaSnowbird.com)<sup>178</sup>
  - [GeorgiaSnowbird.com](http://GeorgiaSnowbird.com)<sup>179</sup>
  - [SouthCarolinaSnowbird.com](http://SouthCarolinaSnowbird.com)<sup>180</sup>
  - [HawaiiSnowbird.com](http://HawaiiSnowbird.com)<sup>181</sup>
  - [CaliforniaSnowbird.com](http://CaliforniaSnowbird.com)<sup>182</sup>
  - [TexasSnowbird.com](http://TexasSnowbird.com)<sup>183</sup>
  - [SnowbirdMexico.com](http://SnowbirdMexico.com)<sup>184</sup>
  - [CaribbeanSnowbird.com](http://CaribbeanSnowbird.com)<sup>185</sup>
- [http://www.snowbirdhelper.com/vacation\\_rentals.htm](http://www.snowbirdhelper.com/vacation_rentals.htm)<sup>186</sup>
- <https://www.snowbirdadvisor.ca/snowbird-real-estate-finder><sup>187</sup>

**RVers (Recreational Vehicle (RV)):** Σημαντικό μέρος της κοινότητας των 'snowbirds' αποτελείται από χρήστες οχημάτων τύπου τροχόσπιτων (RVers) για να μπορούν να ταξιδεύουν νότια το χειμώνα. Συχνά πηγαίνουν στην ίδια θέση κάθε χρόνο και συναντώνται με άλλους που κάνουν το ίδιο. Πολλά πάρκα RV χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους «RVer Friendly» και λαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους από την εισροή αυτών των

επισκεπτών. Αρκετές περιοχές στη Φλόριντα και την Αριζόνα έχουν μεγάλες κοινότητες RV που μετακινούνται εποχιακά. Παρόλο που ιστορικά η Φλόριντα και η Αριζόνα ήταν οι κορυφαίες τοποθεσίες για τους snowbird RV, άλλες νότιες πολιτείες των ΗΠΑ χαρακτηρίζονται από ραγδαία αύξηση των snowbirds που μετακινούνται εκεί για να απολαύσουν το νότιο κλίμα.

### **Δυνατότητα χρηματοδότησης κατά τη συνταξιοδότηση**

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η συνταξιοδότηση συνοδεύεται από τη λήψη ενός σημαντικού εφάπαξ οικονομικού βοηθήματος. Οι περισσότεροι αποταμιεύουν αυτά τα χρήματα προκειμένου να τα χρησιμοποιήσουν όταν θα αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας σε μεγαλύτερη ηλικία. Το 66% των Ευρωπαίων δηλώνουν ότι τα επενδύουν σε κάποια αποταμιευτικά προϊόντα ή σε πρόσθετη ασφάλεια ζωής για να είναι εύκολα ρευστοποιήσιμα στην περίπτωση που θα τα χρειαστούν όταν δεν θα μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Υπάρχει, όμως, κι ένα 22% που χρησιμοποιεί τα χρήματα του εφάπαξ για την απόκτηση κάποιου νέου ακινήτου.<sup>165</sup>

Η απόκτηση νέου ακινήτου προκρίνεται συχνότερα ως επενδυτική λύση στην Αυστρία (42%), τη Γερμανία (35%), τη Σουηδία (32%) και την Ελβετία (29%). Κατά την προσεχή εικοσαετία αναμένεται να συνταξιοδοτηθούν περίπου 120 εκατομμύρια Ευρωπαίοι. Με βάση τις επιθυμίες που εκφράζουν οι σημερινοί μεσήλικες και τη σχετική συχνότητα με την οποία αλλάζουν σπίτι μετά τη συνταξιοδότησή τους, ενδέχεται να υπάρξουν 9,12 εκατομμύρια ηλικιωμένων Ευρωπαίων που θα μεταναστεύσουν σε άλλη χώρα. Αν συνυπολογιστούν τα πληθυσμιακά δεδομένα της Ένωσης, οι περισσότεροι από αυτούς θα προέρχονται από την Αγγλία, τη Γερμανία, το Βέλγιο, την Ολλανδία, τη Σουηδία και την Ιρλανδία.

Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι η εκτίμηση αυτή δεν αναφέρεται σε νέες κατοικίες που απαιτείται να κατασκευαστούν. Είναι γνωστό ότι στα παράλια της Μεσογείου και ειδικά στην Ισπανία, υπάρχει αυτή τη στιγμή μεγάλο απόθεμα κατοικιών που διατίθενται προς πώληση. Άλλωστε, εναλλακτικά της κατασκευής νέων παραθεριστικών κατοικιών, θα μπορούσαν να πωληθούν με τη μέθοδο της χρονομεριστικής μίσθωσης υφιστάμενα συγκροτήματα ενοικιαζόμενων δωματίων και ορισμένα ξενοδοχεία χαμηλών κατηγοριών, για το χρονικό διάστημα της χειμερινής περιόδου. Τους πέντε μήνες που παραμένουν κλειστά τα ξενοδοχεία χαμηλών κατηγοριών και τους επτά που δεν λειτουργούν τα περισσότερα ενοικιαζόμενα δωμάτια, θα μπορούσαν να πωληθούν σε πολύ δελεαστικές τιμές μέσω μακροχρόνιων συμβολαίων χρονομεριστικής μίσθωσης. Ο ΕΟΤ μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά προς αυτή την κατεύθυνση, αναλαμβάνοντας την προβολή και διαφήμιση ενός προγράμματος μακροχρόνιας μίσθωσης κατοικιών στη γερμανική, ολλανδική, ιρλανδική, σκανδιναβική και αγγλική αγορά.

Τα κεφάλαια που ενδέχεται να αντλήσουν οι μικρότερες επιχειρήσεις από αυτή τη διαδικασία, θα βοηθήσουν σημαντικά στην αυτοχρηματοδότηση των αναγκαίων επενδύσεων εκσυγχρονισμού που έχουν ανάγκη. Επιπλέον, με την υιοθέτηση ενός τέτοιου μέτρου επιτυγχάνονται τα ακόλουθα:

- Αυξάνει ο αριθμός των αλλοδαπών που διαθέτουν ιδιόκτητο κατάλυμα, χωρίς να επιβαρύνεται επιπλέον πολεοδομικά και περιβαλλοντικά ο προορισμός.
- Οι νέοι ιδιοκτήτες αποτελούν τους καλύτερους πρεσβευτές του χειμερινού τουρισμού της περιοχής.
- Τμήμα της κεφαλαιακής επιβάρυνσης που προξενείται από την υποαπασχόληση του παραγωγικού δυναμικού, μεταφέρεται ενήμερη στους νέους ιδιοκτήτες.

### 2.2.2. Χαρακτηριστικά – Προϋποθέσεις – Προδιαγραφές Μονάδων

Η καταλληλότητα των περιοχών προσδιορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- Να μην είναι σε ερημική τοποθεσία, καθώς οι ηλικιωμένοι θέλουν να αισθάνονται την ύπαρξη ανθρώπινης παρουσίας σε μικρή απόσταση –παρουσία ‘γειτονιάς’ έτσι ώστε να έχουν παρέα.
- Δυνατότητα γλωσσικής επικοινωνίας και ύπαρξη συγγενούς κουλτούρας.
- Καλές δημόσιες υποδομές και οργανωμένο δίκτυο συγκοινωνίας (πχ. ΜΜΜ) που θα εξασφαλίζει τη σύνδεση με το κέντρο της πόλης σε καθημερινή βάση.
- Προσβάσιμοι σταθμοί εισόδου (αεροδρόμια, λιμάνια, εθνικές οδοί), κλειστοί σταθμοί μετεπιβίβασης.
- Εύρος ασφαλιστικών καλύψεων και διεθνών συνεργασιών.
- Ποιότητα δικτύων κινητής επικοινωνίας.
- Πρόσβαση στα αρχαιολογικά και λοιπά πολιτιστικά ή φυσικά αξιοθέατα (προσβάσιμες παραλίες, επαρκής σκίαση, αποδυτήρια, προσβάσιμα φυσικά αξιοθέατα, εθνικοί δρυμοί, πάρκα, παραποτάμιες και παραλίμνιες διαδρομές).
- Εύκολη πρόσβαση του τουρίστα μακράς παραμονής σε αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας και ειδικά σε αυτές που ζητούνται συχνότερα από τα άτομα της τρίτης ηλικίας.
- Πυκνό δίκτυο πεζοδρόμων ικανών να εξυπηρετούν άτομα με σωματική αναπηρία, επαρκής φωτισμός και επαρκείς διαβάσεις πεζών με ορθή σήμανση και νηπτική προειδοποίηση.
- Ύπαρξη κοινού νομίσματος συναλλαγής.
- Καλές καιρικές συνθήκες, γιατί επηρεάζουν σημαντικά την ταξιδιωτική, ψυχική συμπεριφορά και διάθεση των ηλικιωμένων, γι’ αυτό και επιλέγουν χώρες με πιο ήπιες και καλές καιρικές συνθήκες.
- Παροχή κατάλληλων και επιθυμητών διατροφικών προϊόντων στην περιοχή παραχείμασης.

- Υπηρεσίες ήπιας άσκησης.
- Δυνατότητα διαδικτυακής έκδοσης εισιτηρίων.
- Έγκαιρη ανακοίνωση προγραμμάτων καλλιτεχνικών εκδηλώσεων.
- Κατανοητές και ευανάγνωστες πινακίδες.
- Αποτελεσματικές πολιτικές αποτροπής του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων.
- Πρόσβαση στα δημόσια συστήματα πληροφόρησης και ενθάρρυνση δημιουργίας, συγκέντρωσης ή και απλής καταχώρησης ειδικών πληροφοριών.
- Διεξαγωγή συγκεντρώσεων και κοινωνικών εκδηλώσεων (με την παρουσία ομοεθνών κατά προτίμηση).
- Δημιουργία οργανωμένων συγκροτημάτων με εξασφαλισμένη τη συνεχή φύλαξη (έτσι ώστε να υπάρχει κάποιος στον οποίο μπορούν να απευθυνθούν όταν παραστεί ανάγκη ή να ζητήσουν βοήθεια).
- Διαθεσιμότητα προσωπικού που με λίγα επιπλέον χρήματα θα φροντίσει για την ασφάλεια του σπιτιού ή τον κήπο, για όσο χρονικό διάστημα διαμένουν στην πατρίδα τους.
- Site για δυνατότητες εξυπηρέτησης ατόμων με κινητικά προβλήματα, προβλήματα όρασης, ακοής κλπ.
- Site για το πού μπορούν να εξυπηρετηθούν πάσχοντες από χρόνιες ή ανίατες ασθένειες και όσοι χρειάζονται ειδικά διαιτολόγια.

### 2.2.3. Δομές-Οργάνωση-Λειτουργία

#### 2.2.3.1. Μοντέλα - μονάδες οικιακής φροντίδας

##### **Κατοικίες ηλικιωμένων-γενικές κατοικίες (Senior housing - general housing)**

Δεν υπάρχουν εξειδικευμένες παροχές, ο συνολικός διαθέσιμος χώρος είναι μικρός με λίγα υπνοδωμάτια.<sup>188,189,190</sup> Πολλοί από τους θαμώνες έχουν κήπο αλλά όχι την ευθύνη φροντίδας του.<sup>191,192,193</sup>

##### **Κατοικίες ηλικιωμένων- συγκατοίκηση (senior housing – co-housing)**

Στο πλαίσιο της συστέγασης, μια ομάδα ανθρώπων συναντώνται για την ανάπτυξη κοινού χώρου/σπιτιού με απώτερο σκοπό να φροντίζουν ο ένας τον άλλον.<sup>194,195,196</sup>

##### **Κατοικίες ηλικιωμένων- ξενώνες για ηλικιωμένους (Senior housing - hostels for elderly)**

Οι ξενώνες για ηλικιωμένους προσφέρουν κοινόχρηστα καταλύματα διαμονής, προγράμματα με δραστηριότητες και υποστήριξη για ηλικιωμένους που είναι ικανοί για αυτο-φροντίδα. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους ξενώνες για τους ηλικιωμένους είναι:<sup>197,198,199,200</sup>

- Διαμονή σε κοινόχρηστα δωμάτια.
- Παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας (π.χ. αξιολόγηση, παροχή

- συμβουλών, παραπομπές, προγραμματισμένες δραστηριότητες).
- Παροχή πληροφοριών για τη διευκόλυνση της καθημερινής διαβίωσης των κατοίκων.
  - Οργανωμένες δραστηριότητες σε τακτική φάση για την κάλυψη των κοινωνικών και ψυχαγωγικών αναγκών των κατοίκων, την ενθάρρυνσή τους για δραστηριότητες σύμφωνα με τα ενδιαφέροντά τους και τη διατήρηση της επαφής τους με την κοινωνία και τις οικογένειές τους.

### **Κατοικίες ηλικιωμένων- ανεξάρτητα συστήματα κατοικιών (Senior housing – independent living communities)**

Στις Ανεξάρτητες Συνταξιοδοτικές Κοινότητες Διαβίωσης, ο κάτοικος έχει πλήρη έλεγχο στις επιλογές και στα θέματα που άπτονται της ζωής του. Το άτομο πρέπει να είναι απολύτως ανεξάρτητο σε όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα στο φαγητό, την κίνηση, το ντύσιμο, την κολύμβηση, να διαθέτει νοσητική εγρήγορση, έλεγχο της εντερικής λειτουργίας και του ουροποιητικού και θα πρέπει να έχει αξιολογηθεί ως αυτόνομος- αυτοεξυπηρετούμενος. Αυτές οι κοινότητες παρέχουν ένα περιβάλλον διαβίωσης για άτομα μιας συγκεκριμένης ηλικίας, το οποίο περιλαμβάνει πολλούς τύπους στέγασης, συμπεριλαμβανομένων μονοκατοικιών, δώροφων, πολυκατοικιών, κ.ά., τα οποία είτε ενοικιάζονται είτε ανήκουν στον κάτοικο.

Στους χώρους αυτούς εφαρμόζονται κριτήρια εισόδου και εξόδου από την κοινότητα.<sup>201,202,203</sup> Επιπλέον, οι προσφερόμενες υπηρεσίες ποικίλλουν μεταξύ των Συνταξιοδοτικών Κοινοτήτων, με ορισμένες να προσφέρουν μόνο φύλαξη και πυροπροστασία και άλλες να προσφέρουν κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.<sup>204,205,206</sup>

### **Κατοικίες ηλικιωμένων – συνταξιοδοτικά χωριά (Senior housing – retirement villages)**

Τα χωριά συνταξιοδότησης σχεδιάζονται γενικά ως μεγαλύτερες επενδύσεις, με διάφορους τύπους εγκαταστάσεων και διαφορετικές χρήσεις. Σκοπός τους είναι να διαθέσουν ανεξάρτητα διαμερίσματα ή μπανγκαλόου μαζί με μια σειρά κοινωνικών, αθλητικών και ψυχαγωγικών εγκαταστάσεων και καταστημάτων λιανικής, αρκετές φορές σε συνδυασμό με υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης που μπορούν να προσαρμόζονται κάθε φορά στις ανάγκες των κατοίκων τους.

Το διευρυμένο αυτό μέγεθος των χωριών συνταξιοδότησης επιτρέπει την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών φροντίδας, οι οποίες δεν θα ήταν βιώσιμες σε μικρότερες δομές. Στο καθεστώς των χωριών συνταξιοδότησης υπάρχει η δυνατότητα για αγορά της κατοικίας, για ενοικίαση ή για συν-ιδιοκτησία ή ακόμη και για συνδυασμό των εν λόγω επιλογών. Το φάσμα των διαθέσιμων εγκαταστάσεων και υπηρεσιών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των παρόχων.

Τα χωριά συνταξιοδότησης μπορούν να θεωρηθούν ως τρόπος ενίσχυσης του φάσματος επιλογών στέγασης που διατίθενται στους ηλικιωμένους, με συνδυασμό ανεξαρτησίας και ασφάλειας, καθώς και ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και ενεργό ζωή σε όλες τις περιοχές. Δεδομένου ότι τα χωριά συνταξιοδότησης είναι σχετικά πρόσφατη εξέλιξη, ο σχεδιασμός και οι προδιαγραφές κατασκευής των ακινήτων τείνει να ανταποκρίνεται πολύ καλύτερα στις σύγχρονες προσδοκίες των ηλικιωμένων σε σχέση με τις κατοικίες που σχεδιάστηκαν και διατέθηκαν στη δεκαετία του 1960.<sup>207,208,209</sup>

Πέραν τούτου, μέσα στο 'χωριό' δημιουργείται η αίσθηση της 'κοινότητας' των συνταξιούχων, οι οποίοι διαβιούν αρμονικά και είναι αυτοεξυπηρετούμενοι. Παράλληλα, δίδεται η δυνατότητα παροχής βοήθειας από τις υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον, ενώ συχνά παρέχονται δραστηριότητες και ευκαιρίες κοινωνικοποίησης. Έτσι, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που διέπουν τη συγκεκριμένη κοινότητα, είναι:

- Άτομα σε ένα συγκεκριμένο ηλικιακό πλαίσιο.
- Οι κάτοικοι θα πρέπει να έχουν συνταξιοδοτηθεί μερικώς ή πλήρως.
- Η κοινότητα προσφέρει κοινές υπηρεσίες ή ανέσεις- διευκολύνσεις.

Επιπλέον, υπάρχουν διαφορετικοί τύποι συνταξιοδοτικών κοινοτήτων που μπορούν να επιλέξουν οι ηλικιωμένοι, όπως:

- Ανεξάρτητες κοινότητες, οι οποίες δεν προσφέρουν υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας.
- Συστέγαση, η οποία περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα κοινό γεύμα την ημέρα με άλλους κατοίκους.
- Κινητά σπίτια ή RVs για ενεργούς ενήλικες.
- Επιδοτούμενη στέγαση για ηλικιωμένους με χαμηλότερο εισόδημα.
- Κοινότητες που προσανατολίζονται στην αναψυχή ή στον τρόπο ζωής, οι οποίες περιλαμβάνουν διάφορες παροχές.
- Συνταξιοδοτικές κοινότητες συνεχιζόμενης φροντίδας.

### **Κατοικίες ηλικιωμένων – υποβοηθούμενες υπηρεσίες διαμονής (Senior housing -assisted living facilities)**

Διαφορετικά μοντέλα στέγασης με ταυτόχρονη παροχή φροντίδας διαφόρων μορφών (υποβοηθούμενη διαβίωση, πρόσθετη περίθαλψη, υψηλού επιπέδου προστατευμένη στέγαση κ.λπ.) προσφέρουν διαφορετικά πακέτα υπηρεσιών οικιακής φροντίδας και προσωπικής φροντίδας, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν από πρακτική βοήθεια και υποστήριξη στην καθημερινότητα του ατόμου, οικιακή βοήθεια, προσωπική φροντίδα, έως και νοσηλευτική φροντίδα και βοήθεια έκτακτης ανάγκης.

Οι εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης είναι κατάλληλες για άτομα που χρειάζονται λίγη ή περισσότερη βοήθεια, εφόσον επιτρέπουν στους κατοίκους να ζήσουν όσο πιο ανεξάρτητα επιθυμούν, νιώθοντας πάντοτε

ασφαλείς αναφορικά με τη δυνατότητα λήψης άμεσης βοήθειας οποτεδήποτε την χρειαστούν. Όλοι οι κάτοικοι χρησιμοποιούν κοινόχρηστους χώρους, οι οποίοι συνήθως περιλαμβάνουν σαλόνια, τραπεζαρίες, χώρους θεραπειών (υδροθεραπειών/φυσικοθεραπείας) ή χώρους πλυντηρίων.<sup>210,211</sup>

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που προσφέρονται περιλαμβάνουν τα εξής:

- Η πρακτική βοήθεια και υποστήριξη στη συνήθη καθημερινότητα αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών, καθοδήγησης και καθημερινής υποστήριξης στους κατοίκους π.χ. για εξωτερικές εργασίες, για την τακτοποίηση λογαριασμών, τον προγραμματισμό επισκέψεων σε ειδικούς κ.λπ..
- Η οικιακή βοήθεια, όπως η βοήθεια για οικιακές εργασίες και ψώνια είναι συνήθως διαθέσιμη, μερικές φορές ως μέρος του τυποποιημένου/κλειστού πακέτου υπηρεσιών, ενώ άλλες φορές χρεώνεται χωριστά ως πρόσθετο κόστος. Υπηρεσίες πλυντηρίου είναι μερικές φορές διαθέσιμες. Σε συνεργασία με εστιατόρια μπορεί να προσφέρονται υπηρεσίες παράδοσης γευμάτων κατ' οίκον.
- Οι υπηρεσίες ατομικής φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνουν βοήθεια για ατομική περιποίηση, τη σίτιση, το πλύσιμο και την τουαλέτα, καθώς και συμβουλές, ενθάρρυνση και συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρέχεται η δυνατότητα διάθεσης προσωπικού που διαμένει μόνιμα ως φροντιστής με τον ηλικιωμένο. Άλλες υπηρεσίες, όπως ιατρικής παρακολούθησης και αποκατάστασης, μπορούν να περιλαμβάνονται στις δυνατότητες της δομής.
- Οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνουν καθήκοντα που συνήθως εκτελούνται ή εποπτεύονται από νοσηλευτή εξειδικευμένο στις υπηρεσίες γηριατρικής- γεροντολογίας. Πολλές από αυτές τις δομές μπορεί να έχουν το δικό τους νοσηλευτικό προσωπικό, αν και μερικές λειτουργούν σε μικρή απόσταση από νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία μπορούν να παρέχουν ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες κατ' οίκον ή με επισκέψεις των ηλικιωμένων και μικρής διάρκειας νοσηλεία.
- Παροχή υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας. Σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται ειδικά συστήματα κλήσης για βοήθεια εντός του διαμερίσματος και οι ένοικοι μπορούν, επίσης, να επιλέξουν μεταξύ των σταθερών σημείων κλήσης και των φορητών εξαρτημάτων (π.χ. με τη μορφή κρεμαστού κοσμήματος ή ζώνης, περικαρπίου κ.λπ.). Ορισμένα από αυτά τα φορητά συστήματα μπορεί να συνδυάζονται με συστήματα τηλεϊατρικής παρακολούθησης και τηλεμετρίας χρονίως πασχόντων.

### **Κατοικίες ηλικιωμένων – κατοικίες με παρεχόμενη φροντίδα (Senior housing -residential care facilities)**

Οι μονάδες οικιακής φροντίδας αφορούν τη μακροχρόνια περίθαλψη που παρέχεται σε ενήλικες που διαμένουν σε ένα δεδομένο περιβάλλον και όχι στο σπίτι τους και προσφέρουν στέγη για άτομα που χρειάζονται προσωπική φροντίδα ή χαρακτηρίζονται από σημαντικές ιατρικές ανάγκες. Παρέχουν διαρκή ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση, εξατομικευμένη



φροντίδα σε άτομα που λόγω σωματικών, πνευματικών ή συναισθηματικών διαταραχών, δεν είναι σε θέση να ζουν ανεξάρτητα. Επιπλέον, παρέχουν βοήθεια στην καθημερινή διαβίωση, μεταφορά και ψυχαγωγία καθώς και στις καθημερινές εργασίες όπως φαγητό, μπάνιο, ντύσιμο και λήψη φαρμάκων. Οι πρόσθετες υπηρεσίες περιλαμβάνουν γεύματα, κοινωνικές δραστηριότητες, υπηρεσίες πλυντηρίου και καθαριότητας. Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:<sup>212,213,214,215,216</sup>

### **Μονάδα οικιακής φροντίδας I (RCF-I):**

Οι μονάδες οικιακής φροντίδας Τύπου I παρέχουν 24ωρη φροντίδα και διαρκή παρακολούθηση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει τη διαχείριση και τη χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια βραχυχρόνιας ασθένειας ή μετά τη νοσηλεία σε νοσοκομείο και κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας και της ανάρρωσης. Μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρονται είναι τα σπιτικά γεύματα, η ατομική υποστήριξη και προσωπική φροντίδα (όπως το μπάνιο, το ντύσιμο και η χορήγηση φαρμάκων όταν απαιτείται), όπως επίσης και μεγάλη ποικιλία κοινωνικών δραστηριοτήτων με στόχο τη συμμετοχή όλων των ενοίκων. Ορισμένες μονάδες προσφέρουν ειδικές υπηρεσίες για άτομα με άνοια (βλέπε κεφ. 3.6.3.2). Οι εγκαταστάσεις δεν θα πρέπει μόνο να είναι υπερσύγχρονες αλλά και να διαθέτουν εξαιρετικά καταρτισμένο προσωπικό. Όλες οι υπηρεσίες θα πρέπει να επικεντρώνονται στη διατήρηση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων, στην κάλυψη των ατομικών αναγκών τους και στη δημιουργία ενός ζεστού κοινωνικού και φιλικού περιβάλλοντος, όπου θα αισθάνονται την έντονη αίσθηση πως «ανήκουν» ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν τη καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.<sup>191</sup>

### **Μονάδα οικιακής φροντίδας II (RCF-II):**

Αυτό το είδος της μονάδας είναι διαθέσιμο όταν ένα άτομο χρειάζεται πρόσθετες υπηρεσίες, όπως η επίβλεψη και υποστήριξη της σίτισής του, βοήθεια με την ατομική του φροντίδα και υγιεινή, τις οικιακές εργασίες, και φροντίδα κατά τη διάρκεια βραχυχρόνιας ασθένειας ή ανάρρωσης, καθώς και εποπτεία της υγειονομικής περίθαλψης από ειδικό ιατρό. Αυτός ο τύπος μονάδας έχει σχεδιαστεί για ενοίκους με μερική αυτονομία, με ικανότητα ανεξάρτητης βόδισης και μετακίνησης ή υποστηριζόμενης βόδισης με τη χρήση μέσου υποβοήθησης.

Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό είναι διαθέσιμο 24 ώρες το 24ωρο, έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να απολαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και προσοχή, διαρκώς προσαρμοζόμενη για την ικανοποίηση των γενικών και ειδικών αναγκών τους.

Οι συγκεκριμένες μονάδες παρέχουν τις ίδιες δυνατότητες και υπηρεσίες με αυτές των μονάδων οικιακής φροντίδας, αλλά προσανατολίζονται περισσότερο προς τα άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια ή περισσότερο σύνθετη νοσηλευτική φροντίδα. Ουσιαστικά, ο ένοικος λαμβάνει τα οφέλη ενός σπιτιού/κατοικίας συν την πρόσθετη νοσηλευτική φροντίδα 24/7.

Κάθε υπηρεσία πρέπει να είναι μοναδική, με τον ίδιο τρόπο που κάθε ένας από τους ενοίκους είναι μοναδικός και άρα επιβάλλεται να συμμετέχει στη διαδικασία ανάπτυξης του δικού του ατομικού σχεδίου υπηρεσιών.<sup>191</sup>

### **Κατοικίες ηλικιωμένων – κατοικία με νοσηλευτικές υπηρεσίες (Senior housing - nursing homes)**

Οι οίκοι ευγηρίας παρέχουν ένα είδος εσωτερικής συνεχούς φροντίδας. Αποτελούν τόπο κατοικίας για ανθρώπους που χρειάζονται συνεχή νοσηλευτική παρακολούθηση και έχουν σημαντικές δυσκολίες σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Το βασικό χαρακτηριστικό είναι η διαθεσιμότητα ειδικευμένων νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών 24 ώρες κάθε ημέρα και η περιοδική ιατρική παρακολούθηση. Εδώ ο ένοικος λαμβάνει πλέον την ιδιότητα του 'νοσηλευόμενου'.

Οι νοσηλευόμενοι μπορεί να είναι ηλικιωμένοι ή και νεότεροι ενήλικες με σωματικές ή νοητικές αναπηρίες. Οι νοσηλευόμενοι σε μια εξειδικευμένη μονάδα νοσοκομειακής περίθαλψης μπορούν, επίσης, να λάβουν θεραπείες αποκατάστασης μετά από κάποιο ατύχημα ή ασθένεια. Ορισμένοι οίκοι ευγηρίας βοηθούν άτομα με ειδικές ανάγκες, όπως ασθενείς με άνοια.<sup>213,217</sup>

Το επίπεδο φροντίδας που παρέχεται από τον οίκο ευγηρίας μπορεί να έχει τη μορφή ενδιάμεσης, γενικής ή εξειδικευμένης φροντίδας:

- Η ενδιάμεση φροντίδα παρέχεται σε άτομα που χρήζουν βοήθειας για καθημερινές δραστηριότητες και για ορισμένες υπηρεσίες υγείας και νοσηλευτικής παρακολούθησης, αλλά όχι για ολική και διαρκή νοσηλευτική φροντίδα. Αυτός ο τύπος περίθαλψης συνήθως ζητείται από γιατρό και παρέχεται από επαγγελματία νοσηλευτή.
- Αντίθετα, η εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε άτομα που χρειάζονται 24ωρη ιατρική παρακολούθηση, εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ή υπηρεσίες αποθεραπείας-αποκατάστασης. Συνήθως απαιτείται εντολή ιατρού για εισαγωγή σε μία τέτοιου είδους μονάδα. Επιπλέον, μερικές μονάδες προσφέρουν τριτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες.

### **Κατοικίες ηλικιωμένων – συγκροτήματα συνεχούς φροντίδας (Senior housing - continuing care communities)**

Οι Κοινότητες Συνεχιζόμενης Φροντίδας ή οι μονάδες πολλαπλών επιπέδων φροντίδας συνιστούν εναλλακτική μορφή καταλυμάτων μεταξύ των εξειδικευμένων οίκων ευγηρίας, τις εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης, τις ανεξάρτητες συνταξιοδοτικές κοινότητες διαβίωσης και τα συνταξιοδοτικά χωριά.

Οι δομές διασφαλίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο την ανεξάρτητη διαβίωση του παραλήπτη της φροντίδας, ενώ παράλληλα παρέχεται νοσηλευτική υποστήριξη οποτεδήποτε απαιτηθεί. Αυτός ο τύπος διαβίωσης

μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τα ηλικιωμένα ζευγάρια που συχνά χρειάζονται διαφορετικά επίπεδα φροντίδας και που επιθυμούν να διατηρήσουν μια στενή σχέση συμβίωσης και διαβίωσης.

Οι εγκαταστάσεις προσφέρουν πολλές υπηρεσίες, όπως κομμωτήρια, τράπεζες και βιβλιοθήκες, οργανωμένες κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, εκπαιδευτικά προγράμματα, τμήματα χειροτεχνίας, κηπουρική, υπηρεσίες μεταφοράς και υγειονομική περίθαλψη. Λόγω του γεγονότος ότι αυτές οι δραστηριότητες είναι ακριβές, το κόστος εισόδου και μηνιαίας διαμονής είναι συχνά αρκετά υψηλό. Επιπλέον, υφίστανται κριτήρια εισδοχής, όπως ελάχιστο ηλικιακό όριο, το επίπεδο της υγείας και η οικονομική ικανότητα. Οι λίστες αναμονής για τέτοιες μονάδες είναι συχνά σημαντικές και ανέρχονται σε μήνες ή ακόμα και σε λίγα χρόνια.

Η φιλοξενία ατόμων σε προχωρημένη ηλικία και με προβλήματα υγείας ενδέχεται να ενέχει κάποιες φορές ορισμένα ηθικά διλήμματα. Ιδίως όταν η διαμονή των ηλικιωμένων εκτός της χώρας τους πραγματοποιείται με πρωτοβουλία της οικογένειάς τους. Ο Markus Leser του Συνδέσμου Οίκων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ελβετία, δεν είναι πεπεισμένος ότι η αποστολή συγγενών σε ξένα περιβάλλοντα είναι δεοντολογικά ορθή επιλογή και, τελικά, κατάλληλη για το άτομο. «Το βήμα μετακίνησης από το δικό τους σπίτι σε έναν οίκο ευγηρίας είναι ήδη ένα πολύ μεγάλο βήμα, μια εξαιρετικά σοβαρή αλλαγή στη ζωή του ηλικιωμένου, πόσο μάλλον το βήμα μετάβασης από την Αγγλία ή τη Γερμανία στην Ταϊλάνδη. Μια τέτοια επιλογή μπορεί να είναι σαφώς οικονομικότερη αλλά υπάρχουν πολλές και σοβαρές προϋποθέσεις που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη».

Το γεγονός ότι η σημερινή γενιά των 40ηδων και 50ηδων διαβιούν σε συνθήκες γενικής οικονομικής κρίσης, υποστηρίζοντας ταυτόχρονα τόσο τα παιδιά τους όσο και τους ηλικιωμένους γονείς του, οδηγεί πολλούς να επιλέξουν με βασικό κριτήριο την οικονομικότερη λύση για τους ανήμπορους γονείς.<sup>203,218</sup>

### 2.2.3.2. Χρηματοδότηση

Αποδέσμευση κεφαλαίου (Equity Release): Σύμφωνα με τη γνωστή διαδικτυακή πλατφόρμα του Ηνωμένου Βασιλείου [www.housingcare.org](http://www.housingcare.org),<sup>219</sup> η αποδέσμευση κεφαλαίου είναι ένα οικονομικό εργαλείο που επιτρέπει στους ιδιοκτήτες κατοικιών να χρησιμοποιούν την αξία ή μέρος της αξίας των κατοικιών τους για να δημιουργήσουν ένα κεφάλαιο ή ένα εισόδημα, ενώ εξακολουθούν να ζουν εκεί. Υπάρχουν διάφοροι τύποι καθεστώτων αποδέσμευσης κεφαλαίου, και οι ενδιαφερόμενοι πολλές φορές λαμβάνουν ανεξάρτητες οικονομικές και νομικές συμβουλές προτού μετάσχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα. Υπάρχουν πολλοί πάροχοι τέτοιων προγραμμάτων. Κάθε δανειστής μπορεί να παρέχει διαφορετικά επιτόκια, κριτήρια δανεισμού και οφέλη για τον πελάτη, κάθε ένα από τα οποία πρέπει να

ερευνηθεί διεξοδικά για να ταιριάζει με τις ατομικές ανάγκες και δυνατότητες των πελατών.<sup>220,221,222</sup>

Στεγαστικά δάνεια, πολιτικές αναλήψεων και επιστροφή ποσών από αγορές, είναι ορισμένες από τις μορφές των οικονομικών προϊόντων που έχουν σχεδιαστεί για ηλικιωμένους ιδιοκτήτες κατοικιών, προκειμένου να διασφαλίσουν ένα κατ' αποκοπή ποσό ή ένα κανονικό πρόσθετο εισόδημα, ή μερικές φορές και τα δύο, με βάση την αξία της υφιστάμενης ιδιοκτησίας τους.<sup>223,224,225</sup>

Βασικές μορφές αποδέσμευσης κεφαλαίου υπό αυτό το καθεστώς, είναι:

- η υποθήκη με ταυτόχρονη διατήρηση της κυριότητας του ακινήτου.
- η επανεπένδυση ιδιοκτησίας, όπου οι ιδιοκτήτες πωλούν το σπίτι τους ή κατά ένα μέρος και παράλληλα διατηρούν το δικαίωμα να διαμένουν εκεί για το υπόλοιπο της ζωής τους.

### 2.2.3.3. Προσφερόμενες υπηρεσίες από μονάδες φιλοξενίας

**Στους εξωτερικούς χώρους προσφέρονται οι εξής υπηρεσίες:**

- Πινακίδα με την επωνυμία της μονάδας
- Εξωτερική στέγαστρο εισόδου
- Είσοδος / λόμπι
- Χώρος στάθμευσης αυτοκινήτων
- Γκαράζ για οχήματα ηλικιωμένων
- Χώρος για στάθμευση ποδηλάτων
- Σήμανση
- Εξωτερικοί χώροι αποθήκευσης
- Εξωτερική περιοχή για επιτραπέζια παιχνίδια
- Περιοχή BBQ
- Μικρό θέατρο
- Χώρος ιππασίας (στάβλοι)
- Κήποι
- Μίνι μάρκετ - Παντοπωλεία
- Μεγάφωνα (αναπαραγωγή μουσικής ή για ενημερωτικούς λόγους)

**Στις γειτονίες:**

- Bungalows - Δωμάτια
- Τουαλέτες (εξωτερικοί χώροι)
- Ψύκτες νερού (εξωτερικοί)
- Μικρότερες καθιστικές περιοχές - παγκάκια - μικρά τραπέζια με γκαζόν
- Αυτόματοι πωλητές με σόδα, σνακ μπαρ κ.ά.
- Αυλές / κήπος
- Χώροι φαγητού
- Ταμειακές μηχανές
- Τέντες
- Συντριβάνια

- Πεζοδρόμια και μονοπάτια φιλικά προς την τρίτη ηλικία
- Γραφείο πληροφοριών
- Περίπατοι με θέα
- Σημεία συλλογής ανακύκλωσης - Κάδοι
- Εκκλησία - Ναοί - Ειδική Περιοχή για τις θρησκευτικές ανάγκες

#### **Στους εσωτερικούς χώρους:**

- Ειδικές δομημένες αίθουσες για καλλιτεχνικές δραστηριότητες
- Τραπεζία για επιτραπέζια και παιχνίδια καρτών
- Αίθουσα ανάγνωσης - Βιβλιοθήκη δανεισμού με θέα
- Αίθουσα τηλεόρασης
- Εστιατόριο - Τραπεζαρία για όλους
- Υπνοδωμάτια
- Καφέ - Μπαρ
- Συνεδριακές αίθουσες

#### **Στους χώρους ευεξίας:**

- Γυμναστήριο
- Ντους
- Εσωτερική πισίνα- Θερμαινόμενη πισίνα
- Ειδικά σχεδιασμένα δωμάτια για την παροχή υπηρεσιών ευεξίας

#### **Στις υπηρεσίες ευεξίας περιλαμβάνονται συνήθως:**

- Διατροφή και γυμναστική
- Ρεφλεξολογία
- Μασάζ με αιθέρια έλαια
- Κομμωτήριο
- Ιατρικό Spa
- Αρωματοθεραπεία
- Αποτρίχωση
- Υπηρεσίες φροντίδας του δέρματος
- Υπηρεσίες ομορφιάς
- Υπαίθριο τζακούζι
- Σάουνα
- Ποδιατρική φροντίδα
- Συνεδρίες γιόγκα
- Βελονισμός
- Βοτανοθεραπεία
- Ομοιοπαθητική
- Άλλες παρόμοιες υπηρεσίες

#### **Στους κλινικούς και ιατρικούς χώρους:**

- Ιατρείο που στεγάζει Γενικούς Ιατρούς, Νοσηλευτές και άλλους Επαγγελματίες της Υγείας
- Αίθουσα πρώτων βοηθειών
- Περιοχή φυσιοθεραπείας

### **Στα αθλήματα:**

- Γήπεδο γκολφ - Μίνι γήπεδο γκολφ
- Γήπεδο τένις
- Γήπεδο μπάσκετ
- Πισίνα (εξωτερική)
- Τοξοβολία
- Περιοχή - όροφο κατάλληλο για τρέξιμο και ποδηλασία
- Μικρό λιμάνι/λίμνη για ψάρεμα
- Οργανωμένη παραλία με μίνι μπαρ
- Ιππασία

### **Στις καλλιτεχνικές δραστηριότητες:**

- Αγγειοπλαστική με πηλό
- Ζωγραφική
- Μαθήματα μαγειρικής (ελληνικές παραδοσιακές συνταγές)
- Άλλα μαθήματα τέχνης
- Ποίηση

### **Στα επιτραπέζια παιχνίδια:**

- Domino
- Τουρνουά σκακιού
- Bingo
- Τάβλι
- Ντάμα
- Bridge, κλπ.

### **Στις άλλες δραστηριότητες:**

- Διαλέξεις σχετικά με την αυτοσυντήρηση, την αποφυγή κινδύνων τρίτης ηλικίας, τη διατροφή και την άσκηση κλπ.
- Περίπατοι σε κοντινό βουνό/αναρρίκηση ή εξοχή
- Κηπουρική
- Μουσικές εκδηλώσεις

### **Στους διοικητικούς χώρους:**

- Χώρος προσωπικού
- Ήσυχη αίθουσα συνεντεύξεων
- Γραφεία

### **Στις περιοχές εξυπηρέτησης και υποστήριξης:**

- Χώρος εισόδου – εξυπηρέτησης
- Διάδρομοι
- Βοηθητικό δωμάτιο για τις υπηρεσίες καθαρισμού
- Κουζίνα
- Βοηθητικό δωμάτιο για ακάθαρτο ιματισμό
- Πλυντήρια ρούχων
- Χώροι αποθήκευσης

- Εγκαταστάσεις θέασης
- Γραφείο ασφαλείας
- Γραφείο τεχνίτη/τεχνικής υπηρεσίας

#### **Στις υπηρεσίες δωματίου:**

- Πρόσβαση στο Internet
- Έπιπλα φιλικά προς την ηλικία (αποφυγή αιχμηρών γωνιών)
- Διαμονή και πρωινό
- Είδη καλλωπισμού (ειδικές οδοντόκρεμες, σαμπουάν, κοντίσιονερ και σκόνη τάλκης)
- Καλωδιακή-δορυφορική ψηφιακή τηλεόραση σε κάθε δωμάτιο
- Προσωπική ασφάλεια
- Καθημερινή καθαριότητα και αλλαγή κλινοσκεπασμάτων στο δωμάτιο
- Υποαλλεργικά λευκά είδη
- Τοπίο με θέα
- Τηλεφωνική γραμμή
- Δυνατότητα επιλογής των δικών τους γευμάτων, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές και υγειονομικές πτυχές
- Ασφαλές μπάνιο-τουαλέτα (χαλάκια μπάνιου που δεν γλιστρούν, λαβές σε είδη υγιεινής, ντους και όχι μπανιέρα, κ.λπ.)
- Κουμπί κινδύνου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης
- Κουτί πρώτων βοηθειών
- Κλιματισμός
- Μίνι ψυγείο

#### **Στις υπηρεσίες στέγασης:**

- Υπηρεσίες καθαρισμού - πλυντηρίου
- Βοήθεια και επίβλεψη του κατοίκου
- Χώρος αποσκευών
- Μίνι αγορά για προσωπική παροχή
- Αίθουσα ανάγνωσης με μεταφρασμένα βιβλία σε διάφορες γλώσσες
- Αίθουσα τηλεόρασης με πολλές ταινίες DVD
- Μεταφορά από οχήματα του ξενοδοχείου ή ενοικίαση αυτοκινήτου
- Υπηρεσίες Πρόληψης Πυρκαγιάς
- Σωστός Φωτισμός
- Συστήματα επικοινωνίας
- Συστήματα Ασφαλείας
- Θέρμανση
- Κλιματισμός
- Αερισμός
- Απόρριψη αποβλήτων και αποτέφρωση

## 2.3. Η Ζήτηση Και Η Προσφορά Στην Ελλάδα

### 2.3.1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης και της ύφεσης, ο τουρισμός αποτέλεσε τον κλάδο ο οποίος αναπτύχθηκε εντυπωσιακά με σημαντικά οικονομικά οφέλη για τη χώρα. Η ζήτηση των υπηρεσιών που συνδέονται με τον τουρισμό, όπως είναι η μακρά διαμονή των συνταξιούχων και η αναζήτηση δεύτερης κατοικίας στην Ελλάδα έχει αυξανόμενη τάση. Καθοριστικό είναι το γεγονός πως τόσο η ενδοχώρα όσο και τα νησιά έχουν ενισχυθεί σημαντικά με σύγχρονες υποδομές φιλοξενίας, επικοινωνιών και μεταφορών λόγω του τουρισμού, ενώ περιφερειακά προγράμματα ενίσχυσης εξακολουθούν να σχεδιάζονται με γνώμονα τη δημιουργία δικτύων για την περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη με κάθε μέσο.

Το InterNations,<sup>226</sup> το μεγαλύτερο δίκτυο στον κόσμο για ανθρώπους που ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό, συνέλεξε στοιχεία για περισσότερους από 14.000 ερωτηθέντες από περισσότερες από 191 χώρες στην ετήσια έρευνα Expat Insider για το 2017. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας κατέταξε την Ελλάδα στους πολλά υποσχόμενους προορισμούς για τους λάτρεις της ηλιοφάνειας και του μεσογειακού κλίματος. Η Ελλάδα ανακηρύχθηκε το 2017 μεταξύ των 10 κορυφαίων ηλιόλουστων χωρών που επιλέγει κάποιος για να μετακομίσει και να ζήσει μόνιμα.

Το φαινόμενο του τουρισμού της παραχείμασης δεν παρατηρείται, όμως, αποκλειστικά σε τουριστικούς προορισμούς με μεγάλη ηλιοφάνεια καθόλη τη διάρκεια του έτους, αλλά και σε περιοχές στις οποίες ο χειμώνας είναι ηπιότερος και θερμότερος από ό,τι στις χώρες προέλευσης των τουριστών παραχείμασης.

Η πλειοψηφία των παραχειμάζοντων προέρχεται από τη Σκανδιναβία, την Αγγλία, τη Σκωτία και τη Γερμανία. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν επιλέγουν την Ελλάδα μόνο για να περάσουν ορισμένο χρονικό διάστημα, αλλά επιλέγουν να μισθώσουν/αγοράσουν αγροτόσπιτα ή κανονικές κατοικίες, τις οποίες αξιοποιούν και χρησιμοποιούν κυρίως ως εξοχικές ή δευτερεύουσες κατοικίες.



### 2.3.2. Κόστος Διαμονής Στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα [Expatinfodesk.com](http://Expatinfodesk.com)<sup>227</sup> που ειδικεύεται στις διεθνείς υπηρεσίες μετεγκατάστασης και παρέχει πλήρεις και ολοκληρωμένες πληροφορίες για δημοφιλείς πόλεις και προορισμούς σε όλο τον κόσμο, η Ελλάδα διατηρεί ένα από τα χαμηλότερα κόστη διαβίωσης στην Ευρώπη –περίπου 30% χαμηλότερα από πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες-, αλλά και ο μέσος μισθός στην Ελλάδα είναι επίσης χαμηλότερος. Τα τρόφιμα είναι φθηνότερα στην Ελλάδα, ειδικά σε νησιωτικές περιοχές όπως στη Ρόδο, όπου δεν υπάρχουν εισαγωγικοί δασμοί, γεγονός εξαιρετικά σημαντικό για το συνολικό κόστος ζωής, ειδικά για τους ηλικιωμένους.

Επιπρόσθετα, τα ποσοστά κοινωνικής ασφάλισης διατηρούνται χαμηλότερα από τον μέσο όρο της Ευρώπης, έτσι οι ηλικιωμένοι που επιλέγουν να διαμείνουν στην Ελλάδα έχουν τη δυνατότητα να ζουν με μεγαλύτερη οικονομική άνεση σε σχέση με τη χώρα τους.

Η ποιότητα και το κόστος για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής περίθαλψης είναι ένας ακόμη παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη για την επιλογή του τόπου διαμονής κατά τη συνταξιοδότηση. Το γεγονός πως η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα λιγότερο αποτελεσματικά δημόσια συστήματα υγείας και κυρίως υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους στην Ευρώπη, ενδέχεται να αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα.

Το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών των ενδιαφερόμενων δεν φαίνεται να συνιστά, πάντως, πρόβλημα διότι πέραν της διασυνοριακής ιατροφαρμακευτικής κάλυψης εντός Ευρώπης, τα υφιστάμενα πακέτα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι σε θέση να καλύψουν τους ενδιαφερόμενους συνταξιούχους για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Η πιθανότητα περαιτέρω μείωσης του κόστους ζωής στην Ελλάδα το επόμενο διάστημα, ως αποτέλεσμα του αποπληθωρισμού που προκαλείται από την οικονομική κρίση, θα ενίσχυε ακόμη περισσότερο τις δυνατότητες ανάπτυξης της μετοίκησης Ευρωπαίων ηλικιωμένων είτε για παραχείμαση είτε για μακρά διαμονή.

Ο Πίνακας 9 παραθέτει, ενδεικτικά, τις μέσες τιμές για τα κοινά αγαθά στην Αθήνα (αστικό κέντρο), τα Τρίκαλα (κωμόπολη στην κεντρική Ελλάδα) και το Ναύπλιο (δημοφιλής παράκτια πόλη). Η εν λόγω σύγκριση μπορεί να δώσει μια σαφέστερη αίσθηση του καθημερινού κόστους ζωής σε διάφορες περιοχές της χώρας.

**Πίνακας 9: Κόστος Ζωής Σε Επιλεγμένες Πόλεις Της Ελλάδας (2019)**

	ΑΘΗΝΑ	ΤΡΙΚΑΛΑ	ΝΑΥΠΛΙΟ
Ενοικίαση (διαμέρισμα ενός υπνοδωματίου στο κέντρο της πόλης)	€ 346,8	€ 400	€ 300
Ενοικίαση (διαμέρισμα με τρία υπνοδωμάτια στο κέντρο της πόλης)	€ 609,69	€ 500	€ 650
Λειτουργικά έξοδα (π.χ. ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, κτλ) για κατοικία 85 τ.μ.	€ 143,16	€ 166,67	€ 130,28
Τιμή ανά τ.μ. για αγορά διαμερίσματος στο κέντρο της πόλης	€ 1.549,1	€ 1.400	€ 2.400
Internet	€ 31,01	€ 30,91	€ 30
Γεύμα σε εστιατόριο (μεσαίας κλάσης για δύο άτομα)	€ 40	€ 29	€ 45
Εισιτήριο MMM	€ 1,4	€ 1,5	€ 1,6

Πηγή: <https://www.numbeo.com/cost-of-living/>

Δύο εξαιρετικά αξιόπιστοι ιστότοποι για τους συνταξιούχους μέσω των οποίων μπορούν να διερευνήσουν τις τωρινές τιμές και το τρέχον κόστος ζωής είναι το Numbeo.com<sup>228</sup> και Expatistan.com,<sup>229</sup> τα οποία παραθέτουν τις τρέχουσες τιμές για διάφορες ανάγκες σε μέρη ανά τον κόσμο, όπως το μέσο ποσό που πληρώνει κάποιος για ενοίκιο, ΔΕΚΟ, σούπερ μάρκετ και άλλες πάγιες ανάγκες. Οι συγκεκριμένες ιστοσελίδες επιτρέπουν τη σύγκριση του κόστους ζωής μεταξύ διαφορετικών χωρών ακόμη και διαφορετικών πόλεων. Ο εκάστοτε ηλικιωμένος θα πρέπει να κάνει σχετική έρευνά μέσω διάφορων πλατφόρμων ή ιστοσελίδων, π.χ. plan your retirement abroad,<sup>230</sup> πριν επιλέξει κάποιον προορισμό συνταξιοδότησης.

### 2.3.3. Κόστος Αγοράς Κατοικίας

Σε ό,τι αφορά το κόστος αγοράς κατοικίας, στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται ενδεικτικά το συγκριτικό κόστος ανά τετραγωνικό μέτρο για ακίνητα σε 15 ευρωπαϊκούς προορισμούς. Οι τιμές αυτές βασίζονται στο μέσο κόστος των διαμερισμάτων (δύο δωματίων, 50 έως 100 τετραγωνικών μέτρων):

**Πίνακας 10: Κόστος Ανά Τ.μ. Σε 15 Ευρωπαϊκούς Προορισμούς (2014-2015)**

Περιφερειακή Ενότητα	(2014-2015)
Αμπρούτζο, Ιταλία	\$1.015
Πούλα, Κροατία	\$1.313
Βαλέτα, Μάλτα	\$1.320
Αλγκάρβε, Πορτογαλία	\$1.345
Βουκουρέστι, Ρουμανία	\$1.432
Μπούντβα, Μαυροβούνιο	\$1.839
Αθήνα, Ελλάδα	\$2.116
Κρακοβία, Πολωνία	\$2.404
Άμστερνταμ, Ολλανδία	\$3.894
Δουβλίνο, Ζώνη 2, Ιρλανδία	\$3.975
Σάλτσμπουργκ, Αυστρία	\$4.279
Μόναχο, Γερμανία	\$4.875
Μπαρσελόνα, Ισπανία	\$5.213
Παρίσι, Γαλλία	\$14.724
Μονακό	\$38.369

Πηγή: <https://money.usnews.com/money/blogs/on-retirement/2015/07/14/15-places-to-retire-in-europe#close-modal>

Ειδικότερα για την Ελλάδα, η αγορά κατοικίας παρουσιάζει σταδιακή ανάκαμψη. Οι τιμές των ακινήτων μειώθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ από το 2008, αν και η συνεχιζόμενη πτωτική τάση φαίνεται να επιβραδύνεται, ιδίως από το 2011 και έπειτα. Σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος,<sup>232,233</sup> η αναφερόμενη πτώση των τιμών κατά 46% ήταν στην πραγματικότητα αύξηση κατά 0,3%, όταν προσαρμόστηκε αναλογικά με τον πληθωρισμό.

Ενδεικτικά, παρατίθενται ορισμένα κόστη αγοράς κατοικίας σε περιοχές της Ελλάδας:

• Μύκονος: Κατοικία με 4 υπνοδωμάτια:	750.000 €
• Θεσσαλονίκη: Κατοικία με 2 υπνοδωμάτια:	200.000 €
• Θεσσαλονίκη: Κατοικία με 3 υπνοδωμάτια:	250.000 €
• Αθήνα: Κατοικία με 2 υπνοδωμάτια:	250.000 €
• Αθήνα: Κατοικία με 4 υπνοδωμάτια:	1.000.000 €
• Κέρκυρα: Κατοικία με 5 υπνοδωμάτια:	700.000 €
• Κέρκυρα: Κατοικία με 3 υπνοδωμάτια:	95.000 €

Πηγή: Επεξεργασία των συγγραφέων με βάση στοιχεία από την Τράπεζα της Ελλάδος (2015)<sup>232</sup>

Μπορεί η δυνατότητα αγοράς σχετικά φθηνών ακινήτων να φαίνεται δελεαστική, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς την κατάσταση της ελληνικής οικονομίας. Η επένδυση στα ακίνητα εξακολουθεί να αποτελεί κίνηση αμφίβολης απόδοσης, όμως, η αγορά ακινήτων κυρίως για τους ξένους είναι σήμερα σε ορισμένες περιοχές σχετικά φθηνότερη σε σχέση με το παρελθόν.

Η αγορά ακινήτων στην Ελλάδα είναι πιο εύκολη ή προσβάσιμη για κάποιους αγοραστές σε σχέση με κάποιους άλλους, ανάλογα με τη χώρα προέλευσής τους και κατά συνέπεια με την αγοραστική τους δύναμη. Ενώ οι κάτοικοι της Ευρώπης θα αντιμετωπίσουν ελάχιστους περιορισμούς στην αγορά ακινήτων στα νησιά, οι πολίτες εκτός Ευρώπης θα πρέπει να αποδείξουν τόσο τις συνδέσεις τους με τη χώρα όσο και την πρόθεσή τους για τη χρήση και συγκεκριμένα τον τρόπο αξιοποίησης των ακινήτων. Η αίτηση αυτή υποβάλλεται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και απαιτεί την υποβολή συγκεκριμένων εγγράφων για την απόδειξη χρήσης.<sup>233</sup>

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένοι ιστότοποι που μπορεί να αναζητήσει κανείς ακίνητα και κατοικίες προς αγορά ή ενοικίαση

<https://en.spitogatos.gr/><sup>234</sup>

<http://www.hellenic-realty.com/><sup>235</sup>

<https://en.tospitimou.gr/><sup>236</sup>

<https://www.realtor.com/international/gr/p3/><sup>237</sup>

<http://www.apropertyingreece.com/><sup>238</sup>

### 2.3.4. Βήματα Για Την Επιλογή Ακινήτων-Κατοικιών

Η αγορά ακινήτου στην Ελλάδα για έναν αλλοδαπό ηλικιωμένο προϋποθέτει τα εξής βήματα:

- Επιλογή τοποθεσίας: Ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να επιλέξει προσεκτικά την τοποθεσία που θα διαμείνει κατά την παραμονή του στην Ελλάδα, έτσι ώστε να καλύπτει όλες τις ανάγκες και τις προσδοκίες του.
- Διαμεσολάβηση πράκτορα: Ο ενδιαφερόμενος ηλικιωμένος μπορεί να απευθυνθεί σε κάποιο μεσιτικό γραφείο ή σε πλατφόρμες αναζήτησης με πληροφορίες online.
- Επιλογή κατοικίας και προσφορά στον ιδιοκτήτη.
- Ανάθεση διοικητικών διαδικασιών σε δικηγόρο: Στην Ελλάδα, είναι υποχρεωτική η ανάθεση των διαδικαστικών σε δικηγόρο εάν το σπίτι πρόκειται να κοστίσει περισσότερα από 12.000 € σε αγροτικές περιοχές ή 30.000 € σε αστικές περιοχές.
- Ανάθεση σε συμβολαιογράφο: Ο συμβολαιογράφος υλοποιεί τη διαδικασία της πώλησης και αγοράς ακινήτων στην Ελλάδα και ελέγχει όλα τα σχετικά νομικά και οικονομικά έγγραφα, καθώς και τα έγγραφα/ τίτλους ιδιοκτησίας.
- Πληρωμή των φόρων: Ο αγοραστής πληρώνει για τη μεταφορά φόρου ακίνητης περιουσίας στην Ελλάδα, η οποία έχει οριστεί στο 3% από το 2014. Ο ενδιαφερόμενος ηλικιωμένος θα πρέπει να έχει ελληνικό ΑΦΜ για να προχωρήσει σε αυτή την ενέργεια, γεγονός που σημαίνει εγγραφή στο δημόσιο φορολογικό σύστημα της χώρας.

Οι συνταξιούχοι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι διακυμάνσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών μπορούν να επηρεάσουν το εισόδημά τους και οι αποφάσεις που βασίζονται σε συγκεκριμένους παράγοντες σήμερα θα μπορούσαν να διαφοροποιηθούν στα πέντε επόμενα χρόνια.

### 2.3.5. Περιοχές Που Προτιμώνται Για Απόκτηση Δευτερεύουσας Κατοικίας

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν πληθυσμό-στόχο με ένα πολυσύνθετο πλαίσιο αναγκών, απαιτήσεων και προσδοκιών που συνήθως διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους, ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, το κοινωνικό-οικονομικό και πολιτισμικό υπόβαθρο και άλλους παράγοντες.

Ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων επιθυμούν μέρη με πρόσβαση σε παραλίες ή διαμονή σε νησιωτική πόλη. Αρκετοί όμως είναι οι και ηλικιωμένοι που επιθυμούν μέρη της ηπειρωτικής Ελλάδας με την επιθυμία να επισκεφτούν και να εξερευνησουν το γραφικό, ορεινό εσωτερικό της χώρας.

Πολλοί από τους τουρίστες που επισκέπτονται την Τουρκία και την Ελλάδα, όπως αποκαλύπτουν σχετικά στοιχεία, επιστρέφουν για να αγοράσουν ακίνη-

τα, κυρίως Βρετανοί, Γάλλοι και Βέλγοι. Οι τιμές των ακινήτων είχαν μειωθεί τα τελευταία 10 χρόνια και αυτό αποτέλεσε παράγοντα προσέλκυσης για τους αγοραστές ακινήτων. Επίσης, υπάρχει χαμηλό κόστος συντήρησης και οι αποδόσεις ενοικίασης μπορεί να είναι εξαιρετικά καλές. Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη και η εθνική νομοθεσία που περιορίζει την 'υπερ-οικοδόμηση' για τη διατήρηση της φυσικής ομορφιάς των ελληνικών νησιών και άλλων παραδοσιακών περιοχών.<sup>441</sup>

Βασική παράμετρος - κριτήριο επιλογής της τοποθεσίας για τη δευτερεύουσα κατοικία είναι οι κλιματολογικές συνθήκες. Στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας παρουσιάζεται μια μεγάλη ποικιλία κλιματικών τύπων, πάντα βέβαια μέσα στο πλαίσιο του μεσογειακού κλίματος. Αυτό οφείλεται στην τοπογραφική διαμόρφωση της χώρας που έχει μεγάλες διαφορές υψομέτρου (υπάρχουν μεγάλες οροσειρές κατά μήκος της κεντρικής χώρας και άλλοι ορεινοί όγκοι) και εναλλαγή ξηράς και θάλασσας. Έτσι από το ξηρό κλίμα της Αττικής και γενικά της ανατολικής Ελλάδας μεταπίπτουμε στο υγρό της βόρειας και δυτικής Ελλάδας. Τέτοιες κλιματικές διαφορές συναντώνται ακόμη και σε τόπους που βρίσκονται σε μικρή απόσταση μεταξύ τους, πράγμα που παρουσιάζεται σε λίγες μόνο χώρες σε όλο τον κόσμο.

Συνεπώς, το ξηρό κλίμα της Αττικής και γενικά της ανατολικής Ελλάδας, μετατρέπεται σε υγρό στη βόρεια και δυτική Ελλάδα. Όσον αφορά την κλιματολογία, το έτος μπορεί να διανεμηθεί σε δύο κύριες περιόδους. Την κρύα και βροχερή περίοδο που διαρκεί από τα μέσα Οκτωβρίου έως τα τέλη Μαρτίου και τη ζεστή/μη βροχερή περίοδο που διαρκεί από τον Απρίλιο μέχρι τον Σεπτέμβριο. Κατά την πρώτη περίοδο, οι ψυχρότεροι μήνες είναι ο Ιανουάριος και ο Φεβρουάριος, με τη μέση ελάχιστη θερμοκρασία που κυμαίνεται μεταξύ 5-10°C κοντά στις ακτές και 0-5°C στις ηπειρωτικές περιοχές, με χαμηλότερες τιμές στο βόρειο τμήμα της χώρας.

Οι βροχοπτώσεις στην Ελλάδα, ακόμα και τον χειμώνα, δεν διαρκούν πολλές μέρες και ο ουρανός δεν παραμένει θολός για πολλές συνεχόμενες ημέρες, όπως συμβαίνει σε άλλες περιοχές του κόσμου. Οι έντονες χειμωνιάτικες μέρες, τον Ιανουάριο και το πρώτο δεκαπενθήμερο του Φεβρουαρίου, συχνά διακόπτονται από ηλιόλουστες μέρες, γνωστές ως «αλκυονίδες ημέρες» στην αρχαιότητα.

Ο χειμώνας είναι πιο ήπιος στα νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου από ό,τι στη βόρεια και ανατολική Ελλάδα. Κατά τη ζεστή/μη βροχερή περίοδο, ο καιρός είναι σχεδόν σταθερός, ξαστεριά και ήλιος και γενικά χωρίς βροχή. Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστα διαστήματα με ξαφνική βροχή ή καταιγίδες μικρής διάρκειας κυρίως σε ηπειρωτικές περιοχές.

Η θερμότερη περίοδος είναι το τελευταίο δεκαήμερο του Ιουλίου και το πρώτο δεκαήμερο του Αυγούστου, όταν η μέση μέγιστη θερμοκρασία βρίσκεται μεταξύ 29°C και 35°C. Κατά τη διάρκεια της ζεστής περιόδου

υπάρχουν οι ετήσιοι καλοκαιρινοί τοπικοί άνεμοι, γνωστοί ως «μελέμια», που εκδηλώνονται στις ελληνικές θάλασσες και κυρίως στο Αιγαίο και δροσίζουν τις παράκτιες περιοχές της χώρας.

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα νησιά που προτείνονται για τους ηλικιωμένους που θέλουν να μείνουν στην Ελλάδα κατά την περίοδο της συνταξιοδότησής τους και ενδεικτικά αναφέρονται τα ειδικά χαρακτηριστικά τους:

**Κρήτη:** Η Κρήτη είναι ένας δημοφιλής προορισμός συνταξιοδότησης για τους λάτρεις της Ελλάδας και πολλοί Βρετανοί και άλλοι Ευρωπαίοι έχουν μετακομίσει για να συνταξιοδοτηθούν και να ζήσουν εκεί, κυρίως στα Χανιά και στον Άγιο Νικόλαο. Είναι το μεγαλύτερο από τα ελληνικά νησιά και διαθέτει πολλές παραλίες, βουνά και χωριά που βρίσκονται σε μικρή απόσταση από τις μεγάλες πόλεις-αστικά κέντρα του νησιού. Είναι γνωστή για τον υγιεινό τρόπο ζωής και την υπέροχη μεσογειακή κουζίνα της.

Η Κρήτη ανήκει στη μεσογειακή κλιματολογική ζώνη η οποία προσδίδει τον κλιματικό εύκρατο χαρακτήρα της. Η ατμόσφαιρα μπορεί να είναι αρκετά υγρή, ανάλογα με την απόσταση από τη θάλασσα. Ο χειμώνας είναι αρκετά ήπιος και υγρός, με αρκετές βροχοπτώσεις, ως επί το πλείστον στα δυτικά τμήματα του νησιού. Η χιονόπτωση είναι σπάνια στις πεδινές εκτάσεις, αλλά αρκετά συχνή στις ορεινές. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού η μέση θερμοκρασία κυμαίνεται στους 25 με 30 βαθμούς Κελσίου, αρκετά χαμηλότερα από την ηπειρωτική Ελλάδα. Ο Ιούνιος-Ιούλιος και Αύγουστος είναι οι πιο ζεστοί μήνες και συνήθως έχουν μια μέρα βροχής κατά μέσο όρο, ενώ ο Ιανουάριος έχει 14 βροχερές μέρες και είναι ο πιο κρύος μήνας.

Η νότια ακτή, συμπεριλαμβανομένης της πεδιάδας της Μεσαράς και των Αστερούσιων ορέων, απολαμβάνει περισσότερες ηλιόλουστες ημέρες και υψηλότερες θερμοκρασίες κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού σε σχέση με την υπόλοιπη μεγαλόνησο. Η κλωρίδα του νησιού επηρεάζεται σημαντικά από την κατά τόπους ανάπτυξη της κτηνοτροφίας.

Η αγορά κατοικιών είναι ελαφρώς πιο ακριβή από ό,τι στα περισσότερα άλλα νησιά, λόγω της δημοτικότητάς της. Ωστόσο, στην Κεντρική Κρήτη, υπάρχουν ακίνητα σε χαμηλές τιμές και περιπτώσεις όπου προτιμούν να χτίζουν νέα κατοικία λόγω μειωμένου ΦΠΑ.

**Ρέθυμνο:** Είναι μια πόλη στην Κρήτη που επιλέγουν ορισμένοι συνταξιούχοι και κυρίως εκείνοι που επιθυμούν ήρεμη διαβίωση. Οι τιμές των διαμερισμάτων είναι σχετικά υψηλές, αλλά τα λοιπά κόστη διαβίωσης είναι συγκριτικά χαμηλά. Διαθέτει αρχαιολογικούς χώρους, καταρράκτες και γενικά όμορφο φυσικό περιβάλλον σε άμεση πρόσβαση. Οι μέσες θερμοκρασίες είναι υψηλές, με ελάχιστη τους 10 °C τον Ιανουάριο και μέγιστη 27 °C τον Ιούλιο. Υπάρχουν πολλές βροχερές μέρες, φτάνοντας μέχρι και τις 15 κατά μέσο όρο μόνο για τον Δεκέμβριο.

**Ιεράπετρα:** Η θερμότερη πόλη της Ευρώπης είναι η Ιεράπετρα στη νοτιοανατολική ακτή της Κρήτης. Η ετήσια θερμοκρασία κατά μέσο όρο είναι 20°C και ο ήλιος λάμπει 3.000 ώρες το χρόνο. Χάρη στο ήπιο κλίμα, η Ιεράπετρα είναι ένα πολυσύχναστο τουριστικό κέντρο με παραθαλάσσια εστιατόρια. Τα ενοίκια είναι συνήθως χαμηλότερα στην Ιεράπετρα από ό, τι σε οποιαδήποτε άλλη πόλη της Κρήτης και για τον λόγο αυτό φαίνεται να προτιμάται από αρκετούς ενδιαφερόμενους έναντι άλλων πόλεων του νησιού.

**Κέρκυρα:** Εκτός από την αρχαιολογική και πολιτιστική πτυχή, η Κέρκυρα είναι γνωστή ως προορισμός διακοπών με πολλές αμμουδιές και τουριστικά θέρετρα διάσπαρτα σε όλο το νησί. Το κλίμα της Κέρκυρας είναι μεσογειακό. Τα καλοκαίρια είναι καυτά και ξηρά, οι χειμώνες είναι ψυχροί και βροχεροί. Η άφθονη βλάστηση του νησιού συνδέεται άμεσα με το μεγάλο αριθμό των χειμερινών βροχοπτώσεων. Η Κέρκυρα έχει τον μεγαλύτερο αριθμό βροχερών ημερών σε σύγκριση με άλλα μέρη της νησιωτικής Ελλάδας. Ο Ιανουάριος και ο Φεβρουάριος είναι οι πιο κρύοι μήνες με τη μέση θερμοκρασία στους 10°C, ενώ ο Ιούλιος και ο Αύγουστος είναι μήνες με τη θερμότερη μέση θερμοκρασία στους 25°C.

Τα οικόπεδα διατίθενται σε χαμηλές τιμές, επιτρέποντας μια καλή ευκαιρία να δημιουργήσουν/χτίσουν οι ηλικιωμένοι νέο σπίτι, βάσει των αναγκών τους. Για παράδειγμα, οικόπεδο έκτασης 630 τ.μ. που βρίσκεται σε μικρή απόσταση από το αεροδρόμιο, μπορεί να κοστίσει 25.000€. Επίσης, οι ηλικιωμένοι μπορούν να βρουν κατοικίες από 40.000 – 50.000 € κοντά σε παραλίες και σε μικρή απόσταση με το αυτοκίνητο από το πλησιέστερο αεροδρόμιο και σε μικρή απόσταση από τις μεγάλες πόλεις και θέρετρα.

**Μύκονος:** Για τους ηλικιωμένους με υψηλό εισόδημα, που επιθυμούν έναν διαφορετικό τρόπο συνταξιοδότησης με έντονη κοινωνική ζωή, καθώς επίσης πολυτελή εστιατόρια και μέρη ψυχαγωγίας, η Μύκονος είναι η κατάλληλη επιλογή. Θεωρείται μια από τις πιο έντονα τουριστικές περιοχές της υψηλίου με εξαιρετικά υψηλό κόστος διαμονής- παραμονής.

Η Μύκονος φημίζεται για τα πολυτελή ξενοδοχεία, τα γκουρμέ εστιατόρια και τα λαμπερά καταστήματα και νυχτερινά κέντρα διασκέδασης. Ένα διαμέρισμα ενός υπνοδωματίου κοστίζει για ενοικίαση περίπου 567-725 ευρώ/μήνα στο κέντρο της πόλης. Υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε περιοχές όπως ο Άγιος Λάζαρος, η Αγία Σοφία, Τούρλος και Χουλάκια. Λόγω της μεγάλης τουριστικής υποδομής, το νησί δεν έχει επηρεαστεί σημαντικά από τη δημοσιονομική κρίση όσο άλλες περιοχές της Ελλάδας.

**Σάμος:** Για τους ηλικιωμένους που αγαπούν τον πολιτισμό, την ιστορία, τον καλό καιρό, τις ωραίες παραλίες και τη φύση, η Σάμος αποτελεί κατάλληλο προορισμό. Η Σάμος φιλοξενεί πολλούς Αμερικανούς και Βορειοευρωπαίους που έχουν συνταξιοδοτηθεί και ζουν στο νησί τους καλοκαιρινούς μήνες και πηγαίνουν στις χώρες τους κατά τη διάρκεια του χειμώνα.

Το σύστημα συγκοινωνιών στη Σάμο (λεωφορεία) είναι πολύ ικανοποιητικό και υπάρχει επίσης εξαιρετικό σύστημα ταξί σε ολόκληρο το νησί. Το σύστημα αεροπορικών μεταφορών εκσυγχρονίζεται διαρκώς και γίνονται μεγάλες επενδύσεις για τη βελτίωση του συνολικού δικτύου μεταφορών στο νησί.

**Ρόδος:** Η Ρόδος αποτελεί αγαπημένο προορισμό για συνταξιοδότηση λόγω των φθηνών διαμερισμάτων και των χαμηλών τιμών στα τρόφιμα. Αυτό κάνει το νησί έναν από τους αγαπημένους τουριστικούς προορισμούς σε ολόκληρη την Ευρώπη. Στη Ρόδο σημειώνονται μέχρι και 300 ηλιόλουστες μέρες το χρόνο. Το πρακτορείο Engel & Völkers έχει ανακοινώσει αύξηση 57% της ζήτησης από διεθνείς αγοραστές για ακίνητα στη Ρόδο, ιδίως από την κεντρική Ευρώπη. Το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στη Λίνδο, τον Πεύκο και τη Βλύχα στην ανατολική ακτή, με τιμές έως και €1.950 ανά τετραγωνικό μέτρο.

**Ικαρία:** Είναι ένα από τα δημοφιλέστερα μέρη παρότι υπολείπεται σε υποδομές μεταφορών και υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλ' αυτά το νησί θεωρείται ένας από τους πέντε τόπους «μπλε ζώνης» μακροζωίας, όπου το μέσο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού είναι άνω των ενενήντα (90) ετών. Λόγω του μεγάλου αριθμού των εκατονταετών, τα χωριά στα βουνά έχουν προσελκύσει αρκετές ερευνητικές ομάδες από όλον τον κόσμο. Οι επισκέπτες, όπως και οι ενδιαφερόμενοι για μακροχρόνια διαμονή, είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν τις συνθήκες των ντόπιων, οι οποίοι περπατούν αρκετά χιλιόμετρα την ημέρα και τρώνε υγιεινές τροφές. Το νησί, επίσης, διαθέτει ιαματικά λουτρά και οι πηγές της Ικαρίας θεωρούνται μεταξύ των πλέον γνωστών πηγών του κόσμου.

## Άλλες περιοχές της Ελλάδας

**Αθήνα:** Ορισμένοι συνταξιούχοι επιλέγουν την Αθήνα, όπου η διαβίωση παρέχει εύκολη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και άμεση πρόσβαση στο αεροδρόμιο. Επίσης, η Αθήνα προσφέρει ποιοτικό επίπεδο διαβίωσης, κυρίως στα προάστια όπου, όμως, το κόστος διαβίωσης αυξάνει σημαντικά σε σχέση με το κέντρο της πόλης. Είναι μία από τις ιστορικότερες και πιο σημαντικές πόλεις του κόσμου και το γεγονός αυτό κρατά αμείωτο το ενδιαφέρον των επισκεπτών, παρότι τα τελευταία χρόνια η εικόνα της πόλης στα διεθνή μέσα υπήρξε αρνητική λόγω της οικονομικής κρίσης.

Ο πιο κρύος μήνας είναι ο Ιανουάριος με μέσες θερμοκρασίες 10°C, ενώ οι θερμότεροι είναι ο Ιούλιος και ο Αύγουστος με 29°C, που έχουν και τις λιγότερες βροχερές μέρες. Ο Μ.Ο. των ενοικίων κυμαίνονται κοντά στα 470€/μήνα, το κόστος για supermarket περί τα 300€, 30€ για ΜΜΜ και 15€ για τα λοιπά μηνιαία έξοδα νοικοκυριού.

**Θεσσαλονίκη:** Η Θεσσαλονίκη, η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της χώρας, έχει, επίσης, πολλά να προσφέρει σε όσους θέλουν να απολαύσουν τον πλούσιο



πολιτισμό της Ελλάδας και δεν τους ενοχλεί η πολυκοσμία. Ο καιρός είναι ψυχρότερος σε σχέση με την Αθήνα, με τις χαμηλότερες θερμοκρασίες κατά μέσο όρο στους 6°C τον Ιανουάριο και τις υψηλότερες τον Ιούλιο και τον Αύγουστο στους 25°C. Επίσης, από τον Νοέμβριο μέχρι τον Ιανουάριο παρατηρούνται πολλές βροχερές ημέρες με χαμηλή ηλιοφάνεια.

**Χαλκιδική:** Η Χαλκιδική είναι ένας δημοφιλής τουριστικός προορισμός και ένας τόπος που πολλοί τουρίστες επιλέγουν να αγοράσουν ακίνητο. Η αγορά των ακινήτων παραμένει σε εξαιρετικά ικανοποιητικά επίπεδα σε αυτή τη περιοχή παρά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Ένα οικόπεδο 3 στρεμμάτων, που βρίσκεται κοντά στην παραλία και στο αεροδρόμιο, πωλείται ενδεικτικά περί τα 290.000€, ενώ μια κατοικία τριών υπνοδωματίων μπορεί να κοστίσει περί 240.000€ (τιμή εκκίνησης για ακίνητα τουλάχιστο 5ετίας).

**Δελφοί:** Οι Δελφοί, στο κέντρο της ηπειρωτικής Ελλάδας, είναι γνωστοί για τους αρχαιολογικούς χώρους. Οι Δελφοί έχουν πλούσια ιστορία και είναι ένα εξαιρετικό μέρος για μετεγκατάσταση ηλικιωμένων. Οι Δελφοί θεωρούνται ένα από τα πιο δημοφιλή ιστορικά και αρχαιολογικά αξιοθέατα στην Ελλάδα. Οι συνταξιούχοι που επιθυμούν να ξεκινήσουν τη νέα τους ζωή σε αυτό το ιστορικό μέρος της Ελλάδας, μπορούν να βρουν στην ευρύτερη περιοχή πολλά ακίνητα με λογικές τιμές.

**Καλαμάτα:** Είναι μια ελκυστική πόλη, με μουσεία και παραλίες σε κοντινή απόσταση. Η πρόσβαση είναι εύκολη λόγω της ύπαρξης του αεροδρομίου, αλλά και του νέου οδικού άξονα Αθήνας-Καλαμάτας. Αποτελεί περιοχή με πολλά πλεονεκτήματα. Οι μέσες θερμοκρασίες φτάνουν στους 25°C τον Αύγουστο, ενώ ο Ιανουάριος είναι ο πιο βροχερός μήνας με 12 βροχερές μέρες κατά μέσο όρο. Η ευρύτερη περιοχή προσφέρει ορισμένες λιγότερο ακριβές επιλογές για διαμονή και προσβασιμότητα σε καλές δομές υγειονομικής περίθαλψης. Για την ενοικίαση διαμερίσματος ενός υπνοδωματίου το κόστος ανέρχεται περίπου στα 260€/μήνα, οι ΔΕΚΟ και το internet περίπου στα 180€/μήνα. Τα είδη διατροφής κοστίζουν περίπου 10% λιγότερο από ό,τι στην Αθήνα.

Εκτός από τις περιοχές αυτές, αυξημένο ενδιαφέρον παρουσιάζει η Πάτρα, η Σύρος, η Τήνος και η Τρίπολη. Όμως, υπάρχουν και άλλες περιοχές κατάλληλες για τουρισμό μακράς διαμονής και παραχείμασης, όπως η Λακωνία με τον Μυστρά και τη Μάνη, η Ηλεία με την Ολυμπία και η Αργολίδα με τις Μυκίνες, το Ναύπλιο και την Επίδαυρο.

Στο Παράρτημα II αναφέρονται αναλυτικότερα οι κλιματολογικές συνθήκες ορισμένων περιοχών που προτιμώνται από τους τουρίστες τρίτης ηλικίας για δευτερεύουσα κατοικία.

### 2.3.6. Προβλήματα-Ανασταλτικοί Παράγοντες

Για την εγκατάσταση αλλοδαπών συνταξιούχων στην Ελλάδα υπάρχουν παράγοντες που λειτουργούν αποτρεπτικά ή δυσχεραίνουν την όλη διαδικασία και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην προσπάθεια διαμόρφωσης της γενικότερης στρατηγικής για την ενίσχυση της χώρας ως προορισμού για μακρά διαμονή και παραχέιμαση ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθοι:

- **Γραφειοκρατία:** Μερικές από τις διοικητικές διαδικασίες και προϋποθέσεις που τίθενται είναι η άδεια παραμονής, η έκδοση λογαριασμών ΔΕΚΟ στο όνομα των ενοίκων, το άνοιγμα τραπεζικών λογαριασμών, η εγγραφή ελληνικού ΑΦΜ για αγορά ή ενοικίαση οχημάτων και αγορά κατοικίας, κ.ά.
- **Προσφυγικό:** Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει επηρεαστεί από το κύμα των προσφύγων δεχόμενη χιλιάδες πρόσφυγες που έχουν φτάσει στην χώρα μας μέσω Τουρκίας, δίχως να διαθέτει τις απαιτούμενες υποδομές για να υποστηρίξει τη διαμονή και τις ανάγκες τους.
- **Παράνομη μίσθωση εξοχικών:** Συχνό φαινόμενο είναι πλέον η ενοικίαση σπιτιών και βιλών σε αλλοδαπούς κατά τη διαμονή τους στην Ελλάδα. Ιδιοκτήτες κατοικιών βρίσκουν providers ή facilitators στο διαδίκτυο, ενοικιάζουν το εξοχικό τους χωρίς να ελέγχονται και να πληρώνουν φόρους ή να έχουν υποχρεώσεις εργατικής φορολογικής ή προδιγραφές και ως συνέπεια να ανταγωνίζονται παράνομα τα νομίμως λειτουργούντα καταλύματα, που απασχολούν προσωπικό, υφίστανται ελέγχους, πληρώνουν φόρους, στηρίζουν την εμφανή και πραγματική οικονομία της χώρας.
- **Μειωμένη Προσφορά:** Σε μελέτη του ΙΤΕΠ έχει καταγραφεί ότι εκατοντάδες χιλιάδες ηλικιωμένοι επιδιώκουν να αποκτήσουν μια παραθεριστική κατοικία χωρίς αποτέλεσμα λόγω μειωμένης διαθεσιμότητας κατοικιών.<sup>5</sup>

Η οικονομική ύφεση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα αναπτυξιακό μοχλό για την Ελλάδα και στον τομέα της παραχέιμασης ατόμων τρίτης ηλικίας, αλλά και περιοριστικό παράγοντα διότι η συρρίκνωση του μέσου εισοδήματος του συνταξιούχου της Ευρώπης δρα ανασταλτικά στη διαμόρφωση μιας μαζικότερης τάσης που θα επιβεβαιώνεται αισιόδοξα σενάρια.

## 2.4. Δυνατότητες Και Προϋποθέσεις Μακροπρόθεσμης Διαμονής – Παραχείμασης-Αγοράς Κατοικίας

### 2.4.1. Δυνατότητες Νομικού Πλαισίου

#### 2.4.1.1. Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση της παραθεριστικής κατοικίας, ως εργαλείου τουριστικής ανάπτυξης και προσέλκυσης αλλοδαπής πελατείας εμφανίστηκε με συστηματικό τρόπο στην ελληνική τουριστική επικαιρότητα την πρώτη δεκαετία του 2000 με δημοσιεύματα στον Τύπο, συνέδρια και προτάσεις για θεσμικές ρυθμίσεις που προέρχονταν κυρίως από την αγορά του real estate.

Το προτεινόμενο πλαίσιο αναφερόταν στη συμπλήρωση της ξενοδοχειακής υποδομής με κατοικίες προς πώληση ή μίσθωση, ενταγμένες σε ένα ολοκληρωμένο τουριστικό συγκρότημα υψηλών προδιαγραφών, το οποίο θα παρείχε εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής και υπηρεσίες προστιθέμενης αξίας προς τους δυνητικούς αγοραστές ή μισθωτές των κατοικιών. Αυτή η συνύπαρξη ξενοδοχειακής υποδομής και κατοικιών θα δημιουργούσε μια σειρά από οφέλη με αποδέκτες την ξενοδοχειακή επιχείρηση, την τοπική κοινωνία και τους αγοραστές ή μισθωτές των κατοικιών όπως:

- Ο ξενοδοχειακός επενδυτής μέσω της πώλησης και της μίσθωσης των κατοικιών θα μπορούσε να χρηματοδοτεί την κατασκευή των συμπληρωματικών εγκαταστάσεων και της αναγκαίας ειδικής τουριστικής υποδομής, μειώνοντας το κόστος της επένδυσης και επιτυγχάνοντας την απόσβεση των επενδυθέντων κεφαλαίων σε πιο σύντομους χρόνους.
- Η δημιουργία μιας τουριστικής πελατείας υψηλών εισοδημάτων, η οποία έχοντας αγοράσει ή μισθώσει μακροχρόνια τις κατοικίες αυτές, θα διαμόρφωνε μια πιο σταθερή και διαρκή σχέση με την ξενοδοχειακή μονάδα, που θα στήριζε τόσο τη λειτουργία της, όσο και την τοπική οικονομία και μάλιστα εκτός τουριστικής περιόδου.
- Οι αγοραστές ή οι μακροχρόνιοι μισθωτές των κατοικιών εντός ξενοδοχειακών συγκροτημάτων θα είχαν στη διάθεσή τους όλες τις υπηρεσίες που θα προσέφερε η ξενοδοχειακή επιχείρηση, ένα ασφαλές περιβάλλον για να διαμένουν όλο το χρόνο και γενικά ένα πλέγμα προστασίας της κατοικίας τους και της διαμονής τους σε όλα τα επίπεδα.

Η πρώτη νομοθετική απόπειρα απελευθέρωσης από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, ώστε να επιτρέπεται η ανέγερση κατοικιών ως συμπλήρωμα των ξενοδοχειακών καταλυμάτων σε δημόσια ακίνητα επιχειρήθηκε από το υπουργείο Ανάπτυξης το 2003 με το Ν.3105/2003 (ΦΕΚ 29 Α) με σκοπό την αξιοποίηση των ακινήτων που είχε στην κυριότητά της ή διαχειριζόταν η εταιρεία του Δημοσίου «Ελληνικά Τουριστικά Ακίνητα Α.Ε.» (Ε.Τ.Α.) (Άρθρο 39 του Ν.3105/2003). Η διάταξη αυτή προκάλεσε τότε αντιδράσεις ως αντισυνταγματική, με αποτέλεσμα να μην εφαρμοστεί και αργότερα να καταργηθεί.

#### **2.4.1.2. Χρονομεριστική μίσθωση (time sharing)**

Η σύζευξη όμως τουριστικού καταλύματος και κατοικίας προβλεπόταν στην ελληνική τουριστική νομοθεσία ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 με τη μορφή της μακροχρόνιας μίσθωσης τουριστικού καταλύματος (δηλαδή της μίσθωσης των χώρων του καταλύματος που προορίζονται για διανυκτέρευση-διαμονή) μέσω του θεσμού της χρονομεριστικής μίσθωσης (time sharing), που εισήχθη στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν.1652/86 (ΦΕΚ 167 Α).

Με τη σύμβαση time sharing, η οποία μάλιστα προσφέρει και αυξημένη προστασία στον μισθωτή (καταρτίζεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο και υποβάλλεται σε μεταγραφή), μπορεί να εκμισθωθεί μακροχρόνια επιπλωμένο διαμέρισμα, δωμάτιο, σουίτα, bungalow κ.ο.κ. του τουριστικού καταλύματος για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα εντός του έτους (για παράδειγμα 50 εβδομάδες το χρόνο) για ένα χρόνο έως 60 χρόνια στον ίδιο μισθωτή, με δυνατότητα ανανέωσης. Ο μισθωτής έχει το δικαίωμα της υπομίσθωσης ή της παραχώρησης της χρήσης σε τρίτους για μία ή περισσότερες περιόδους.

Η χρονομεριστική μίσθωση εξακολουθεί να ισχύει μέχρι σήμερα με βάση τον Ν.1652/1986 και μάλιστα μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις νέες μορφές ξενοδοχειακών καταλυμάτων που αναπτύσσονται παρακάτω. Έτυχε δε και αυξημένης προστασίας από την ευρωπαϊκή νομοθεσία με την οδηγία 94/47/ΕΚ, που αντικαταστάθηκε με την οδηγία 2008/122/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την προστασία των καταναλωτών ως προς ορισμένες πτυχές των συμβάσεων χρονομεριστικής μίσθωσης, μακροπρόθεσμων προϊόντων διακοπών, μεταπώλησης και ανταλλαγής, στην οποία εναρμονίστηκε η ελληνική νομοθεσία.

Εντούτοις, ο θεσμός δυσφημίστηκε τόσο από τις επιθετικές και παραπλανητικές εμπορικές πρακτικές των επιχειρήσεων προώθησης του time sharing προς τους καταναλωτές, όσο και από πτωχεύσεις ή οικονομικές δυσχέρειες των εταιρειών που διαχειρίζονταν καταλύματα με time sharing, με αποτέλεσμα να κλονιστεί η εμπιστοσύνη του καταναλωτικού κοινού και ως εκ τούτου να λειτουργεί στη χώρα μας σε περιορισμένη έκταση.

### 2.4.1.3. Ειδικό πλαίσιο χωροταξικού σχεδιασμού και αειφόρου ανάπτυξης για τον τουρισμό

Η θεσμοθέτηση της παραθεριστικής κατοικίας ως τουριστικού προϊόντος αποτέλεσε κεντρική στρατηγική επιλογή τουριστικής ανάπτυξης από την Ελληνική Πολιτεία το 2009 με την έγκριση του πρώτου ειδικού πλαισίου χωροταξικού σχεδιασμού και αειφόρου ανάπτυξης για τον τουρισμό (Απόφαση της Επιτροπής Συντονισμού της Κυβερνητικής Πολιτικής στον Τομέα του Χωροταξικού Σχεδιασμού και της Αειφόρου Ανάπτυξης αριθμ. 24208/4.6.2009, ΦΕΚ Β'1138/2009). Το Ειδικό Χωροταξικό επεσήμανε στο σκεπτικό του την αυξημένη ζήτηση κατοικίας σε οργανωμένα συγκροτήματα τουρισμού, όπου θα μπορούσε να πωληθεί ή να μισθωθεί σε μακροχρόνια βάση σε τρίτους ένα ποσοστό του συγκροτήματος ως διαμέρισμα ή κατοικία.

Ως ανταπόκριση σ' αυτή την τάση της αγοράς, το Ειδικό Χωροταξικό εισήγαγε «τις σύνθετες και ολοκληρωμένες τουριστικές υποδομές μικτής χρήσης», οι οποίες ορίζονταν στο Άρθρο 9 ως «η συνδυασμένη ανάπτυξη ξενοδοχείων διαφόρων λειτουργικών μορφών/τύπων υψηλών προδιαγραφών (4 ή 5 αστέρων), υπηρεσιών αναψυχής και άθλησης, εγκαταστάσεων ειδικής τουριστικής υποδομής (συνεδριακά κέντρα, γκολφ, κέντρα θαλασσοθεραπείας, κ.ά.) ως διακεκριμένα τμήματα των ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων και προαιρετικά κατοικιών προς πώληση, στις οποίες θα προβλέπεται η δυνατότητα παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου».

Στο δε Άρθρο 10 του εν λόγω Πλαισίου κατέγραφε την απαίτηση θεσμοθέτησης αυτού του νέου τύπου τουριστικής εγκατάστασης με τον παραπάνω συνδυασμό ξενοδοχείου-ειδικής τουριστικής υποδομής-κατοικιών, καθώς και νέων μορφών διαχείρισης τουριστικών καταλυμάτων, που θα περιλαμβάνουν τη δυνατότητα αγοράς από τρίτους για χρήση και εκμετάλλευση, τμημάτων τουριστικού συγκροτήματος υπό τη μορφή ανεξάρτητων διαμερισμάτων ή κατοικιών. Η θεσμοθέτηση αυτής της νέας μορφής καταλυμάτων έλαβε χώρα δύο χρόνια αργότερα το 2011, όπως αναπτύσσεται παρακάτω.

Οι ρυθμίσεις όμως του πρώτου ειδικού χωροταξικού πλαισίου για τον τουρισμό προκάλεσαν σειρά αντιδράσεων τόσο από τις περιβαλλοντικές οργανώσεις όσο και από τους ξενοδοχειακούς φορείς, οι οποίοι προσέφυγαν με αιτήσεις ακυρώσεως στο Συμβούλιο της Επικρατείας.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι το πρώτο Χωροταξικό αντικαταστάθηκε στο σύνολό του το 2013 από δεύτερο Ειδικό Χωροταξικό Πλαίσιο για τον τουρισμό (Απόφαση της Επιτροπής Συντονισμού της Κυβερνητικής Πολιτικής στον Τομέα του Χωροταξικού Σχεδιασμού και της Αειφόρου Ανάπτυξης αριθμ.67659/9.12.2013, ΦΕΚ Β' 3155/2013), το οποίο ακυρώθηκε με την απόφαση 3632/2015 του Συμβουλίου της Επικρατείας λόγω παράβασης ουσιώδους τύπου τη διαδικασίας. Το Συμβούλιο της Επικρατείας μάλιστα αποφάνθηκε στην 519/2017 απόφασή του ότι με την κατάργηση του νε-

ώτερου Χωροταξικού του 2013 δεν αναβιώνει το πρώτο Χωροταξικό του 2009, το οποίο έχει παύσει να ισχύει από την έγκριση του νεώτερου, που το αντικατέστησε πλήρως.

#### 2.4.1.4. Σύνθετα τουριστικά καταλύματα

Η οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα και η ψήφιση του μεσοπροθέσμου προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής το 2011, οδήγησε στην υλοποίηση των δεσμεύσεων για νομοθέτηση που προέβλεπε το χωροταξικό πλαίσιο για τον τουρισμό. Με τον Ν.4002/2011 θεσπίστηκε η μορφή των σύνθετων τουριστικών καταλυμάτων ως απάντηση, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση, στις δύο στρατηγικές απαιτήσεις της χώρας :την προσέλκυση επενδύσεων με στόχο την ανάταξη της εθνικής οικονομίας και την αναδιάρθρωση του εγχώριου τουρισμού σε ένα μακροπρόθεσμο και ανταγωνιστικό πλαίσιο με στόχο την παραγωγή πλούτου και τη διασφάλιση ποιοτικών θέσεων εργασίας στον κλάδο. Τονίζεται δε στην αιτιολογική έκθεση ότι τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα αποτελούν νέα τουριστικά προϊόντα ξενοδοχειακού χαρακτήρα, μέρος μιας αμιγώς τουριστικής επένδυσης και δεν έχουν σχέση με συμβατικές (οικιστικές ή άλλες) αναπτύξεις.

Συγκεκριμένα τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα, όπως ορίζεται στα άρθρα 8 και 9 του Ν.4002/2011 (ΦΕΚ 180 Α) και κατόπιν στο Άρθρο 1 του Ν. 4276/2014 (ΦΕΚ 155 Α ) είναι ξενοδοχεία που ανεγείρονται σε συνδυασμό με τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες και εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής (ήτοι συνεδριακά κέντρα, γήπεδα γκολφ, κέντρα θαλασσοθεραπείας, τουριστικοί λιμένες, χιονοδρομικά κέντρα, θεματικά πάρκα, κέντρα προπονητικού-αθλητικού τουρισμού), αλλά και εγκαταστάσεις ειδικών μορφών τουρισμού (δηλαδή μονάδες ιαματικής θεραπείας, κέντρα ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού, κέντρα αναζωογόνησης, κέντρα ευεξίας και αισθητικής και κέντρα καταδυτικού τουρισμού).

Πλέον, η παραθεριστική κατοικία λαμβάνει τη νομική μορφή της τουριστικής επιπλωμένης κατοικίας στα σύνθετα τουριστικά καταλύματα, η οποία εντάσσεται σύμφωνα με την υποπερίπτωση ββ' της περίπτωσης β' της παραγράφου 2 του Άρθρου 1 Ν.4276/2014 (ΦΕΚ 155Α) στα μη κύρια ξενοδοχειακά καταλύματα στην κατηγορία «αυτοεξυπηρετούμενα καταλύματα-τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες». Οι τεχνικές και λειτουργικές προδιαγραφές για τη δημιουργία σύνθετων τουριστικών καταλυμάτων, καθώς και οι λοιποί όροι και προϋποθέσεις περιλαμβάνονται στην με αριθμ. 177/2012 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Β' 319/2012), όπως τροποποιήθηκε με την με αριθμ.9347 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Β' 1013/2014).

Επί των τουριστικών επιπλωμένων κατοικιών, κατά το Άρθρο 8 του Ν.4002/2011 (ΦΕΚ 180 Α), επιτρέπεται η σύσταση διηρημένων ιδιοκτησιών, οριζοντίων και καθέτων, κατά τις κείμενες διατάξεις, και η σύσταση ή μεταβίβαση σε τρίτους ενοχικών και εμπραγμάτων δικαιωμάτων επ' αυτών.

Το ποσοστό όμως των κατοικιών προς πώληση ή μακροχρόνια μίσθωση δεν μπορεί να υπερβαίνει το 30% της συνολικώς δομούμενης επιφάνειας του σύνθετου τουριστικού καταλύματος. Η δε μακροχρόνια μίσθωση συνομολογείται για χρονικό διάστημα δέκα (10) τουλάχιστον ετών. Για να επιτραπεί όμως η κατασκευή αυτών των κατοικιών, πρέπει τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα να αναπτύσσονται σε γήπεδα ίσα ή μεγαλύτερα των 150.000 τ.μ., τα δε ξενοδοχεία που συμπεριλαμβάνονται σ' αυτά πρέπει να κατατάσσονται στην κατηγορία των 5 αστέρων.

Πρέπει επίσης να επισημανθεί η έμφαση που δίδεται στην ειδική τουριστική υποδομή στα σύνθετα τουριστικά καταλύματα. Στην περίπτωση της κατασκευής γηπέδου γκολφ 18 οπών τουλάχιστον, που κρίνεται από το νομοθέτη ως επένδυση υψηλής προστιθέμενης αξίας, παρέχονται πιο ελκυστικά πολεοδομικά κίνητρα με την αύξηση του ποσοστού των προς πώληση ή μίσθωση κατοικιών α) στο 55% της συνολικώς δομούμενης επιφάνειας του σύνθετου τουριστικού καταλύματος εφόσον ο συντελεστής δόμησης που πραγματοποιείται δεν υπερβαίνει το 0,10 β) στο 70% εφόσον ο συντελεστής δόμησης δεν υπερβαίνει το 0,05 (Άρθρο 9 του Ν.4002/2011).

Η διάταξη του Άρθρου 8 του Ν.4002/2011 (ΦΕΚ 180 Α) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, υποχρεώνει τους φορείς διαχείρισης του σύνθετου τουριστικού καταλύματος να διατηρούν το σύνολο των κοινοχρήστων χώρων και εγκαταστάσεων που απαιτούνται σύμφωνα με τις ισχύουσες προδιαγραφές για την εξυπηρέτηση των τουριστικών επιπλωμένων κατοικιών σε πλήρη λειτουργία καθ' όλη τη διάρκεια του έτους.

Επιπλέον, προς κατοχύρωση των ιδιοκτητών των ακινήτων, τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα διέπονται από Κανονισμό Συνιδιοκτησίας και Λειτουργίας, που καταρτίζεται με συμβολαιογραφική πράξη από τον ιδιοκτήτη του ακινήτου και εγκρίνεται με απόφαση του υπουργού Τουρισμού. Με τον κανονισμό αυτό, που μεταγράφεται μαζί με τη σύσταση οριζόντιων και κάθετων ιδιοκτησιών, καθορίζονται ιδίως (Άρθρο 8 παρ.4 του Ν.4002/2011): «(i) τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ιδιοκτητών των αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών και οι περιορισμοί της ιδιοκτησίας τους, καθώς και των λοιπών χρηστών που έλκουν από αυτούς δικαιώματα, (ii) τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις επί των κοινόκτητων και κοινόχρηστων χώρων, κτισμάτων, εγκαταστάσεων, έργων και υπηρεσιών και οι περιορισμοί αυτών (iii) ο φορέας διαχείρισης και λειτουργίας και τα ζητήματα που αφορούν τη διοίκηση του σύνθετου τουριστικού καταλύματος, καθώς και την εποπτεία και την άσκηση ελέγχου επί των επί μέρους αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών (iv) οι ελάχιστες παρεχόμενες ξενοδοχειακές και τουριστικές υπηρεσίες προς τους ιδιοκτήτες των αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών σε ετήσια βάση και (v) οι κοινές δαπάνες και ο τρόπος υπολογισμού και κατανομής τους στους ιδιοκτήτες των αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών, ο τρόπος και το είδος εκμετάλλευσης των κοινόχρηστων χώρων, έργων και υπηρεσιών και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια».

Με όλο αυτό το πλέγμα των Διατάξεων, που περιβάλλουν τη λειτουργία του σύνθετου τουριστικού καταλύματος, προστίθενται σημαντικές δικλείδες ασφαλείας, ώστε να δημιουργείται ασφάλεια δικαίου στους ιδιοκτήτες των κατοικιών και να διασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών όλο το χρόνο, συμβάλλοντας στην επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου και στην προστασία της αξίας της επένδυσης.

Με το Άρθρο 56 του Ν.4276/2014 (ΦΕΚ 155 Α) επεκτάθηκε η δυνατότητα παροχής κατοικιών προς πώληση ή εκμίσθωση και στα υφιστάμενα ξενοδοχειακά καταλύματα με τους εξής όρους: α) είναι νομίμως υφιστάμενα ξενοδοχεία 5 αστέρων με ειδικό σήμα λειτουργίας σε ισχύ ή διέθεταν την τελευταία πενταετία ειδικό σήμα λειτουργίας και έχουν παύσει τη λειτουργία τους ή αναβαθμίζονται σε κατηγορία 5 αστέρων, β) έχουν κατασκευασθεί σε γήπεδα τουλάχιστον 30.000 τ.μ. και έως 50.000 τ.μ., γ) δύναται να πωληθεί ή να εκμισθωθεί μέρος τους, διαμορφωμένο σε κατοικία έως 80 τ.μ., σε ποσοστό έως 15% της συνολικής δομημένης επιφάνειας του καταλύματος για οικοπέδα από 30.000 τ.μ. έως 40.000 τ.μ. και έως 20% για οικοπέδα από 40.000 τ.μ. έως 50.000 τ.μ., δ) τα προς μεταβίβαση ή προς μακροχρόνια μίσθωση τμήματά τους δεν έχουν υπαχθεί στις επιδοτήσεις της αναπτυξιακής νομοθεσίας κατά τα τελευταία πέντε (5) έτη και σε αντίθετη περίπτωση, το ποσό της ενίσχυσης ή επιδότησης που έχει χορηγηθεί για τα τμήματα αυτά, επιστρέφεται ε) η μακροχρόνια μίσθωση συνομολογείται για χρονικό διάστημα δέκα (10) τουλάχιστον ετών.

Ο προσανατολισμός της Ελληνικής Πολιτείας για την προσέλκυση αλλοδαπής πελατείας από τρίτες χώρες μέσω των σύνθετων τουριστικών καταλυμάτων επιβεβαιώνεται από σχετική διάταξη του Κώδικα Μετανάστευσης (Άρθρο 20 του Ν.4251/2014, το οποίο αντικατέστησε το Άρθρο 6 του Ν.4146/2013), όπου ορίζεται ότι χορηγείται άδεια διαμονής για πέντε χρόνια με δυνατότητα ανανέωσης σε πολίτη τρίτης χώρας, που έχει συνάψει τουλάχιστον δεκαετούς διάρκειας μίσθωση ξενοδοχειακών καταλυμάτων ή τουριστικών επιπλωμένων κατοικιών σε σύνθετα τουριστικά καταλύματα, εφόσον το συμβατικό τίμημα της μίσθωσης ανέρχεται σε 250.000€ και έχει καταβληθεί ολοσχερώς κατά την υπογραφή του συμβολαίου. Το ίδιο ισχύει και για την περίπτωση της χρονομεριστικής μίσθωσης.

Παρόλο που το νομοθετικό πλαίσιο για τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα ανάγεται στο 2011, εντούτοις ένα μόνο σύνθετο τουριστικό κατάλυμα έχει ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα στην ΠΟΤΑ Μεσσηνίας, για την οποία γίνεται ειδική αναφορά παρακάτω.

Οι επενδύσεις που αφορούν σύνθετα τουριστικά καταλύματα και βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια έγκρισης είναι οι εξής:

- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στην περιοχή Βοσκότοπος της νήσου Κέας: ξενοδοχείο 5 αστέρων δυναμικότητας 230 κλινών, τουριστικές



επιπλωμένες κατοικίες, κέντρο θαλασσοθεραπείας, υπηρεσίες καταδυτικού τουρισμού και λιμενικά έργα.

- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στο Δήμο Μεσσήνης: ξενοδοχείο 5 αστέρων δυναμικότητας 266 κλινών και τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες.
- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στη νήσο Ίο: ξενοδοχείο 5 αστέρων δυναμικότητας 249 κλινών με τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες και spa.
- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στην Ποταμιά του Δήμου Σπάρτης: ξενοδοχείο 5 αστέρων, τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες και μικρό συνεδριακό κέντρο.
- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στη νήσο Μήλο: ξενοδοχείο 5 αστέρων δυναμικότητας 216 κλινών και τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες.
- Σύνθετο τουριστικό κατάλυμα στις Μπενίτσες της νήσου Κέρκυρας.

#### 2.4.1.5. Ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας

Οι Διατάξεις για τη δημιουργία κατοικιών στα υφιστάμενα ξενοδοχεία συμβαδίζουν με τη θεσμοθέτηση των ξενοδοχείων συνιδιοκτησίας (condo hotels) με τη διάταξη του Άρθρου 3 του Ν.4179/2013 (ΦΕΚ 175 Α) και κατόπιν με τη Διάταξη του Άρθρου 1 παρ. 2 του Ν.4276/2014 (ΦΕΚ 155 Α), όπου σημείο πλέον αναφοράς είναι το ξενοδοχειακό συγκρότημα και όχι η υποχρεωτική συνύπαρξη με ειδική τουριστική υποδομή.

Τα ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας είναι ξενοδοχεία κατηγορίας 3, 4 ή 5 αστέρων εντός εγκεκριμένων σχεδίων πόλεων και εντός ορίων οικισμών προ του 1923 ή κάτω των 2000 κατοίκων, επί των οποίων με τη μορφή δωματίων ή διαμερισμάτων επιτρέπεται η σύσταση οριζόντιων ή κάθετων ιδιοκτησιών και η σύσταση ή μεταβίβαση ενοικίων και εμπραγμάτων δικαιωμάτων σε τρίτους. Η μακροχρόνια μίσθωση συνομολογείται για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 10 ετών. Το ποσοστό των δυνάμενων να πωληθούν ή εκμισθωθούν μακροχρονίως τμημάτων των ξενοδοχείων συνιδιοκτησίας δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει το 50% της συνολικής επιφάνειας των χώρων διαμονής. Επιτρέπεται η δημιουργία ξενοδοχείων συνιδιοκτησίας και με μετατροπή υφιστάμενων ξενοδοχειακών καταλυμάτων εντός σχεδίου και εντός ορίων οικισμών.

Προς προστασία του προϊόντος και των υποψήφιων αγοραστών-μισθωτών, όπως και με τα σύνθετα τουριστικά καταλύματα, επιβάλλονται μια σειρά από υποχρεώσεις στους φορείς διαχείρισης των ξενοδοχείων συνιδιοκτησίας, σύμφωνα με το Άρθρο 3 του Ν.4179/2013(ΦΕΚ 175 Α):

- Οι φορείς διαχείρισης του ξενοδοχείου συνιδιοκτησίας οφείλουν να διατηρούν το σύνολο των κοινοχρήστων χώρων και εγκαταστάσεων του ξενοδοχείου σε λειτουργική ετοιμότητα σε όλη τη διάρκεια του έτους.
- Τα ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας διέπονται από Κανονισμό Συνιδιοκτησίας και Λειτουργίας που καταρτίζεται με συμβολαιογραφική πράξη από τον ιδιοκτήτη του ακινήτου και εγκρίνεται με απόφαση του υπουργού Του-

ρισμού. Με τον κανονισμό, που γράφεται μαζί με την πράξη σύστασης οριζοντίων και κάθετων ιδιοκτησιών, καθορίζονται: τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ιδιοκτητών ή μισθωτών των αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών, οι περιορισμοί των δικαιωμάτων τους, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις επί των κοινόκτητων και κοινοχρήστων χώρων, των εγκαταστάσεων και υπηρεσιών, τα ζητήματα που αφορούν τον φορέα διαχείρισης και λειτουργίας, τη διοίκηση του ξενοδοχείου, την εποπτεία και την άσκηση ελέγχου επί των επιμέρους αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών, τις ελάχιστες παρεχόμενες ξενοδοχειακές και τουριστικές υπηρεσίες προς τους ιδιοκτήτες ή μισθωτές σε ετήσια βάση, οι κοινές δαπάνες και ο τρόπος υπολογισμού και κατανομής στους ιδιοκτήτες ή μισθωτές των αυτοτελών διηρημένων ιδιοκτησιών, ο τρόπος και το είδος εκμετάλλευσης των κοινόκτητων χώρων, έργων και υπηρεσιών.

- Τα εμπράγματα δικαιώματα, καθώς και τα δικαιώματα μακροχρόνιας μίσθωσης που αποκτώνται από ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας σημειώνονται στα περιθώρια των οικείων βιβλίων μεταγραφών των αρμόδιων Υποθηκοφυλακείων ή Κτηματολογικών Γραφείων. Σημειωτέα πράξη αποτελούν τα σχετικά συμβόλαια μακροχρόνιας μίσθωσης ή μεταβίβασης οριζοντίων ιδιοκτησιών.

Τα ξενοδοχεία συνιδιοκτησίας ή condo hotels εμφανίστηκαν στις ΗΠΑ από τη δεκαετία του 1960 και από τότε εξαπλώθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο, παρουσιάζοντας περιόδους άνθησης και ύφεσης αυτού του είδους των επενδύσεων. Στην Ελλάδα μετά τη θεσμοθέτησή τους το 2013 δεν έχει υπάρξει μέχρι σήμερα επενδυτικό ενδιαφέρον για τη δημιουργία condo hotel σε νέο ή υφιστάμενο ξενοδοχειακό κατάλυμα. Δημοσιεύματα στον τύπο στις αρχές του 2018 αναφέρουν ότι οι νέοι ιδιοκτήτες του ιστορικού ξενοδοχείου Hilton στην Αθήνα προσανατολίζονται στη διαμόρφωσή του σε condo hotel, χωρίς όμως να έχουν προβεί ακόμα σε σχετικές διοικητικές ενέργειες.

#### **2.4.1.6. Οργανωμένοι υποδοχείς τουριστικών δραστηριοτήτων**

Το θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη τουριστικής δραστηριότητας και τουριστικής-παραθεριστικής κατοικίας ενισχύεται με τις Διατάξεις του Ν. 4179/2013 (ΦΕΚ 175 Α), που εισάγουν την έννοια του οργανωμένου υποδοχέα τουριστικών δραστηριοτήτων, ο οποίος ορίζεται ως «η περιοχή που αναπτύσσεται βάσει ενιαίου σχεδιασμού, προκειμένου να λειτουργήσει κατά κύρια χρήση ως οργανωμένος χώρος ανάπτυξης δραστηριοτήτων τουρισμού-αναψυχής και άλλων συνοδευτικών του τουρισμού δραστηριοτήτων» (Άρθρο 1 του Ν.4179/2013).

Ο νόμος αυτός, όπως επισημαίνεται στην αιτιολογική του έκθεση, επαναπροσεγγίζει τα θέματα χωροταξίας, μετά την έγκριση του πρώτου χωροταξικού πλαισίου για τον τουρισμό, σε μια νέα βάση με σκοπό τον περιορισμό της διάσπαρτης δόμησης τουριστικών εγκαταστάσεων σε περιοχές εκτός

σχεδίων πόλεων και ορίων οικισμών μέσω της θεσμοθέτησης ζωνών με χρήση γης «τουρισμός- αναψυχή» και οργανωμένων υποδοχέων τουριστικών δραστηριοτήτων, ώστε να ενισχυθεί συνολικά η ελκυστικότητα αυτών των τουριστικών επενδύσεων απέναντι στη σημειακή χωροθέτηση τουριστικών εγκαταστάσεων στον εκτός σχεδίου χώρο. Ο οργανωμένος χώρος ανάπτυξης δραστηριοτήτων τουρισμού- αναψυχής και άλλων συνοδευτικών του τουρισμού δραστηριοτήτων περιλαμβάνει όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες που υποστηρίζουν τον τουρισμό πλην της βιομηχανίας και άλλων οχλουσών χρήσεων.

Ως οργανωμένοι υποδοχείς τουριστικών δραστηριοτήτων νοούνται ιδίως (Άρθρο 1 παρ. 1.β του Ν. 4179/2013):

- Οι περιοχές Ολοκληρωμένης Τουριστικής Ανάπτυξης (Π.Ο.Τ.Α.) του Άρθρου 29 του Ν. 2545/1997 (ΦΕΚ 254 Α).
- Οι περιοχές Ειδικά Ρυθμιζόμενης Πολεοδομίας (Π.Ε.Ρ.Π.Ο) του Άρθρου 24 του Ν.2508/1997 (ΦΕΚ 124 Α), στις οποίες επιτρέπονται χρήσεις τουρισμού-αναψυχής.
- Τα Δημόσια Ακίνητα, των οποίων ο βασικός χωρικός προορισμός σύμφωνα με τα οικεία εγκεκριμένα Ειδικά Σχέδια Χωρικής Ανάπτυξης Δημοσίων Ακινήτων (Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α.) του Άρθρου 12 του Ν.3986/2011 (ΦΕΚ 152 Α) είναι ο τουρισμός-αναψυχής ή η δημιουργία παραθεριστικού-τουριστικού χωριού ή ο συνδυασμός των παραπάνω χρήσεων.
- Περιοχές για τις οποίες εκδίδονται Ειδικά Σχέδια Χωρικής Ανάπτυξης Στρατηγικών Επενδύσεων (Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε.) του Άρθρου 24 του Ν.3894/2010 (ΦΕΚ 204 Α) για επενδύσεις στον τομέα του τουρισμού.

Οι προϋποθέσεις, η διαδικασία και η ελάχιστη απαιτούμενη επιφάνεια για την οριοθέτηση, τον χαρακτηρισμό, τον καθορισμό ή τη δημιουργία των παραπάνω οργανωμένων υποδοχέων τουριστικών δραστηριοτήτων ορίζονται από τις οικείες για κάθε κατηγορία οργανωμένου υποδοχέα τουριστικών δραστηριοτήτων Διατάξεις (Άρθρο 1 παρ.2 του Ν.4179/2013). Ο κάθε οργανωμένος υποδοχέας αποτελεί ως εκ τούτου εργαλείο αυτοτελούς σχεδιασμού έργων και δραστηριοτήτων, που εγκρίνεται με προεδρικό διάταγμα, το οποίο με τη σειρά του καθορίζει τις επιτρεπόμενες χρήσεις, τους όρους και περιορισμούς δόμησης, υποκείμενο στον προληπτικό έλεγχο συνταγματικότητας του Συμβουλίου της Επικρατείας. Γίνεται δε συνεχής αναφορά στον εν λόγω νόμο στην υποχρέωση των οργανωμένων υποδοχέων τουριστικών δραστηριοτήτων να ακολουθούν τους κανόνες χωροθέτησης, που έχουν καθορισθεί από το Ειδικό Χωροταξικό Πλαίσιο για τον Τουρισμό.

Όσον αφορά στις δυνατότητες ανάπτυξης τουριστικής-παραθεριστικής κατοικίας στους οργανωμένους υποδοχείς τουριστικών δραστηριοτήτων επισημαίνονται πολύ συνοπτικά τα εξής για τις 3 μορφές (Π.Ο.Τ.Α., Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α., Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε.):

### **Π.Ο.Τ.Α.**

Περιοχές Ολοκληρωμένης Τουριστικής Ανάπτυξης (Π.Ο.Τ.Α.) χαρακτηρίζονται δημόσιες ή ιδιωτικές εκτάσεις εκτός εγκεκριμένων σχεδίων πόλεων και εκτός ορίων οικισμών, όπου δημιουργείται ένα σύνολο τουριστικών εγκαταστάσεων, αποτελούμενο από ξενοδοχεία διαφόρων λειτουργικών μορφών, εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής, καθώς και συμπληρωματικές εγκαταστάσεις αναψυχής, άθλησης και γενικά υπηρεσιών διάθεσης του ελεύθερου χρόνου των τουριστών.

Αναπτύσσονται από τον ίδιο φορέα ίδρυσης και εκμετάλλευσης σε επιφάνεια τουλάχιστον 800 στρεμμάτων, που είναι ιδιόκτητη κατά 80%.

Στις Π.Ο.Τ.Α. επιτρέπονται όλες οι χρήσεις που περιγράφονται στην κατηγορία χρήσεων τουρισμός-αναψυχή του Προεδρικού Διατάγματος για τις χρήσεις γης, ειδικά όμως για τη χρήση κατοικίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση η κατασκευή τουριστικών καταλυμάτων κατηγορίας 5 ή/και 4 αστέρων με συνολική δυναμικότητα τουλάχιστον 1.000 κλινών και δύο τουλάχιστον εγκαταστάσεων ειδικής τουριστικής υποδομής.

Σε περίπτωση που η Π.Ο.Τ.Α. δεν πολεοδομείται, επιτρέπεται η σύσταση διηρημένων οριζοντίων και κάθετων ιδιοκτησιών επί των τυχόν εγκρινόμενων μη αμιγώς τουριστικών εγκαταστάσεων και μόνο κάθετων ιδιοκτησιών επί των τουριστικών εγκαταστάσεων και η κατόπιν συμβάσεων παραχώρηση σε τρίτους ενοικίων και εμπραγμάτων δικαιωμάτων επ' αυτών.

Κατ' εξαίρεση όμως επιτρέπεται η σύσταση οριζόντιων διηρημένων ιδιοκτησιών και επί των τουριστικών εγκαταστάσεων, εφόσον πρόκειται για τμήματα υφισταμένων εντός Π.Ο.Τ.Α. τουριστικών εγκαταστάσεων, τα οποία μετατρέπονται σε σύνθετα τουριστικά καταλύματα βάσει των Διατάξεων των Άρθρων 8 και 9 του Ν.4002/2011, τμήματα των οποίων δύνανται να μεταβιβάζονται ή να εκμισθώνονται μακροχρόνια σε τρίτους (Άρθρο 29 του Ν.2545/1997, ΦΕΚ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει).

Λόγω τη μεγάλης έκτασης και των κεφαλαίων που απαιτούνται για τη δημιουργία Π.Ο.Τ.Α. σε συνάρτηση με τις πολλαπλές εγκρίσεις και γραφειοκρατικές διαδικασίες που συνοδεύουν μια τέτοιου είδους επένδυση, από τη θέσπιση της σχετικής νομοθεσίας από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 μέχρι σήμερα έχει ιδρυθεί και λειτουργεί μόνο μια Π.Ο.Τ.Α. στη Μεσσηνία. Φορέας ίδρυσης και εκμετάλλευσης είναι η εταιρεία «Τουριστικές Επιχειρήσεις Μεσσηνίας, Ανώνυμη Εταιρεία» (ΤΕΜΕΣ Α.Ε.), η οποία μάλιστα επένδυσε στην αγορά των τουριστικών κατοικιών, προχωρώντας το 2018 σε δημιουργία σύνθετου τουριστικού καταλύματος εντός της Π.Ο.Τ.Α. συνολικής δυναμικότητας 1.230 κλινών. Το σύνθετο τουριστικό κατάλυμα περιλαμβάνει υφιστάμενο ξενοδοχείο 5 αστέρων, υφιστάμενο κέντρο θαλασσοθεραπείας και τουριστικές επιπλωμένες κατοικίες με μέγιστο επιτρεπόμενο ποσοστό μεταβίβασης ή μακροχρόνιας εκμίσθωσής τους

στο 30% της συνολικής δομούμενης επιφάνειας του σύνθετου τουριστικού καταλύματος, που είναι 1.300.158 τ.μ.

### **Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α.**

Η αξιοποίηση των δημοσίων ακινήτων με βασικό χωρικό προορισμό τον τουρισμό-αναψυχή ή τη δημιουργία τουριστικού-παραθεριστικού χωριού ή συνδυασμό και των δύο πραγματοποιείται μέσω του εγκεκριμένου Ειδικού Σχεδίου Χωρικής Ανάπτυξης Δημοσίων Ακινήτων (Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α.), το οποίο δίδει την επενδυτική ταυτότητα στο δημόσιο ακίνητο. Σύμφωνα με τα Άρθρα 11 και 12 του Ν.3986/2011 καθορίζονται με το Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α. εκτός από το βασικό χωρικό προορισμό, οι χρήσεις γης, οι όροι και οι περιορισμοί δόμησης, ειδικές ζώνες προστασίας και ελέγχου στα οριοθετούμενα ακίνητα εφόσον απαιτείται, καθώς και οι περιβαλλοντικοί όροι του σχεδίου σύμφωνα με την προβλεπόμενη στρατηγική μελέτη περιβαλλοντικών επιπτώσεων, η οποία δημοσιοποιείται κατά τις κείμενες διατάξεις. Η έγκριση του Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α πραγματοποιείται με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των αρμοδίων υπουργών.

Τα Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α. του τουρισμού, που έχουν εγκριθεί μέχρι σήμερα είναι τα εξής:

- «Αφάντου Ρόδου» στην περιοχή της παραλίας Αφάντου στο Δήμο Ρόδου εκτάσεως 1.583.757 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό τη μικτή χρήση δηλαδή τουρισμός-αναψυχή και δημιουργία τουριστικού-παραθεριστικού χωριού. Προβλέπεται ότι θα ανακαινιστεί, θα επεκταθεί και θα αναδιαταχθεί το ήδη λειτουργόν γκολφ, που αποτελεί σημείο αναφοράς για την εν λόγω περιοχή (π.δ. «Έγκριση ΕΣΧΑΔΑ με την ονομασία Αφάντου Ρόδου...» Τεύχος ΑΑΠ 180/2016).
- «Ξενία Σκιάθου» στη θέση Κουκουναριές του Δήμου Σκιάθου εκτάσεως 65.977 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό παραθεριστικό-τουριστικό χωριό (π.δ. «Έγκριση ΕΣΧΑΔΑ του δημοσίου ακινήτου με την ονομασία Ξενία Σκιάθου...» Τεύχος ΑΑΠ 1/2015).
- «Αστέρα Βουλιαγμένης» στη Βουλιαγμένη Αττικής επί ακινήτου συνολικής επιφάνειας 301.864,99 τ.μ. με ζώνη που περιλαμβάνει περιοχή τουρισμού-αναψυχής-παραθεριστικής κατοικίας, όπου προβλέπονται δύο υποζώνες: ζώνη για ξενοδοχεία και λοιπές τουριστικές εγκαταστάσεις και ζώνη για κατοικία, όπου επιτρέπεται η ανέγερση μέχρι 15 κατοικιών σε δεκατρείς κατά μέγιστο κτιριακές μονάδες (π.δ. «Έγκριση ΕΣΧΑΔΑ και τροποποίηση του εγκεκριμένου σχεδίου πόλεως Βουλιαγμένης Αττικής στην έκταση του Αστέρα Βουλιαγμένης...» Τεύχος ΑΑΠ 191/2016).
- «Παλιούρι Χαλκιδικής» στο Δήμο Κασσάνδρας Χαλκιδικής επί ακινήτου εκτάσεως 322.572 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό τη χρήση τουρισμός-αναψυχή, όπου επιτρέπονται οι χρήσεις: τουριστικά καταλύματα, ειδικές τουριστικές υποδομές και λοιπές τουριστικές εγκαταστάσεις, κατοικία, εμπορικά καταστήματα, αθλητικές εγκαταστάσεις κ.ο.κ. (π.δ. «Έγκριση ΕΣΧΑΔΑ με την ονομασία «Παλιούρι Χαλκιδικής» ...Τεύχος ΑΑΠ 46/2014).

- «Κασσιώπη Κέρκυρας» στην περιοχή Ερημίτης στην Κασσιώπη Κέρκυρας επί ακινήτου εκτάσεως περίπου 447 στρεμμάτων με βασικό χωρικό προορισμό παραθεριστικό-τουριστικό χωριό, όπου επιτρέπεται η χρήση παραθεριστικής κατοικίας και ξενοδοχείου, καθώς και όλες οι υπόλοιπες προβλεπόμενες χρήσεις (π.δ.12/15.11.2013 Τεύχος ΑΑΠ 406).
- «Άγιος Ιωάννης Σιθωνίας» στη Νικήτη του Δήμου Σιθωνίας Χαλκιδικής συνολικής επιφανείας 267.355 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό μικτή χρήση με ζώνη περιοχής τουρισμού-αναψυχής, όπου επιτρέπονται τουριστικά καταλύματα, ειδικές τουριστικές υποδομές, κατοικία κ.ο.κ., καθώς και ζώνη παραθεριστικό-τουριστικό χωριό με όλες τις προβλεπόμενες χρήσεις (π.δ. «Έγκριση Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α. με την ονομασία Άγιος Ιωάννης Σιθωνίας...» Τεύχος ΑΑΠ 16/2015).
- «Castello Bibelli» στην περιοχή Κάτω Κορακιάνα του δήμου Κέρκυρας εκτάσεως 77.019 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό τη μικτή χρήση με ζώνη περιοχής τουρισμού-αναψυχής, όπου επιτρέπονται τουριστικά καταλύματα, ειδικές τουριστικές υποδομές και λοιπές τουριστικές εγκαταστάσεις, καθώς και ζώνη παραθεριστικό-τουριστικό χωριό με χρήσεις παραθεριστικής κατοικίας και αθλητικών εγκαταστάσεων και εγκαταστάσεων υποστήριξης των τουριστικών-ξενοδοχειακών λειτουργιών (π.δ. «Έγκριση Ε.Σ.Χ.Α.Δ.Α. με την ονομασία Castello Bibelli... Τεύχος ΑΑΠ 186/2017).

### **Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε.**

Τα Ειδικά Σχέδια Χωρικής Ανάπτυξης Στρατηγικών Επενδύσεων (Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε.) για επενδύσεις στον τομέα του τουρισμού, διέπονται από τις Διατάξεις του Ν.3894/2010 (ΦΕΚ 204 Α), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Με το νόμο αυτό εισήχθη στην ελληνική έννομη τάξη η έννοια της στρατηγικής επένδυσης, η οποία ορίζεται στο Άρθρο 1 του εν λόγω νόμου ως εξής: «ως στρατηγικές επενδύσεις νοούνται οι παραγωγικές επενδύσεις που επιφέρουν ποσοτικά και ποιοτικά αποτελέσματα σημαντικής εντάσεως στη συνολική εθνική οικονομία και προάγουν την έξοδο της χώρας από την οικονομική κρίση».

Οι στρατηγικές επενδύσεις αφορούν ιδίως την κατασκευή, ανακατασκευή, επέκταση, αναδιάρθρωση, εκσυγχρονισμό ή στη διατήρηση υφιστάμενων υποδομών, εγκαταστάσεων και δικτύων σε τομείς της οικονομίας, όπου γίνεται αναφορά και στον τουρισμό και πρέπει να πληρούν μια σειρά από προϋποθέσεις, που ανάγονται στο ύψος του συνολικού κόστους της επένδυσης ή/ και στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Μπορούν να πραγματοποιούνται είτε από το Δημόσιο είτε από ιδιώτες είτε με συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα ή με συμβάσεις μικτής μορφής.

Για την πραγματοποίηση στρατηγικών επενδύσεων επί ιδιωτικών ακινήτων δύνανται να καταρτίζονται κατά τις Διατάξεις του Άρθρου 24 του Ν. 3894/2010 (ΦΕΚ 204 Α) Ειδικά Σχέδια Χωρικής Ανάπτυξης Στρατηγικών Επενδύσεων (Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε.), όπως επίσης και σε εκτάσεις με μικτό καθεστώς

ιδιοκτησίας (δημόσιες και ιδιωτικές εκτάσεις), που δεν έχουν περιέλθει στο Ταμείο Αξιοποίησης Δημόσιας Περιουσίας (ΤΑΙΠΕΔ).

Τα Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε. του τουρισμού, που έχουν εγκριθεί μέχρι σήμερα είναι:

- «Kilada Hills» στην Κοιλιάδα του Δήμου Ερμιονίδας στην Αργολίδα επί ακινήτου συνολικής εκτάσεως 2.026.494 τ.μ. με γενικό χωρικό προορισμό της έκτασης τη χρήση «παραθεριστικό-τουριστικό χωριό». Στο σχετικό προεδρικό διάταγμα αναφέρεται ότι καθορίζονται: περιοχή γηπέδου γκολφ, όπου επιτρέπεται η δημιουργία γηπέδου γκολφ με τις απαιτούμενες κτιριακές εγκαταστάσεις, περιοχή ανάπτυξης παραθεριστικού-τουριστικού χωριού, όπου προβλέπεται μεταξύ άλλων επιτρεπόμενων χρήσεων η ανέγερση ξενοδοχείου 5 αστέρων, χρήσεις παραθεριστικής κατοικίας και εγκαταστάσεις εστίασης- αναψυχής (π.δ.3/16.12.2015 «Εγκριση Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε. με την ονομασία Kilada Hills...» Τεύχος ΑΑΠ 245/2015).
- «Ίτανος Γαία» στη θέση Χερσονήσος Σίδερο στην περιοχή Ιτάνου στο Δήμο Σπτείας στην Κρήτη επί ακινήτου εκτάσεως 22.120.349 τ.μ. με βασικό χωρικό προορισμό τη χρήση «τουρισμός-αναψυχή». Στη ζώνη Α που είναι η περιοχή τουρισμού-αναψυχής επιτρέπονται οι ακόλουθες χρήσεις: τουριστικά καταλύματα, δηλαδή κύρια και μη κύρια ξενοδοχειακά καταλύματα, σύνθετα τουριστικά καταλύματα, ειδικές τουριστικές υποδομές και λοιπές τουριστικές εγκαταστάσεις, ήπιες λιμενικές υποδομές, εμπορικά καταστήματα και καταστήματα παροχής υπηρεσιών, αθλητικές και πολιτιστικές εγκαταστάσεις, θρησκευτικοί χώροι, περίθαλψη, εστίαση, αναψυχή κ.ο.κ. (π.δ. «Εγκριση Ε.Σ.Χ.Α.Σ.Ε. Ίτανος Γαία στη θέση Χερσονήσος Σίδερο...» Τεύχος ΑΑΠ 38/2016).

### **ΣΟΑ του μητροπολιτικού πόλου Ελληνικού-Αγίου Κοσμά**

Στην κατηγορία αυτή των οργανωμένων υποδοχέων δραστηριοτήτων, δηλαδή των περιοχών που, σύμφωνα με το Άρθρο 1 του Ν.4447/2016 (ΦΕΚ 241Α), αναπτύσσονται βάσει ολοκληρωμένου σχεδιασμού, προκειμένου να λειτουργήσουν ως οργανωμένοι χώροι ανάπτυξης παραγωγικών και επιχειρηματικών δραστηριοτήτων, εντάσσεται και το Σχέδιο Ολοκληρωμένης Ανάπτυξης (ΣΟΑ) του Μητροπολιτικού πόλου Ελληνικού-Αγίου Κοσμά Περιφέρειας Αττικής, συνολικής επιφάνειας 6.008.076,24 τ.μ. (π.δ. «Εγκριση ΣΟΑ του Μητροπολιτικού Πόλου Ελληνικού-Αγίου Κοσμά» Τεύχος ΑΑΠ 35/2018). Είχε προηγηθεί ο Ν.4062/2012 (ΦΕΚ 70 Α), με τον οποίο ορίστηκε ότι τα τρία ακίνητα του πρώην αεροδρομίου του Ελληνικού, του πρώην Ολυμπιακού Κέντρου Ιστιοπλοΐας και του αθλητικού κέντρου νεότητας στον Άγιο Κοσμά Αττικής συγκροτούν από κοινού τον Μητροπολιτικό πόλο Ελληνικού-Αγίου Κοσμά.

Ως γνωστόν πρόκειται για ακίνητο πολλαπλών λειτουργιών μητροπολιτικής εμβέλειας και διεθνούς αναφοράς, που στοχεύει στην ενίσχυση της Αθήνας ως τουριστικού προορισμού, επιχειρηματικού κέντρου και χώρου αναψυχής. Όπως επισημαίνεται στη στρατηγική μελέτη περιβαλλοντικών επιπτώσεων του ΣΟΑ, το έργο θα αποτελέσει ναυαρχίδα στον σχεδιασμό της Αθήνας,

αλλά και της χώρας με έντονο συμβολισμό, όπου στο εσωτερικό του θα υπάρχουν επιμέρους τοπόσημα, όπως είναι τα ψηλά κτίρια-σύμβολα, γενικότερα κτίρια ειδικής αρχιτεκτονικής σχεδίασης, αλλά και ευρύτερα σημεία προορισμού, όπως οι επιμέρους γειτονιές και το Μητροπολιτικό πάρκο.

Σύμφωνα με το σχετικό π.δ. προβλέπεται συνδυασμός χρήσεων γης, οι οποίες προωθούν την οικιστική πολυμορφία και περιλαμβάνουν τουρισμό, αναψυχή, κατοικία, επιχειρηματικές δραστηριότητες, εμπορικές λειτουργίες, εκπαίδευση, έρευνα και υγεία, πολιτισμό και αθλητισμό κ.ά. Ειδικότερα καθορίζεται «Γειτονιά τουρισμού-αναψυχής και επιχειρηματικού πάρκου» εκτάσεως 634.144,96 τ.μ., όπου επιτρέπονται όλες οι γενικές χρήσεις που αντιστοιχούν στην κατηγορία «τουρισμός-αναψυχή» και εκεί αποφασίστηκε η ίδρυση και λειτουργία επιχείρησης καζίνο, ενώ στις περιοχές προς πολεοδομηση με χρήση «γενική κατοικία» επιτρέπεται η κατασκευή ξενοδοχείων μέχρι 100 κλινών, υπηρετώντας το πρότυπο της μίξης χρήσεων και της πολυλειτουργικότητας του Μητροπολιτικού πόλου. Ο σχεδιασμός του επιλέγει να συγκεράσει και να συνθέσει δημιουργικά, σύμφωνα με τη ΣΜΠΕ, τον περισσότερο ήπιο χαρακτήρα της κατοικίας με αυτό του δυναμικού, ανταγωνιστικού και εξωστρεφούς χαρακτήρα του τουρισμού, που αποτελεί και βασική προγραμματική επιλογή για τη συγκεκριμένη κατηγορία χώρου στην Αττική.

#### **2.4.1.7. Το φαινόμενο του sharing economy στην τουριστική διαμονή**

Το νομοθετικό πλαίσιο, που περιλαμβάνει αυτή η ενότητα, αναφέρεται στις δυνατότητες ανάπτυξης παραθεριστικής-τουριστικής κατοικίας προς πώληση ή μακροχρόνια μίσθωση ως τμήμα τουριστικής δραστηριότητας που αδειοδοτείται ή σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία «γνωστοποιείται», δηλαδή λειτουργεί υπό την εποπτεία του κράτους με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις, που εγγυώνται την προστασία της υγείας και της ασφάλειας του καταναλωτή, την τόνωση της απασχόλησης και την ενίσχυση της τοπικής οικονομίας.

Με τη ραγδαία ανάπτυξη της συνεργατικής οικονομίας ή sharing economy στην τουριστική διαμονή, ως νέου μοντέλου επιχειρηματικής δραστηριότητας, έχει μεταβληθεί άρδην η αγορά των ακινήτων, αφού πλέον διαμερίσματα, εξοχικές κατοικίες, δωμάτια προσφέρονται προς μίσθωση σε τουρίστες. Η πίεση αυτού του ρεύματος οδήγησε σε ριζική μεταβολή της τουριστικής νομοθεσίας, η οποία πλέον επιτρέπει τις βραχυχρόνιες μισθώσεις ακινήτων ιδιωτών, που αποτελούσαν «προνόμιο» των τουριστικών καταλυμάτων από τη δεκαετία του 1930 (Άρθρο 111 του Ν.4446/2016, ΦΕΚ 240 Α, όπως αντικαταστάθηκε με το Άρθρο 84 του Ν.4472/2017, ΦΕΚ 74 Α).

Αν και το φαινόμενο αυτό αφορά προς το παρόν τις βραχυχρόνιες μισθώσεις ακινήτων σε τουρίστες κατά κύριο λόγο νέων ηλικιών, εντούτοις είναι πολύ πιθανό, σε ένα ταχέως εξελισσόμενο περιβάλλον, να παρουσιασθούν στο πλαίσιο της συνεργατικής οικονομίας προϊόντα πιο μακροπρόθεσμης διαμονής, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας.



#### 2.4.1.8. Άδεια εισόδου παραμονής

Η Ελλάδα προσφέρει σαφώς πολλά πλεονεκτήματα ως χώρα διαμονής για τους συνταξιούχους, αλλά προκειμένου να ζήσει κάποιος νόμιμα στην Ελλάδα ως συνταξιούχος θα πρέπει να είναι σε θέση να δηλώσει τις πηγές εισοδήματός του: σύνταξη από κοινωνική ασφάλιση, επιστροφές ανταποδοτικών κεφαλαίων και μερίσματα, λογαριασμοί συνταξιοδότησης ή ακίνητα. Προϋποτίθεται η δήλωση εισοδήματος τουλάχιστον 2.000€ το μήνα, με τη σχετική κατάλληλη τεκμηρίωση.

Μελέτες έχουν δείξει ότι το ιδανικό μέσο μηνιαίο εισόδημα για έναν συνταξιούχο στην Ευρώπη για να είναι σε θέση να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες του και προκειμένου να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης, κυμαίνεται μεταξύ 3.000 και 4.000€.

Οι διακρατικές συμφωνίες και το ισχύον καθεστώς αναφορικά με τη χορήγηση άδειας εισόδου και παραμονής στη χώρα είναι ένας σημαντικός παράγοντας. Οι πολίτες της Ευρώπης μπορούν να υποβάλουν αίτηση για πιστοποιητικό εγγραφής μετά τη διαμονή τους στην Ελλάδα για τρεις μήνες. Εάν επιθυμούν να αγοράσουν κάποιο ακίνητο στην Ελλάδα, τότε λαμβάνουν άδεια παραμονής έως και πέντε χρόνια. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι φόροι ιδιοκτησίας είναι υψηλοί στην Ελλάδα, γεγονός που συνιστά ανασταλτικό παράγοντα για τους ενδιαφερόμενους απόκτησης ακινήτου στη χώρα μας.

Η θεώρηση εισόδου κατά κανόνα χορηγείται από την προξενική αρχή του τόπου κατοικίας του υπηκόου της τρίτης χώρας και διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες: α) τη θεώρηση εισόδου για βραχεία διαμονή (visa schengen) και β) τη θεώρηση εισόδου για διαμονή μακράς διάρκειας (Εθνική Θεώρηση). Σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος υπήκοος τρίτης χώρας προτίθεται να παραμείνει στην Ελλάδα για χρονικό διάστημα που δεν υπερβαίνει τους τρεις μήνες από την ημερομηνία της πρώτης εισόδου ανά εξάμηνη περίοδο, οφείλει να κατέχει θεώρηση εισόδου βραχείας διαμονής, την οποία υποχρεούται να αιτηθεί πριν εισέλθει στην Ελλάδα.

Οι ενδιαφερόμενοι ηλικιωμένοι τρίτων χωρών μπορούν να εξακριβώσουν κατά πόσο απαιτείται να κατέχουν θεώρηση από τον σχετικό κατάλογο του ελληνικού υπουργείου Εξωτερικών, ανάλογα με την ιθαγένειά τους και τον τύπο διαβατηρίου που κατέχουν (απλό, υπηρεσιακό, διπλωματικό). Η αίτηση για την έκδοση θεώρησης εισόδου βραχείας διαμονής υποβάλλεται πριν από την έναρξη της επίσκεψης και μαζί με την αίτηση ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει συνυποβάλλει ταξιδιωτικό έγγραφο, δικαιολογητικά έγγραφα που να αποδεικνύουν τον σκοπό του ταξιδιού, καθώς και ότι διαθέτει επαρκή μέσα διαβίωσης και ταξιδιωτική ιατρική ασφάλιση που θα καλύπτει όλη την περίοδο της προβλεπόμενης παραμονής.

Επίσης, σύμφωνα με το Άρθρο 5 του Κώδικα Μετανάστευσης, πολίτης τρίτης χώρας που δεν έχει υποχρέωση θεώρησης εισόδου, επιτρέπεται να εισέρχεται και να παραμένει στην ελληνική επικράτεια για διάστημα το οποίο δεν υπερβαίνει τις 90 ημέρες εντός οιασδήποτε περιόδου 180 ημερών από την ημερομηνία της πρώτης εισόδου. Επιπλέον, πολίτης τρίτης χώρας που εισέρχεται στη χώρα για τουρισμό, συνέδρια, πολιτιστικές και αθλητικές εκδηλώσεις και γενικά για ολιγοήμερη διαμονή, μπορεί να παραμείνει προσωρινά χωρίς άδεια διαμονής, για όσο χρόνο ισχύει η προξενική θεώρηση ή για χρονικό διάστημα μέχρι ενενήντα ημερών εντός οιασδήποτε περιόδου εκατόν ογδόντα ημερών εάν πρόκειται για πολίτη τρίτης χώρας στον οποίο επιτρέπεται η είσοδος χωρίς προξενική θεώρηση.

#### 2.4.1.9. Χρυσή βίζα-αγορά κατοικίας

Το 2013 η Ελλάδα ενέταξε στον αναπτυξιακό νόμο ρύθμιση σύμφωνα με την οποία πολίτες τρίτων χωρών μπορούν να αποκτήσουν άδεια παραμονής πέντε ετών, με την προϋπόθεση αγοράς ακινήτου αξίας άνω των 250.000€. Το ελληνικό πρόγραμμα «χρυσή βίζα» προβλέπει μεταξύ άλλων:

- Ελάχιστη επένδυση 250.000€ για αγορά ακινήτου.
- Οι επενδυτές κατοχυρώνουν το δικαίωμα για μόνιμη άδεια παραμονής, αλλά και ιθαγένεια. Η αίτηση για ιθαγένεια μπορεί να κατατεθεί έπειτα από επτά χρόνια διατήρησης της άδειας παραμονής.
- Άδεια παραμονής μπορούν να εξασφαλίσουν όλα τα μέλη της οικογένειας (σύζυγος και παιδιά μέχρι 21 ετών), οι γονείς τους και οι γονείς του/της συζύγου. Ακόμα και μετά τα 21 τους χρόνια, τα παιδιά μπορούν να λάβουν παράταση της άδειας παραμονής για τρία χρόνια.
- Οι επενδυτές έχουν τη δυνατότητα να μεταβιβάσουν το ακίνητό τους σε άλλο ξένο υπήκοο μαζί με την άδεια παραμονής. Δεν υπάρχει ελάχιστος χρόνος διατήρησης του ακινήτου στην κατοχή τους πριν το μεταβιβάσουν.
- Δεν είναι απαραίτητο για τον αγοραστή του ακινήτου ή για τα μέλη της οικογένειάς του να μένουν στην Ελλάδα προκειμένου να διατηρήσουν τις άδειες παραμονής.
- Οι κάτοχοι των αδειών παραμονής μπορούν να ταξιδεύουν ελεύθερα στα υπόλοιπα κράτη – μέλη της ζώνης Schengen. Μπορούν να ταξιδεύουν κατευθείαν από τις χώρες που κατοικούν, χωρίς προηγουμένως να περάσουν από την Ελλάδα.
- Αν κάποιος επενδυτής επιθυμεί να πραγματοποιήσει μια αγορά ακινήτου στην Ελλάδα με έναν φίλο ή συγγενή δευτέρου βαθμού, κλπ., για να αποκτήσει τα δικαιώματα της «χρυσής βίζας» θα πρέπει ο κάθε ένας να δαπανήσει τουλάχιστον 250.000€ στο ίδιο ακίνητο.

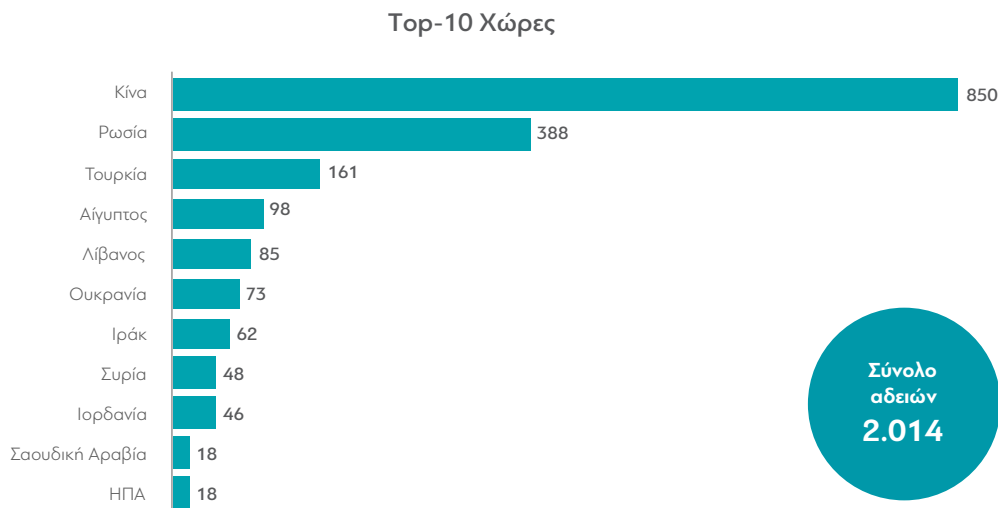
Το τελευταίο διάστημα έχουν δοθεί στη δημοσιότητα πληροφορίες που αφορούν τη σχεδιαζόμενη τροποποίηση των ρυθμίσεων της χρυσής βίζας, προκειμένου να διευκολυνθεί και να διευρυνθεί η απόκτησή της από τα ενδιαφερόμενα άτομα.

Τα προηγούμενα χρόνια χιλιάδες αλλοδαποί έχουν εξασφαλίσει άδεια παραμονής. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία από τον οργανισμό Enterprise Greece (Διάγραμμα 13), με το πέρας του 9μήνου του 2017, ο συνολικός αριθμός των αδειών που έχουν χορηγηθεί σε ξένους επενδυτές-ιδιοκτήτες ακινήτων από την έναρξη του προγράμματος στα μέσα του 2013 ανέρχεται σε 2.014, έναντι 1.550 στο τέλος του 2016.<sup>1</sup> Κατά το 2017 έχουν λάβει άδειες παραμονής 464 νέοι επενδυτές ενώ εκκρεμεί η ολοκλήρωση της αδειοδότησης εκατοντάδων ακόμη, οι οποίοι προχώρησαν σε αγορές εξοχικών και μη ακινήτων κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού του 2017. Οι περισσότερες άδειες έχουν δοθεί σε Κινέζους (850) και ακολουθούν οι Ρώσοι (388) και οι Τούρκοι (161). Οι Κινέζοι αγοράζουν κυρίως για επιχειρηματικούς λόγους, ενώ οι Ρώσοι και οι Τούρκοι κυρίως για απόκτηση δευτερεύουσας κατοικίας.

Ειδικότερα για τους Ρώσους, η αξία των ακινήτων που έχουν περιέλθει στην κατοχή τους τα τελευταία χρόνια, κυρίως στη Χαλκιδική, ανέρχεται σε 19,3 εκατ. €. Σύμφωνα δε με τα στοιχεία του πρώτου εξαμήνου του 2018 ο αριθμός των αδειών παραμονής σε Ρώσους για αγορά ακινήτων έφθασε τις 426.

Συνολικά, πέραν των 2.014 αδειών προς επενδυτές έχουν χορηγηθεί και επιπλέον 2.948 άδειες στα μέλη των οικογενειών τους, με αποτέλεσμα από το 2013 μέχρι σήμερα οι άδειες να ανέρχονται σε 4.962.

### Διάγραμμα 13: Συνολικές Χορηγήσεις Αδειών Διαμονής Σε Επενδυτές-Αγοραστές Ακινήτων (2017)



**Σημείωση:** Τα μεγέθη αφορούν τη συνολική διάρκεια του προγράμματος, από το 2013 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2017

**Πηγή:** Enterprise Greece, 2017

**Διαθέσιμο στο:** <https://www.enterprisegreece.gov.gr/h-ellada-shmera/zoi-stin-ellada/adeies-diamonhs>

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μέχρι πρότινος, παρά το αυξανόμενο τουριστικό ρεύμα, ελάχιστοι Τούρκοι ενδιαφέρθηκαν και τελικά αγόρασαν ακίνητα στην Ελλάδα στο πλαίσιο του προγράμματος της «χρυσής βίζας».

Το σκηνικό άλλαξε δραματικά μετά την απόπειρα πραξικοπήματος στη γειτονική χώρα το καλοκαίρι του 2016. Με βάση τα επίσημα στοιχεία, ακριβώς ακίνητα για την απόκτηση βίζας έχουν αγοράσει έως σήμερα 161 Τούρκοι, οι μισοί εξ αυτών τον τελευταίο χρόνο.

Δεκάδες αιτήσεις εκκρεμούν στις Περιφέρειες όλης της χώρας, οι οποίες είναι αρμόδιες για την έκδοση των αδειών παραμονής. Στην Αθήνα οι νέοι αγοραστές ζητούν ακίνητα με πρόσβαση στη θάλασσα, στο Παλαιό Φάληρο, στη Γλυφάδα και στη Βουλιαγμένη, πιο σπάνια στο Κολωνάκι και στα βόρεια προάστια. Στη Θεσσαλονίκη προτιμούν το κέντρο.

Άλλο ένα ενδιαφέρον στοιχείο που συνάγεται αφορά και τη μέση αξία της κάθε επένδυσης αγοράς ακινήτου. Βάσει των στοιχείων που ανακοίνωσε το υπουργείο Οικονομίας τον Ιούνιο του 2017, τα συνολικά κεφάλαια που έχουν εισρεύσει στην ελληνική αγορά ακινήτων υπολογίζονται πάνω από 1,1 δισ. €. Αυτό που προκύπτει με βάση τα παραπάνω, είναι ότι η μέση δαπάνη ανά επενδυτή διαμορφώνεται στα 550.000-600.000€, υπερβαίνοντας κατά πολύ το ελάχιστο όριο των 250.000€. Πρόκειται για σαφές δείγμα ότι προτιμώνται πολυτελέστερα και μεγαλύτερα ακίνητα, αρκετά εκ των οποίων κοστίζουν σήμερα αισθητά λιγότερα χρήματα απ' ό,τι στην αρχή της οικονομικής κρίσης το 2010.

Σύμφωνα δε με μεσιτικά γραφεία που δραστηριοποιούνται στη συγκεκριμένη αγορά, στην πλειονότητα των περιπτώσεων των αγοραστών από περιοχές εκτός Ευρώπης, η «χρυσή βίζα» δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά μάλλον ένα πρόσθετο όφελος από την πραγματοποίηση τέτοιων επενδύσεων. Συνήθως οι αγοραστές προχωρούν τη σχετική διαδικασία της λήψης άδειας παραμονής για τους ίδιους και την οικογένειά τους, προκειμένου να είναι ευκολότερη η μετάβασή τους στο μέλλον από και προς την Ελλάδα.

#### **2.4.2. Ενδεδειγμένη πολιτική προσέλκυσης τουριστών τρίτης ηλικίας**

Το κράτος θα πρέπει να καθίσταται αρωγός κατά την ανάπτυξη και υλοποίηση των δυνατοτήτων αναφορικά με τον τουρισμό μακράς διαμονής - παραχείμασης. Θα πρέπει να γίνουν συστηματικές ενέργειες ώστε να επηρεαστεί θετικά το τουριστικό ρεύμα των ατόμων τρίτης ηλικίας στη χώρα μας. Από σήμερα και για τα επόμενα 20 με 30 έτη, προβλέπεται να υπάρξει πολύ μεγάλη αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ανάμεσα στους πληθυσμούς των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών από όπου προέρχεται ο κύριος όγκος των αλλοδαπών τουριστών που επισκέπτονται την Ελλάδα.<sup>240</sup>

Η τουριστική βιομηχανία της χώρας οφείλει να αντιληφθεί έγκαιρα τις δομικές μεταβολές που θα σημειωθούν στον τομέα της ζήτησης και να προσαρμόσει τις παραγωγικές της δυνατότητες στις μελλοντικές ανάγκες μιας νέας γενιάς τουριστών με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Εντούτοις, το πραγματικό δίλημμα που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν όσοι ασχολούνται με τον μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό της τουριστικής πολιτικής, είναι ότι αυτή η κατάσταση δεν θα διαρκέσει επ' αόριστον. Όπως ήδη αναφέρθηκε (κεφ. 1.1.) η έκρηξη του αριθμού των ηλικιωμένων στον ανεπτυγμένο κόσμο θα είναι παροδική και η ηλικιακή σύνθεση θα σταθεροποιηθεί το αργότερο σε 30 με 40 χρόνια.

Η Ελλάδα διαθέτει υποδομή με αξιολογες μονάδες φιλοξενίας και διαμονής ηλικιωμένων ατόμων που δεν έχουν αξιοποιηθεί πλήρως. Το επιστημονικό ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των υγειονομικών και υποστηρικτικών μονάδων έχει υψηλή ακαδημαϊκή εκπαίδευση και προσόντα και είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ιδιαιτερότητες και ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων, ανεξαρτήτως χώρας προέλευσης.

Η Ελλάδα βρίσκεται σε στρατηγικό σημείο στην Ευρώπη που την συνιστά πόλο έλξης, ειδικά από τους Βορειοευρωπαίους. Η χώρα θα πρέπει να εκμεταλλευτεί τις πολιτικές συγκυρίες που καθιστούν την Τουρκία μη επιλέξιμο προορισμό, κυρίως για τους Γερμανούς και γενικά τους πολίτες της κεντρικής Ευρώπης, εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό είναι άτομα τρίτης ηλικίας.

Από την άλλη πλευρά, η αγορά κατοικίας καθίσταται εξαιρετικά ελκυστική για τους μη Ευρωπαίους που επιθυμούν να λάβουν υπηκοότητα Ευρωπαίου πολίτη και άρα πρόσβαση στις δυνατότητες που παρέχει η ελεύθερη διακίνηση των πολιτών και υπηρεσιών εντός της Ευρώπης.

Όλες οι περιοχές–προορισμοί θα πρέπει να βελτιωθούν σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι υποδομές, τα οδικά δίκτυα, οι υγειονομικές μονάδες, καθώς και οι ξενοδοχειακές μονάδες. Χρειάζεται περαιτέρω προώθηση εναλλακτικών μορφών τουρισμού και ενίσχυση προνομίων σε αλλοδαπούς που επιθυμούν να αγοράσουν κατοικία στην Ελλάδα.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε αυτό το σημείο, καθώς η προώθηση αυτού του είδους τουρισμού προϋποθέτει να έχει γίνει σωστή τμηματοποίηση της αγοράς και σαφής καθορισμός των χαρακτηριστικών και των αναγκών των ενδιαφερομένων. Οι ηλικιωμένοι δεν πείθονται εύκολα από διαφημίσεις, μιας και έχουν πληθώρα εμπειριών από αυτές.

Για την παραχείμαση ηλικιωμένων στη χώρα μας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως οι ενδιαφερόμενοι, όπως προκύπτει από τις σχετικές έρευνες, δεν επιλέγουν έναν προορισμό αποκλειστικά για τις συνθήκες διαμονής στη διάρκεια του χειμώνα, αλλά ταυτόχρονα επιθυμούν να ικανοποιήσουν τα πολιτιστικά και ψυχαγωγικά τους ενδιαφέροντα.

Επομένως, για να γίνει σωστή προώθηση του τουρισμού αυτού του είδους, θα πρέπει οι πόλεις υποδοχής αυτών των τουριστών να συνεργαστούν κατάλληλα με τους φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ώστε να εξασφα-

λιστούν οι αναγκαίες υπηρεσίες εξυπηρέτησης τους (λ.χ. διευκόλυνση στις μετακινήσεις, υγειονομική κάλυψη) αλλά και να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στους αρχαιολογικούς χώρους, τα πολιτισμικά, λαογραφικά και ιστορικά μουσεία της περιοχής και να γίνουν ενέργειες για ενίσχυση της ασφάλειας και της εύκολης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν είναι βασικά επιδοτούμενα προγράμματα σε όλα τα στοιχεία του τουριστικού πακέτου, ιδιαίτερα στις περιοχές που ευνοούν οι καιρικές συνθήκες και η υποδομή μπορεί να ανταποκριθεί στην κάλυψη των ενδιαφερόμενων τουριστών.

Άλλες δράσεις προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να είναι η συμμετοχή του ΕΟΤ σε διεθνείς εκθέσεις για την προβολή του τουρισμού μακράς διαμονής-παρακείμεσης, διακρατικές συμφωνίες για την προσέλκυση και φιλοξενία ατόμων τρίτης ηλικίας για ορισμένους μήνες μέσα στο έτος, επιχειρησιακές δράσεις συνεργασίας ιδιωτικού τομέα με άλλες χώρες (π.χ. με την Ρωσία 2017-2018 με έμφαση στον τουρισμό τρίτης ηλικίας), ενιαία στρατηγική για τη προώθηση και προβολή των διαφορετικών «τουριστικών προϊόντων», την ανάδειξη της Ελλάδας ως βέλτιστο προορισμό για συνταξιούχους, κλπ.

Βασικές συνιστώσες, τέλος, μια στοχευμένης στρατηγικής είναι η επένδυση σε προσβάσιμες υποδομές, η ενίσχυση μέσω του Αναπτυξιακού Νόμου των επενδύσεων ποιοτικού εκσυγχρονισμού και η πάταξη της αισχροκέρδειας μέσω αυστηροποίησης των διοικητικών ελέγχων σε μη αδειοδοτημένα καταλύματα.

Στοχευμένες ενέργειες προσέλκυσης ηλικιωμένων:

- **Προτιμήσεις ψυχαγωγίας:** Ο ηλικιωμένος εκλαμβάνει την ψυχαγωγία ως μια αλληλουχία γεγονότων τα οποία αφήνουν ευχάριστες αναμνήσεις. Επομένως, οι τουριστικές επιχειρήσεις προκειμένου να ανταποκριθούν στις προσδοκίες του, θα πρέπει να αποκτήσουν πελατοκεντρική προσέγγιση και εξειδίκευση στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, να προσφέρουν δηλαδή ολοκληρωμένες «καταναλωτικές» εμπειρίες με στόχευση στην κάλυψη δεδομένων προσδοκιών. Ο ηλικιωμένος τουρίστας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως «φιλοξενούμενος» και όχι ως «πελάτης». Οι φιλοξενούμενοι ενδιαφέρονται λιγότερο για την υλιστική διάσταση των προσφερόμενων υπηρεσιών και περισσότερο για τα αισθήματα που δημιουργούν οι εμπειρίες και για τις αναμνήσεις που αφήνουν.
- **Διατροφικές προτιμήσεις:** Η μεσογειακή κουζίνα αποτελεί άλλο ένα συγκριτικό πλεονέκτημα για την Ελλάδα. Σύμφωνα με έρευνα της GPO2 αναφορικά με τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της χώρας στην προσπάθεια προσέλκυσης περισσότερων ηλικιωμένων τουριστών, τα σημαντικότερα εξ αυτών είναι η ποιότητα της ελληνικής κουζίνας, η ποικιλία των φαγητών και η φιλική εξυπηρέτηση που προσφέρουν οι εργαζόμενοι

στα ξενοδοχεία. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα υγιεινής διατροφής για λόγους υγείας. Επιπλέον συνδυάζουν το φαγητό εκτός οικίας με τη διασκέδαση και την κοινωνικοποίηση.

- **Διαχείριση κρίσεων:** Οι ηλικιωμένοι έχουν αρκετό ελεύθερο χρόνο και αρέσκονται να παρακολουθούν καθημερινά τα ειδησεογραφικά δελτία των ηλεκτρονικών μέσων μαζικής ενημέρωσης. Διαβάζουν συχνότερα εφημερίδες και περιοδικά και είναι πιθανότερο να πληροφορηθούν μια αρνητική είδηση που σχετίζεται με κάποιον προορισμό. Γι' αυτό, είναι οι πρώτοι που θα μεταβάλλουν τις επιλογές τους σε περιόδους κρίσεων. Επομένως η Πολιτεία θα πρέπει να διαθέτει τα μέσα για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνιακής διαχείριση των κρίσεων.
- **Μάρκετινγκ:** Οι τουριστικές επιχειρήσεις σπάνια προσεγγίζουν τους ηλικιωμένους με στοχευμένα μηνύματα που να ανταποκρίνονται στον τρόπο που σκέφτονται και συμπεριφέρονται ως άνθρωποι και ως καταναλωτές και που να δίνουν έμφαση στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Προσαρμοσμένα στο ειδικό κοινό, τα μηνύματα, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο κεφ. 4, θα πρέπει να διακινούνται στοχευμένα ώστε να επιτυγχάνεται:
  - Ενημέρωση για τις ειδικά προσαρμοσμένες υπηρεσίες.
  - Ενημέρωση για εκπαιδευτικά προγράμματα για ηλικιωμένους.
  - Προβολή θεματικών μορφών τουρισμού.

## 2.5. Οφέλη Και Εκτιμήσεις

### 2.5.1. Οφέλη

Η Ελλάδα διαθέτει πληθώρα φυσικών και ανθρωπογενών χαρακτηριστικών που της δίνουν τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε ιδανικό προορισμό Τουρισμού μακράς διάρκειας-παραχείμασης, ο οποίος προσφέρει πολλαπλά οφέλη στους προορισμούς υποδοχής. Ορισμένα ενδεικτικά οφέλη είναι τα ακόλουθα:<sup>241</sup>

- Αύξηση της ζήτησης για παραθεριστική κατοικία.
- Δημιουργία αφοσιωμένων και επαναλαμβανόμενων επισκεπτών (είτε οι ίδιοι είτε τα μέλη της οικογένειας).
- Αύξηση της επιβατικής κίνησης στα μέσα μεταφοράς (π.χ. αεροπλάνα) καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου.
- Για κάθε πέντε παραθεριστικές κατοικίες δημιουργείται μια μόνιμη θέση πλήρους απασχόλησης στους τομείς της συντήρησης και καθαριότητας των κτιρίων ή της φροντίδας των κήπων.
- Οι δημοτικοί φόροι και οι φόροι περιουσίας που πληρώνονται από τους αλλοδαπούς ιδιοκτήτες, αυξάνουν τα δημόσια έσοδα χωρίς να προξενούν τις αρνητικές επιπτώσεις μιας ισόποσης δημοσιονομικής απορρόφησης.

Οι προοπτικές είναι καλύτερες για τις περιοχές που διαθέτουν νοσοκομειακές υποδομές, ικανοποιητικό δίκτυο συγκοινωνιών, τουριστικό ενδιαφέρον, υψηλή μέση θερμοκρασία- ήπιο κλίμα και ικανοποιητική ηλιοφάνεια κατά τους χειμερινούς μήνες.<sup>242</sup>

Για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες και τα εμπόδια που σχετίζονται με την οργανωμένη οικιστική ανάπτυξη, το κράτος μαζί με τις περιφέρειες και τους ΟΤΑ, θα πρέπει να ενθαρρύνει την πιλοτική ανάπτυξη του τουρισμού μακράς διαμονής - παραχείμασης σε πολύ συγκεκριμένες περιοχές που να καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων. Σε δεύτερο χρόνο και όταν η Ελλάδα χτίσει μια θετική εικόνα στις αγορές του εξωτερικού, η ανάπτυξη θα διαχυθεί από μόνη της σε ολόκληρη την επικράτεια.<sup>243</sup>



## 2.5.2. Εκτιμήσεις

Όπως ήδη αναφέρθηκε το 7,3% των ενήλικων κατοίκων της Ευρώπης δηλώνουν ότι επιθυμούν να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό μετά τη συνταξιοδότησή τους. Αν αναλογιστεί κανείς ότι αυτή η επιθυμία που εκφράζουν οι Ευρωπαίοι πολίτες σχετίζεται και με την απόκτηση κάποιου νέου ακινήτου μετά τη συνταξιοδότηση, τότε εκτιμάται ότι την προσεχή εικοσαετία θα εκδηλωθεί ζήτηση για 2,7 εκατ. παραθεριστικές ή δευτερευούσες κατοικίες στον ευρωπαϊκό νότο. Σε κάθε περίπτωση, στόχος της Ελλάδας πρέπει να είναι η κάλυψη τουλάχιστον του 10% της εκδηλούμενης ζήτησης, γεγονός που σημαίνει ότι μέσα στα 20 προσεχή έτη θα μπορούσαν να πωληθούν 270 χιλιάδες κατοικίες.

Οι εξοχικές κατοικίες που έχουν αγοραστεί μέχρι σήμερα από αλλοδαπούς στην Ελλάδα δεν έχουν συμβάλει αποφασιστικά στην άμβλυση της εποχικότητας του ελληνικού τουρισμού. Οι περισσότερες από αυτές βρίσκονται στα νησιά ή σε παραθαλάσσιες τοποθεσίες, μακριά από τα οικιστικά κέντρα των περιοχών που παραμένουν ζωντανά και κατά τους χειμερινούς μήνες.

Συνεπώς, η παράμετρος της γενικότερης ενίσχυσης και οργάνωσης των υποδομών και υπηρεσιών της περιφέρειας, έτσι ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί η διαβίωση στη διάρκεια της χειμερινής περιόδου, θα πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο της εθνικής και περιφερειακής τουριστικής στρατηγικής ανάπτυξης.

---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

# Η Συμβολή Του Τουρισμού Υγείας



## 3.1. Η Υγεία Των Ατόμων Τρίτης Ηλικίας

### 3.1.1. Εισαγωγή

Το αυξημένο προσδόκιμο ζωής δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τα επιπλέον έτη ζωής συνοδεύονται από καλής ποιότητας υγεία. Για τον λόγο αυτό έχει δημιουργηθεί στην Ευρώπη ένας δείκτης του προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρία ή χρόνια ανικανότητα, γνωστός ως «έτη υγιούς ζωής – healthy life years». Ο δείκτης αυτός είναι βασισμένος σε μια γενική ερώτηση σχετικά με την αναπηρία στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (European Union Statistics on Income and Living Conditions / EU-SILC).<sup>241</sup> Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα (2015) ο μέσος όρος των ετών υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν σχεδόν ο ίδιος για τις γυναίκες και τους άνδρες: 9,3 έτη για τις γυναίκες και 9,4 έτη για τους άνδρες. Σε αντίθεση με το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, η απουσία οποιασδήποτε σημαντικής διαφοράς μεταξύ των φύλων σε έτη υγιούς ζωής σημαίνει ότι πολλά από τα επιπλέον χρόνια ζωής που έχουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, τα ζουν με κάποιο είδος περιορισμού της δραστηριότητάς τους. Επίσης, το προσδόκιμο ζωής και η υγιής διάρκεια ζωής ποικίλλουν ανάλογα με την εκπαιδευτική κατάσταση, καθώς οι γυναίκες και άνδρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ζουν περισσότερο και με καλύτερη υγεία.<sup>241</sup>

Ανάλογη είναι και η πρόβλεψη της Eurostat για τον αριθμό των ετών που οι ηλικιωμένοι θα είναι αρκετά υγιείς ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στις διάφορες μορφές κοινωνικής δραστηριότητας. Στην πραγματικότητα αυτά είναι τα έτη που ενδιαφέρουν την τουριστική βιομηχανία, γιατί οι υπερήλικες με σοβαρά προβλήματα υγείας ταξιδεύουν σπανίως στο εξωτερικό.<sup>242</sup>

Ο μέσος Ευρωπαίος εκτιμάται ότι θα παραμείνει υγιής και δραστήριος για 8,3 έτη μετά την ηλικία των 65 ετών. Ενώ όμως το μεγαλύτερο προσδόκιμο καταγράφεται στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου, τα περισσότερα έτη με καλή υγεία αναμένεται να τα ζήσουν οι Σκανδιναβοί. Στη Σουηδία οι άνδρες θα παραμείνουν υγιείς για 13,6 χρόνια μετά τα 65 και οι γυναίκες για 14,6 χρόνια. Ακολουθεί η Δανία με 11,2 έτη για τους άνδρες και 12 για τις γυναίκες. Ψηλά στη σχετική κατάταξη βρίσκονται επίσης οι Φινλανδοί, οι Ολλανδοί και οι Βέλγοι.

Στην Ελλάδα τα χρόνια με ικανοποιητικό επίπεδο δραστηριοτήτων μετά τα 65, περιορίζονται στα 7,2 για τους άνδρες και στα 6,6 για τις γυναίκες. Είναι φανερό πως στις χώρες με τα πιο ανεπτυγμένα συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα υγιεινής διαβίωσης, οι ηλικιωμένοι παραμένουν για περισσότερα χρόνια υγιείς και κοινωνικά δραστήριοι.

Πάντως, η χρονική περίοδος που ο ηλικιωμένος αδυνατούσε σε μεγάλο βαθμό να αυτοεξυπηρετηθεί αναμένεται να λάβει τέλος λόγω των εξελίξεων στον τομέα της ιατρικής, της υποβοηθητικής τεχνολογίας των έξυπνων οικιακών συσκευών (smart homes), καθώς και των αισθητήρων που επιτρέπουν την εξ αποστάσεως νοσηλεία.

Ακόμα και οι πάσχοντες από καρδιαγγειακά νοσήματα θα είναι πιο κινητικοί και σε καλύτερη φυσική κατάσταση στο μέλλον, γεγονός που θα τους επιτρέψει να ταξιδεύουν σε μέσες και μεγάλες αποστάσεις. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα ηλικίας 80-100 ετών, νιώθουν κατά κανόνα καλά και ασχολούνται με πολλές δραστηριότητες. Η κίνηση και η παραμονή στη φύση, η ενασχόληση με την τέχνη και τον πολιτισμό, ακόμη και η σεξουαλική δραστηριότητα είναι στοιχεία της καθημερινής τους ζωής. Πολλοί, μάλιστα, εκατοντάχρονοι έχουν καλύτερη υγεία από τα περισσότερα άτομα ηλικίας 80-90 ετών. Γι αυτό άλλωστε τα καταφέρνουν να ξεπεράσουν τα 100.<sup>2</sup>

Σίγουρα, στα άτομα αυτά συντρέχουν και κληρονομικοί λόγοι. Ένα 20% της υγείας τους οφείλεται στα γονίδια τους. Το 70% όμως, οφείλεται στη συμπεριφορά τους και στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα άτομα αυτά δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες ή δεν είχαν προβλήματα στη ζωή τους. Είχαν, αλλά τα διαχειρίστηκαν σωστά. Πάνω απ' όλα όμως δεν κάπνιζαν, τρέφονταν σωστά και κινούνταν αρκετά.

Συνοψίζοντας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι στο μέλλον οι ηλικιωμένοι θα είναι υγιέστεροι, πιο δραστήριοι και πλουσιότεροι από κάθε άλλη περίοδο της ανθρώπινης ιστορίας. Μια μεγαλύτερη σε διάρκεια ζωή προσφέρει ευκαιρίες όχι μόνο για τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους, αλλά και για τις κοινωνίες συνολικά. Ωστόσο, η έκταση αυτών των ευκαιριών και συνεισφορών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από έναν παράγοντα: την υγεία.

### 3.1.2. Αυτοπροσδιοριζόμενη Υγεία (Self Reported Health)

Ο όρος «αυτοπροσδιοριζόμενη υγεία (self reported health)» αναφέρεται στη γενική αντίληψη των ανθρώπων σχετικά με την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένων τόσο των φυσικών όσο και των ψυχολογικών διαστάσεων. Οι περισσότερες χώρες του ΟΑΣΑ διεξάγουν τακτικές έρευνες για την υγεία, οι οποίες επιτρέπουν στους ερωτώμενους να αναφερθούν σε διάφορες πτυχές της υγείας τους. Συνήθως, οι συμμετέχοντες ερωτώνται: «Πώς είναι η υγεία

σας γενικά»; με τις δυνατές απαντήσεις να είναι: «Πολύ καλή, καλή, μέτρια, φτωχή, πολύ φτωχή». Παρά την υποκειμενική φύση των ερωτημάτων, οι δείκτες της γενικής υγείας είναι ένας καλός προγνωστικός παράγοντας για τη μελλοντική υγεία των ατόμων.

Αναλυτικότερα, περισσότεροι από τον μισό πληθυσμό άνω των 65 ετών χαρακτήρισε την υγεία του ως «καλή», σε 14 από τις 34 χώρες του ΟΑΣΑ στη σχετική έκθεση υγείας για το 2017. Επίσης, σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΑΣΑ, οι άνδρες άνω των 65 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες να αξιολογήσουν την υγεία τους ως «καλή». Συγκεκριμένα, το 47% των ανδρών ηλικίας άνω των 65 ετών αξιολόγησαν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή», με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών να κυμαίνεται στο 41%. Επιπλέον, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα ποσοστά της αυτοπροσδιοριζόμενης υγείας σε συνάρτηση με το εισόδημα. Σε όλες τις χώρες του ΟΑΣΑ κατά μέσο όρο, λιγότερο από το 1/3 των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, αξιολόγησαν την υγεία τους ως «καλή» σε σύγκριση με το 60% περίπου των ατόμων που ανήκαν στην ομάδα με το υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος. Στις 26 ευρωπαϊκές χώρες, το 51% των ατόμων άνω των 65 ετών δήλωσε το 2015 ότι αισθανόταν περιορισμένο (σε μικρό ή μεγάλο βαθμό) αναφορικά με τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας.<sup>4</sup>

Το 2002, συγκλήθηκε στη Μαδρίτη της Ισπανίας η Δεύτερη Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για τη Γήρανση με σκοπό την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού. Στο πλαίσιο της συνδιάσκεψης υπογράφηκε το «Διεθνές Σχέδιο Δράσης για τη Γήρανση» το οποίο επικεντρώθηκε στην ενσωμάτωση των ηλικιωμένων στην ανάπτυξη, στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας στις μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς και στην εξασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.<sup>243</sup>

Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Πληθυσμό (UNFPA) και η διεθνής μη κυβερνητική οργάνωση «HelpAge International» συνεργάστηκαν με διάφορους οργανισμούς για τη διεξαγωγή διαβουλεύσεων με ηλικιωμένα άτομα σε όλο τον κόσμο, οι οποίες έλαβαν χώρα από τα μέσα του 2011 έως τις αρχές του 2012. Στόχος ήταν να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, να διερευνηθεί εάν και κατά πόσο έχουν αλλάξει οι ζωές τους από τη δεύτερη παγκόσμια συνδιάσκεψη για τη γήρανση και εάν είχαν παρατηρηθεί βελτιώσεις στους βασικούς τομείς που περιγράφονται στο διεθνές σχέδιο δράση για τη γήρανση. Η συλλογή των δεδομένων περιελάμβανε ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus group), ατομικές συνεντεύξεις και ποσοτική μελέτη με άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία τους και την εμπειρία της γήρανσης. Ειδικότερα, όσον αφορά την υγεία και την ευεξία, η μελέτη έδειξε ότι το 44% των ατόμων άνω των 60 ετών αξιολόγησε την τρέχουσα υγεία του ως «καλή» ενώ το 22% των συμμετεχόντων χαρακτήρισε την παρούσα κατάσταση της υγείας του ως «κακή» ή «πολύ κακή». Επίσης, σχεδόν ένας

στους δύο (47%) ισχυρίστηκαν ότι είναι «ικανοποιημένοι» ή «πολύ ικανοποιημένοι» με τον τρόπο ζωής τους.<sup>243</sup>

Το 2012, το Ολλανδικό Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος πραγματοποίησε, κατόπιν αιτήματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αναλυτική έκθεση σχετικά με την υγεία, τα χρόνια νοσήματα και την οικονομική δραστηριότητα των πολιτών της Ευρώπης.

Αναλυτικότερα, δύο στους τρεις πολίτες αξιολόγησαν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή», με τις γυναίκες να παρουσιάζουν ελαφρώς χαμηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τους άνδρες (66% έναντι 71%). Το ποσοστό των ατόμων που αξιολογούν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή» μειώνεται με την ηλικία. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 55-64 ετών, το 55% χαρακτήρισε την υγεία του «καλή» ή «πολύ καλή», το 42% στα άτομα ηλικίας 65 – 74 ετών, το 28% στην ηλικιακή ομάδα 75-84 ετών και το 24% στις ηλικίες 85+.<sup>244</sup>

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς το ποσοστό των ανθρώπων που χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή» είναι χαμηλότερο μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο για όλες τις ηλικιακές ομάδες και για όλες τις χώρες. Ειδικότερα, το 46% των ατόμων ηλικίας 45 – 54 ετών που είχαν λάβει μόνο προσχολική αγωγή αξιολόγησαν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή». Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα άτομα με το ίδιο μορφωτικό επίπεδο (προσχολική αγωγή) ήταν 36% για τα άτομα 55 – 64 ετών, 19% στην ηλικιακή ομάδα 65 – 74 ετών και 12% για τις ηλικίες 75 – 84 ετών. Επίσης, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 55-64 ετών και 65-74 ετών που αξιολόγησαν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή» αυξήθηκε ελαφρά μεταξύ 2004 και 2010 και για τα δύο φύλα. Επιπλέον, οι περισσότεροι μετανάστες και οι εθνικές μειονότητες έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά την υγεία τους σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, μετά από έλεγχο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.<sup>244,245</sup>

### 3.1.3. Αυτοαναφερόμενη Χρόνια Νοσηρότητα (Self Reported Chronic Morbidity)

Σύμφωνα με την έκθεση του Ολλανδικού Εθνικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος αναφορικά με τα χρόνια νοσήματα, σχεδόν το ένα τρίτο των πολιτών της Ευρώπης αναφέρει ότι πάσχει από μια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν ψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες (33% έναντι 29%).<sup>244</sup>

Ο επιπολασμός της αυτοαναφερόμενης χρόνιας νοσηρότητας αυξάνεται με την ηλικία. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 55-64 ετών, το 44% αναφέρει ότι πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια, το 55% στα άτομα ηλικίας 65-74 ετών, το 66% στην ηλικιακή ομάδα 75-84 ετών και το 70% στις ηλικίες

85+. Μετατρέποντας τα ποσοστά αυτά σε απόλυτους αριθμούς, συμπεραίνεται ότι 26,6 εκατομμύρια πολίτες της Ευρώπης μεταξύ 55–64 ετών υποστήριξαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή πρόβλημα υγείας. Το αντίστοιχο μέγεθος για την ηλικιακή ομάδα 65–74 ετών ανέρχεται στα 25,2 εκατομμύρια.<sup>244</sup>

Λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα εκπαίδευση, ο επιπολασμός των μακροχρόνιων ασθενειών ή των προβλημάτων υγείας είναι υψηλότερος μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο για όλες τις ηλικιακές ομάδες και για όλες τις χώρες. Συγκεκριμένα, το 45% των ατόμων ηλικίας 45–54 ετών που είχαν λάβει μόνο προσχολική αγωγή, ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα άτομα με το ίδιο μορφωτικό επίπεδο (προσχολική αγωγή) ήταν 56% για τα άτομα 55–64 ετών, 60% στην ηλικιακή ομάδα 65–74 ετών και 72% για τις ηλικίες 75–84 ετών.<sup>244</sup>

Αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ της περιόδου 2004–2010, το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, παρέμεινε σχετικά σταθερό για τις ηλικίες 55–64 ετών και 65–74 ετών, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.<sup>244</sup>

### 3.1.4. Ανικανότητα (Disability)

Παρόλο που έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος στην υγειονομική περίθαλψη κατά την τελευταία δεκαετία και οι ηλικιωμένοι υποστηρίζουν ότι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, εκατομμύρια άτομα της τρίτης ηλικίας ζουν με κάποια μορφής ανικανότητας λόγω χρόνιας νόσου ή αναπηρίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη της διεθνούς επιβάρυνσης από ασθένειες του ΠΟΥ,<sup>8</sup> ο επιπολασμός της ανικανότητας αυξάνεται με την ηλικία. Το 46% των ατόμων άνω των 60 ετών αναφέρει κάποια μορφή ανικανότητας και πάνω από 250 εκατομμύρια ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν μέτρια έως σοβαρή ανικανότητα. Περισσότεροι από 40 εκατομμύρια ηλικιωμένα άτομα σε αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα ακοής, 32,5 εκατομμύρια σημαντικά προβλήματα όρασης από καταρράκτη και 39,8 εκατομμύρια σημαντικά προβλήματα όρασης από διαθλαστικά σφάλματα (μυωπία, πρεσβυωπία, αστιγματισμό). Τα ποσοστά ανικανότητας των ηλικιωμένων ατόμων είναι υψηλότερα στις χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα σε σχέση με τις πλουσιότερες χώρες και στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.<sup>243,246</sup>

Ως δείκτης μέτρησης της ανικανότητας χρησιμοποιείται «τα έτη υγιούς ζωής που χάνονται λόγω ανικανότητας (YLDs: Years Lost due to Disability), που υπολογίζονται με βάση τη συχνότητα εμφάνισης μιας μη θανατηφόρου νόσου και ενός συντελεστή που αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της νόσου. Σύμφωνα με τον δείκτη αυτόν, οι βασικότερες αιτίες της ανικανότητας προ-

έρχονται από άνοια (ιδιαίτερα σε χώρες υψηλού εισοδήματος), αισθητηριακές διαταραχές, κυρίως μείωση της οπτικής και ακουστικής λειτουργίας (ιδιαίτερα στις χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος), πόνο στην πλάτη και στον λαιμό, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ιδιαίτερα στις χώρες χαμηλού και κατώτερου μεσαίου εισοδήματος), οστεοαρθρίτιδα, καρδιαγγειακή νόσο, καταθλιπτικές διαταραχές και σακχαρώδη διαβήτη. Με βάση τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι η συντριπτική επιβάρυνση των ηλικιωμένων ανθρώπων από οποιαδήποτε μορφή ανικανότητας προέρχεται από Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα –MMN.<sup>243,246</sup>

Εκτός όμως από τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει για τα γηριατρικά σύνδρομα και τη σχέση τους με την πιθανή εμφάνιση αναπηρίας. Με τον όρο «γηριατρικά σύνδρομα» προσδιορίζονται πολλά σύνθετα προβλημάτων υγείας, που τείνουν να παρουσιάζονται αργότερα στη ζωή και τα οποία δεν εμπίπτουν σε ξεχωριστές κατηγορίες νοσημάτων. Στα «γηριατρικά σύνδρομα» περιλαμβάνονται: η ευπάθεια, οι πτώσεις, η ακράτεια ούρων, το παραλήρημα, τα έλκη πίεσης (κατακλίσεις), κ.ά.<sup>247</sup>

Ειδικότερα, οι πτώσεις αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας για τους ηλικιωμένους. Το 30% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και το 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 85 ετών θα πέσουν τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Οι πτώσεις είναι ακόμα πιο συχνές στις δομές μακροχρόνιας περίθαλψης με τα ποσοστά τους να ξεπερνούν το 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Συνολικά, σημαντικοί τραυματισμοί (κατάγματα καρπού ή ισχίου) συμβαίνουν σε ποσοστό 4%-15% των πτώσεων, οι οποίοι είναι πιθανό να οδηγήσουν σε κάποιου βαθμού ανικανότητα, με συνέπεια την αυξημένη εξάρτηση από τρίτους, την απώλεια της αυτονομίας, την εμφάνιση συγχυτικών επεισοδίων και την κοινωνική απομόνωση. Παρόλα αυτά, οι πτώσεις μπορούν να προληφθούν με διάφορους τρόπους, όπως έρευνες για τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου, βελτίωση της ασφάλειας στο σπίτι, ασκήσεις βελτίωσης της ισορροπίας και προγράμματα ομαδικής εκπαίδευσης και άσκησης στο πλαίσιο της κοινότητας.<sup>243,247</sup>

Θα πρέπει όμως, να σημειωθεί ότι τα ποσοστά ηλικιωμένων με ανικανότητα μειώνονται τα τελευταία χρόνια. Μια σειρά ερευνών έχει εξετάσει τις λεγόμενες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Activities of Daily Living - ADL). Στο διάστημα 1984-2004 ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 85-89 ετών που έχουν καταγραφεί στις ΗΠΑ ως μη αυτοεξυπηρετούμενα έχει πέσει από το 22% στο 12% και αυτών που ήταν 95+ από το 52% στο 31%.<sup>248</sup>

### 3.1.5. Υπέρταση

Η αρτηριακή πίεση τείνει να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) θεωρείται ως ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), την περιφερειακή αγγειακή νόσο και τη μείωση του προσδόκιμου ζωής.



Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο επιπολασμός της ΑΥ σε παγκόσμιο επίπεδο υπερβαίνει το 1 δισ. πληθυσμού και ενοχοποιείται για 7,1 εκατ. πρόωρων θανάτων. Υπολογίζεται ότι το 2025, το ποσοστό του πληθυσμού που θα πάσχει από ΑΥ θα είναι 30%. Παρόλα αυτά, αποτελεί έναν τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης-υπέρτασης, μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, ειδικά στην ηλικιακή ομάδα των 60-80 ετών, και μειώνει τον κίνδυνο των εγκεφαλικών επεισοδίων στα άτομα τρίτης ηλικίας.<sup>249</sup>

Στη μεγάλη πλειοψηφία των υπερτασικών (90%) δεν μπορεί να βρεθεί κάποια συγκεκριμένη αιτία που να προκαλεί την υψηλή πίεση. Για τον λόγο αυτό ορίζεται ως «ιδιοπαθής» υπέρταση. Υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, το αυξημένο σωματικό βάρος, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, το αλατισμένο φαγητό, το έντονο στρες και η απουσία άσκησης, οι οποίοι καλούνται «υπερτασιογόνοι» και προδιαθέτουν τον οργανισμό στην εμφάνιση της υπέρτασης, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί το καθαυτό αίτιο της. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, με εξαίρεση την κληρονομικότητα, σχετίζονται με τις συνήθειες και με τον τρόπο ζωής και επομένως μπορούν να αντιμετωπιστούν με κατάλληλες τεχνικές και παρεμβάσεις.

### 3.1.6. Διαβήτης

Ο διαβήτης αποτελεί χρόνια νόσο, η οποία εμφανίζεται όταν τα πάγκρεας δεν μπορεί να παραγάγει αρκετή ινσουλίνη (ορμόνη που ρυθμίζει τη γλυκόζη αίματος), ή όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την ινσουλίνη που παράγει.<sup>250</sup>

Ο επιπολασμός του διαβήτη αυξάνεται σταθερά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, με τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος να παρουσιάζουν αύξηση με ακόμη ταχύτερο ρυθμό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο επιπολασμός των ενηλίκων άνω των 18ετών με διαβήτη ανήλθε το 2014 στο 8,5%, με 422 εκατομμύρια άτομα να πάσχουν από διαβήτη.<sup>251</sup> Στην Ευρώπη, ο αριθμός των ατόμων που νοσούν από διαβήτη ανέρχεται περίπου στα 60 εκατομμύρια.<sup>243</sup> Η αύξηση του επιπολασμού του διαβήτη ανεξαρτήτως ηλικίας στην Ευρώπη, οφείλεται κυρίως στην αύξηση της παχυσαρκίας, της ανθυγιεινής διατροφής και της σωματικής αδράνειας.

Σε ευρωπαϊκή έρευνα για την υγεία που πραγματοποιήθηκε το 2008 σε 17 ευρωπαϊκές χώρες (EHIS- European Health Interview Survey), παρατηρήθηκε ότι ο μέσος όρος επιπολασμού αυτοαναφερόμενου διαβήτη αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία. Ο επιπολασμός του αυτοαναφερόμενου διαβήτη στην ηλικιακή ομάδα 55-64 είναι διπλάσιος από τον επιπολασμό στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών, ενώ ο επιπολασμός στην ηλικιακή ομάδα 65-74 είναι τριπλάσιος.<sup>251</sup>

Παρότι, ο διαβήτης αποτελεί σημαντική αιτία τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας, καρδιακών προσβολών, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και ακρωτηριασμού κάτω άκρων, μπορεί να αντιμετωπιστεί και οι συνέπειές του να αποφευχθούν ή να επιβραδυνθούν. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν η ισορροπημένη διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η φαρμακευτική αγωγή, οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι και η θεραπεία τυχόν επιπλοκών.<sup>250</sup>

### 3.1.7. Καρδιαγγειακά

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Cardio Vascular Diseases - CVD) περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων του καρδιακού μυός και των αιμοφόρων αγγείων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του European Heart Network, το 2015 περισσότερα από 85 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη νοσούσαν από καρδιαγγειακά νοσήματα και σχεδόν 49 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη. Τα τελευταία 25 χρόνια ο απόλυτος αριθμός περιπτώσεων CVD έχει αυξηθεί στην Ευρώπη με αύξηση του αριθμού νέων περιπτώσεων CVD στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, η ηλικιακή τυποποιημένη συχνότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου μειώθηκε στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, με μεγαλύτερες μειώσεις στις χώρες της βόρειας, δυτικής και νότιας Ευρώπης σε σύγκριση με εκείνες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης.<sup>252</sup> Πάρα ταύτα, ο απόλυτος αριθμός των νοσούντων από καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι πιο συχνές μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο<sup>4</sup> και ίσως αυτό να οφείλεται στη μειωμένη βαρύτητα που μπορεί δίδεται στους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η χρήση καπνού, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η επιβλαβής χρήση αλκοόλ αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου για τις καρδιαγγειακές παθήσεις.<sup>5</sup> Μπορεί να υπάρξει σημαντική βελτίωση στην υγεία των Ευρωπαίων μειώνοντας τη χρήση καπνού, καθώς επίσης και με τη μείωση του επιπολασμού της υπέρτασης και της παχυσαρκίας μέσω της ισορροπημένης διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας.<sup>244</sup>

### 3.1.8. Καρκίνος

Υπάρχουν διάφορες μορφές καρκίνου ή κακοηθών νεοπλασμάτων. Από όλους τους τύπους καρκίνου, ο καρκίνος του προστάτη, του πνεύμονα και του παχέος εντέρου είναι υπεύθυνοι για την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνων στους άνδρες, ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του μαστού είναι υπεύθυνοι για τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες.<sup>252</sup> Η συχνότητα των καρκίνων που οφείλονται στον καρκίνο του προστάτη αυξάνεται με την ηλικία, ενώ η συχνότητα που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού μειώνεται με την ηλικία.<sup>244</sup>

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρώπης, από 160 ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα έως 326 ανά 100.000 στη Δανία. Η επίπτωση του καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία, με ένα εκατομμύριο πολίτες της Ευρώπης ηλικίας 50-70 ετών να διαγιγνώσκονται με καρκίνο ετησίως.<sup>244</sup>

Οι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο περιλαμβάνουν τον καπνό του τσιγάρου, την ανθυγιεινή διατροφή, τη σωματική αδράνεια, την επιβλαβή χρήση αλκοόλ, την παχυσαρκία, την έκθεση στον αμίαντο ή διάφορους τύπους ακτινοβολίας, συγκεκριμένες βακτηριακές ή ιογενείς λοιμώξεις και τη γενετική προδιάθεση.

### 3.1.9. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί συχνή νόσο του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, η οποία χαρακτηρίζεται από στένωση των βρόγχων, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η εκπνευστική ροή του αέρα από τους πνεύμονες. Οφείλεται σε ανωμαλίες των αεραγωγών ή/και των κυψελίδων, που συνήθως προκαλούνται από σημαντική έκθεση σε βλαπτικά σωματίδια ή αέρια (κυρίως κάπνισμα).

Παρά το γεγονός ότι ο επιπολασμός της ΧΑΠ θεωρείται ότι υποεκτιμάται, 251 εκατομμύρια περιπτώσεις ΧΑΠ παγκοσμίως αναφέρθηκαν στη μελέτη «Global Burden of Disease» το 2016.<sup>246</sup> Στην προαναφερθείσα έρευνα EHIS, ο επιπολασμός της ΧΑΠ ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών, από 1,2% στη Μάλτα έως 6,2% στην Τουρκία. Αναφορικά με το φύλο, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι υψηλότερος στις γυναίκες, στοιχείο όμως που διαφοροποιείται με την πάροδο της ηλικίας και κυρίως μετά την ηλικία των 75 ετών.<sup>244</sup> Ο επιπολασμός της ΧΑΠ αυξάνεται με την ηλικία, με πέντε εκατομμύρια πολίτες της Ευρώπης ηλικίας 55-74 ετών να αναφέρουν ότι παρουσιάζουν ΧΑΠ. Ακόμη, ο επιπολασμός της νόσου είναι υψηλότερος μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Η ΧΑΠ μπορεί να αποτελεί συνήθη νόσο, όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί. Το κάπνισμα είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της ΧΑΠ. Στις δυτικές χώρες ο δείκτης επιπολασμού της ΧΑΠ ακολουθεί το βαθμό καπνιστικής συνήθειας του πληθυσμού.<sup>244</sup> Οι αναπνευστικές λοιμώξεις, η έκθεση σε διάφορες σκόνες, οι χημικές ουσίες, οι ατμοί, οι καπνοί στον χώρο εργασίας και οι ατμοσφαιρικοί ρύποι είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, ειδικά σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

### 3.1.10. Κινητικά Ελλείμματα - Οστεοπόρωση - Αρθρίτιδες

Η μυϊκή μάζα τείνει να μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, και αυτό μπορεί να συσχετιστεί με εξασθένηση της αντοχής και της μυοσκελετικής λειτουργίας.

Σύμφωνα με την έρευνα SHARE,<sup>15</sup> οι γυναίκες τείνουν να έχουν ασθενέστερη δύναμη λαβής από τους άνδρες, αλλά και στα δύο φύλα μειώνεται προοδευτικά με την πάροδο της ηλικίας με παρόμοιο μάλιστα ρυθμό σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη.<sup>247</sup> Ο βαθμός εξασθένησης της δύναμης της χειρολαβής επηρεάζεται από φυσικά χαρακτηριστικά (φύλο, εθνικότητα), τον τρόπο ζωής και τις χρόνιες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, έλλειψη βιταμινών και θρεπτικών στοιχείων, καθώς επίσης και από την παρουσία αυξημένων δεικτών φλεγμονής.<sup>252,253</sup>

Το γήρας επιφέρει, επίσης, σημαντικές αλλαγές στα οστά και στις αρθρώσεις. Με την πάροδο της ηλικίας η οστική μάζα ή η πυκνότητα τείνουν να εξασθενούν, ιδιαίτερα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα οστεοπόρωσης. Αυτό αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καταγμάτων, τα οποία μπορούν να συντελέσουν σε αναπηρία, μειωμένη ποιότητα ζωής, ακόμη και σε αυξημένη θνησιμότητα. Τα κατάγματα του ισχίου είναι ένας ιδιαίτερα σοβαρός τύπος οστεοπορωτικού κατάγματος, και ως επακόλουθο της γήρανσης του πληθυσμού εκτιμάται ότι το 2050 η ετήσια παγκόσμια συχνότητα αυτών θα ανέρχεται στα 4,5 εκατομμύρια. Η μέτρια και τακτική σωματική δραστηριότητα, όμως, μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα.<sup>247</sup>

Κινητικές δυσκολίες στους ηλικιωμένους προκαλούν συχνά διάφορα ρευματοειδή νοσήματα, καθώς και αρθρίτιδες σε ένα ή περισσότερα σημεία του μυοσκελετικού συστήματος.

### 3.1.11. Αισθητηριακά Ελλείμματα

Το γήρας συσχετίζεται συχνά με εξασθένηση τόσο της ακοής όσο και της όρασης, η οποία όμως ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ένας στους τρεις ανθρώπους άνω των 60 και σχεδόν το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών παρουσιάζουν απώλεια στην ακοή. Τα τοιχώματα των ακουστικών οδών λεπταίνουν και τα τύμπανα σκληραίνουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την λεγόμενη πρεσβυακική, η οποία είναι η ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Δηλαδή, ήχοι υψηλής συχνότητας, όπως ήχοι που παράγονται από γυναίκες και παιδιά, είναι δύσκολο να κατανοηθούν αν δεν δυναμώσει ο ήχος. Οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται, ακόμη, να διακρίνουν λέξεις ομόηχες που διαφέρουν μόνο σε ένα σύμφωνο, καθώς επίσης να εντοπίσουν την πηγή του θορύβου. Τα προβλήματα αυτά επιτείνονται σε παρατεταμένη έκθεση σε θόρυβο.<sup>247</sup>

Παγκοσμίως, περισσότερα από 180 εκατομμύρια άτομα άνω των 65 ετών έχουν απώλεια ακοής η οποία παρεμποδίζει την κατανόηση στις καθημερινές συνομιλίες. Η μη βελτίωση της απώλειας της ακοής επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό την επικοινωνία, ώστε μπορεί να συμβάλει στην κοινωνική απομόνωση και την απώλεια της αυτονομίας, με συνακόλουθα άγχος, κατάθλιψη και γνωστική εξασθένηση.<sup>246</sup> Συχνά, ο αντίκτυπος που έχει η απώλεια ακοής

στη ζωή ενός ατόμου υποεκτιμάται από ανθρώπους με κανονική ακοή και η βραδύτητα στην κατανόηση της ομιλούμενης λέξης ισοδυναμεί συνήθως με ψυχική ανεπάρκεια, γεγονός που συχνά αναγκάζει το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας να αποσυρθεί περαιτέρω.<sup>247</sup>

Επιπρόσθετα, με την πρόοδο της ηλικίας τα μάτια χάνουν την ικανότητα παραγωγής δακρύων, ο αμφιβληστροειδής γίνεται πιο λεπτός, οι φακοί κιτρινίζουν και γίνονται πιο θολοί. Η μείωση της οξύτητας της όρασης, που συναντάται στα ηλικιωμένα άτομα, δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους, καθώς δυσκολεύει την ικανότητα τους για αυτόνομη διαβίωση (φαγητό, ντύσιμο, ψώνια) και επηρεάζει την κοινωνικότητα τους. Στα συνήθη προβλήματα όρασης περιλαμβάνεται η πρεσβυωπία, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ευαισθησίας στις εναλλαγές φωτεινότητας, τη θόλωση της όρασης, τη μείωση της οπτικής οξύτητας, την εξασθένιση της διάκρισης λεπτομερειών, αλλά και τη μειωμένη ικανότητα διάκρισης κάποιων χρωμάτων.<sup>254</sup>

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι οπτικές διαταραχές είναι μακράν η μεγαλύτερη αιτία επιβάρυνσης από χρόνια νοσήματα, με την επιβάρυνση αυτή να είναι τρεις φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα στις αναπτυγμένες χώρες. Τα προβλήματα όρασης μπορούν να επηρεάσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, να προκαλέσουν κατάθλιψη, να αποτελέσουν εμπόδιο στην πρόσβαση σε πληροφορίες και κοινωνικά μέσα, να περιορίσουν την κινητικότητα του ατόμου, καθώς επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο πτώσης και ατυχημάτων και να οδηγήσουν σε επικίνδυνη οδήγηση.<sup>255</sup> Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των προβλημάτων μπορεί να διορθωθεί ή να επιλυθεί με πολύ μικρό κόστος.

### 3.1.12. Γνωστικά Ελλείμματα

Με τον όρο γνωστική έκπτωση αναφερόμαστε στην έκπτωση που αφορά κάποια ή κάποιες από τις γνωστικές λειτουργίες, δηλαδή τη μνήμη, την προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, τη γλωσσική ροή, τις εκτελεστικές/επιτελικές λειτουργίες και τις οπτικοχωρικές και κατασκευαστικές ικανότητες. Η γήρανση, ως γνωστόν, συνοδεύεται από έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες, κάποιες από τις οποίες είναι αναμενόμενες και αποτελούν κομμάτι της «φυσιολογικής γήρανσης» και άλλες είναι αποτέλεσμα νοσολογικών καταστάσεων (π.χ. του κεντρικού νευρικού συστήματος) όπως οι άνοιες.<sup>256</sup>

Τα συνήθη γνωστικά ελλείμματα στα άτομα τρίτης ηλικίας (65 ετών και άνω) αφορούν την επιδείνωση της μνήμης και τη μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών. Ωστόσο, η μείωση της ικανότητας εκτέλεσης σύνθετων εργασιών, οι οποίες απαιτούν τη δυνατότητα επιμερισμού της προσοχής, δεν διαφαίνεται να επιδρά στην ικανότητα διατήρησης της

συγκέντρωσης ή στην αποφυγή της διάσπασης της προσοχής. Ομοίως, αν και η γήρανση σχετίζεται με έκπτωση της ικανότητας εκμάθησης νέων πληροφοριών και εκτελεστικών λειτουργιών, υπάρχει ελάχιστη συσχέτιση της γήρανσης τόσο με έκπτωση της μνήμης πληροφοριών, γνώσεων, λέξεων και εννοιών, όσο και της μνήμης αναφορικά με στοιχεία από το παρελθόν του ατόμου, αλλά και της διαδικαστικής μνήμης. Συνεπώς, οι γνωστικές λειτουργίες που αφορούν την κατανόηση, την ανάγνωση και το λεξιλόγιο, παραμένουν σταθερές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.<sup>247</sup>

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αλλαγές στη γνωστική λειτουργία που παρατηρούνται ως απόρροια του φυσιολογικού γήρατος δεν διαταράσσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, δηλαδή την ικανότητά του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. αυτοεξυπηρέτηση, λήψη φαρμάκων, διαχείριση χρημάτων).<sup>257</sup>

### 3.1.13. Νευροεκφυλιστικές Νόσοι

Οι νευροεκφυλιστικές νόσοι χαρακτηρίζονται από προοδευτική δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος εξαιτίας της ατροφίας κεντρικών ή περιφερειακών δομών του νευρικού συστήματος. Η άνοια (κυρίως η νόσος του Alzheimer's) και η νόσος του Parkinson σε ηλικιωμένους, καθώς επίσης η σκλήρυνση κατά πλάκας σε νεότερες ηλικίες αποτελούν τα νοσήματα που ευθύνονται για το υψηλότερο φορτίο νοσηρότητας στην κατηγορία των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων στην Ευρώπη, βάσει των σταθμισμένων λόγω αναπηρίας ετών ζωής (Disability Adjusted Life Years – DALYs).<sup>246</sup>

#### Νόσος Parkinson

Η νόσος Parkinson είναι μια χρόνια προοδευτικά εξελισσόμενη εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που επηρεάζει κυρίως την κίνηση. Τα κύρια κινητικά συμπτώματα είναι ο τρόμος στην ηρεμία (τρέμουλο), που είναι συνήθως στα χέρια, η βραδύτητα στις κινήσεις, όπως στο περπάτημα και το ντύσιμο, η δυσκαμψία των μυών και η αστάθεια στην ισορροπία, που μπορεί να προκαλεί συχνά πτώσεις. Ακόμη, μπορεί να εμφανιστούν και μη κινητικά συμπτώματα, όπως υπόταση, αυξημένη εφίδρωση, διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη, δυσκοιλιότητα και εύκολη κόπωση.<sup>258</sup> Η επίπτωση και ο επιπολασμός της νόσου του Parkinson αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Περισσότερα από 10 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως νοσούν από την νόσο του Parkinson, με τους άνδρες να έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο συγκριτικά με τις γυναίκες. Η νόσος του Parkinson αποτελεί κυρίως νόσο των ηλικιωμένων και είναι τρεις φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (3%).<sup>259</sup>

#### Άνοια

Η άνοια ή μείζων νευρονοτική διαταραχή, αποτελεί σύμφωνα με τα κριτήρια του DMV, ένα κλινικό σύνδρομο που δεν οφείλεται σε οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (ντελίριο), ούτε συνοδεύεται από διαταραχή του επιπέδου

συνείδησης, και στο οποίο παρατηρείται σημαντική έκπτωση σε μία ή και περισσότερες νοητικές λειτουργίες. Οι νοητικές εκπώσεις/διαταραχές είναι τέτοιου βαθμού, ώστε να δυσκολεύεται ο ασθενής στην καθημερινότητά του και να υπάρχει έκπτωση από προηγούμενο καλό επίπεδο λειτουργικότητας.<sup>260</sup>

Αρχικά συμπτώματα είναι η ήπια έκπτωση μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών που συχνά περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειάς του. Όσο η νόσος εξελίσσεται, επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις, η διαχείριση των οικονομικών, η φροντίδα του εαυτού, η οδήγηση κλπ. Με την πάροδο του χρόνου οι δυσκολίες αυτές γίνονται τόσο σοβαρές, ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Πολλές φορές, στις δυσκολίες αυτές προστίθενται και διαταραχές συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα, απάθεια, διαταραχές ύπνου και όρεξης, υπερκινητικότητα.

Η άνοια είναι η βασικότερη αιτία των ετών που χάθηκαν λόγω ανικανότητας στις χώρες υψηλού εισοδήματος και η δεύτερη μεγαλύτερη σε όλο τον κόσμο. Ο συνολικός αριθμός ατόμων με άνοια παγκοσμίως το 2010 εκτιμάται σε 35,6 εκατομμύρια και αναμένεται να διπλασιάζεται σχεδόν κάθε 20 χρόνια. Κατά μέσο όρο περίπου το 1,2% των πολιτών της Ευρώπης έχουν άνοια, και αυτό αντιστοιχεί σε 5,5 έως 6,1 εκατομμύρια άτομα.<sup>260</sup> Το 2017, εκτιμήθηκε ότι 18,7 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια στις χώρες του ΟΟΣΑ. Δηλαδή, ένα στα 69 άτομα του συνόλου του πληθυσμού ζει με άνοια, ενώ ταυτόχρονα ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς με την πάροδο της ηλικίας. Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, περίπου το 2% των ατόμων ηλικίας 65-69 ετών έχουν άνοια, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών ξεπερνά το 40%. Ως αποτέλεσμα, οι χώρες με μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στον πληθυσμό τους έχουν και περισσότερα άτομα με άνοια: Η Ιαπωνία, η Ιταλία και η Γερμανία εκτιμάται ότι έχουν πάνω από 20 άτομα με άνοια ανά 1.000 κατοίκους, ενώ η Σλοβακία, η Τουρκία και το Μεξικό έχουν λιγότερα από εννέα άτομα.<sup>4</sup>

Η σοβαρότερη μορφή άνοιας με τη μεγαλύτερη επίπτωση στον πληθυσμό είναι η νόσος του Alzheimer, η οποία αφορά ποσοστό μεγαλύτερο του 60-80% του συνολικού αριθμού των ατόμων που πάσχουν από άνοια.<sup>4</sup> Το πρότυπο και η σοβαρότητα της έκφρασης της διαταραχής στη συμπεριφορά συσχετίζεται με το είδος, την έκταση και την εξέλιξη της υποκείμενης νευροπαθοφυσιολογικής βλάβης.

### 3.1.14. Κατάθλιψη

Η κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη αποτελεί μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, η οποία ευθύνεται για το υψηλότερο φορτίο νοσηρότητας στην κατηγορία των ψυχιατρικών διαταραχών στην Ευρώπη, βάσει των σταθμισμένων

λόγω αναπηρίας ετών ζωής (Disability Adjusted Life Years – DALYs).<sup>244</sup> Ο επιπολασμός της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης, σύμφωνα με την προαναφερθείσα έρευνα EHIS, ποικίλει σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Από 0,8% στη Βουλγαρία και Ρουμανία στο 5,6% στο Βέλγιο.<sup>244</sup> Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες, καθώς επίσης και στα άτομα ηλικίας 45ετών και άνω. Υπολογίζεται ότι πέντε εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες ηλικίας 55-74 ετών ανέφεραν ότι παρουσίασαν κατάθλιψη τους τελευταίους 12 μήνες.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή σε άτομα τρίτης ηλικίας, η οποία εμποδίζει το άτομο από το να απολαμβάνει τη ζωή του όπως παλιά, επηρεάζοντας την ενεργητικότητα του, τον ύπνο, την όρεξη και τη σωματική του υγεία.<sup>261</sup>

### 3.1.15. Πολυνοσηρότητα (Multimorbidity)

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν πολυνοσηρότητα, δηλαδή την ταυτόχρονη παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων. Ο αντίκτυπος της πολυνοσηρότητας στη λειτουργικότητα του ατόμου, στην ποιότητα ζωής και στον κίνδυνο θνησιμότητας είναι σημαντικά μεγαλύτερος από την επιβάρυνση που επιφέρει η παρουσία μιας μόνο χρόνιας πάθησης. Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο, η πολυνοσηρότητα σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά χρησιμοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών και υψηλότερο κόστος περίθαλψης. Παρόλο που η πολυνοσηρότητα αναφέρεται στην ύπαρξη δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων, δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός ή συναίνεση σχετικά με τα κριτήρια που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ούτε συγκεκριμένα εργαλεία διάγνωσης (πχ. αυτοαναφορές έναντι κλινικών εξετάσεων), καθιστώντας δύσκολες τις διεθνείς συγκρίσεις σχετικά με τον επιπολασμό της.<sup>262</sup>

Μεγάλη συστηματική ανασκόπηση σε επτά υψηλού εισοδήματος χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους εμφανίζουν πολυνοσηρότητα, με τα ποσοστά να αυξάνονται σημαντικά στις πολύ μεγάλες ηλικίες, στις γυναίκες και στα άτομα από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις.<sup>263</sup> Γενικότερα, στις χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, οι μεγαλύτερες αυξήσεις στον επιπολασμό της πολυνοσηρότητας συμβαίνουν συνήθως σε δύο ηλικιακές ομάδες: στις ηλικίες 50–60 ετών και στις προχωρημένες ηλικίες (75+).<sup>264</sup> Σε μια μεγάλη μελέτη στη Σκωτία διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση της πολυνοσηρότητας έλαβε χώρα 10-15 χρόνια νωρίτερα σε ανθρώπους κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων που ζουν στις πλέον υποβαθμισμένες περιοχές σε σύγκριση με τους ανθρώπους ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων που διαβιούν σε εύπορες περιοχές.<sup>262</sup>

Παρόλο που ο επιπολασμός της πολυνοσηρότητας είναι υψηλότερος στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας από ό,τι στους ηλικιωμένους άνδρες, οι μελέτες



επίπτωσης έχουν διαπιστώσει παρόμοιους ρυθμούς εμφάνισης και στα δύο φύλα, υποδηλώνοντας ότι αυτή η διαφορά στα ποσοστά της πολυνοσηρότητας αντικατοπτρίζει μια διαφορά στην επιβίωση παρά στον κίνδυνο.<sup>263</sup>

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει για τη λοίμωξη HIV, η οποία φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο πολυνοσηρότητας. Καθώς τα ποσοστά επιβίωσης βελτιώνονται, η λοίμωξη από τον ιό HIV καθίσταται περισσότερο χρόνια κατάσταση, με αποτέλεσμα τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV να γερνούν. Έρευνες σε χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα υποστηρίζουν ότι τα άτομα που πάσχουν από HIV παρουσιάζουν μέχρι πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν χρόνια νοσήματα, γηριατρικά σύνδρομα και γενικά πολυνοσηρότητα, ακόμα και τα άτομα που βρίσκονται σε αντιρετροϊκή θεραπεία και έχουν καλή ποιότητα ζωής. Συνεπώς, οι χώρες με υψηλά ποσοστά HIV είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερα σύνθετες προκλήσεις στον τομέα της υγείας, καθώς ο συγκεκριμένος πληθυσμός γερνάει.<sup>265,266</sup>

Οι αρνητικές επιπτώσεις της πολυνοσηρότητας στη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων δεν εξαρτάται μόνο από τον αριθμό των παθήσεων σε δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά και από το είδος των παθήσεων και τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Συγκεκριμένα, ορισμένοι συνδυασμοί νοσημάτων έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, όπως π.χ. η κατάθλιψη που επιδεινώνει τη συνολική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου όταν συνυπάρχει με καρδιακή ανεπάρκεια, οστεοαρθρίτιδα και γνωστική εξασθένηση.<sup>267</sup>

Παρά τον μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που παρουσιάζουν πολυνοσηρότητα, τα περισσότερα συστήματα υγείας αδυνατούν να παράσχουν την ολοκληρωμένη φροντίδα που απαιτείται για τη διαχείριση αυτών των πολύπλοκων καταστάσεων υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η κλινική εξέταση να επικεντρώνεται σε μια μόνο πάθηση χωρίς να λαμβάνονται πληροφορίες για πιθανές συννοσηρότητες. Μια συνηθισμένη συνέπεια είναι η πολυφαρμακία, η οποία μπορεί να είναι κατάλληλη όσον αφορά συγκεκριμένα νοσήματα αλλά να θέτει ταυτόχρονα τον ηλικιωμένο ασθενή σε κίνδυνο ανεπιθύμητων παρενεργειών, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες χορήγησης μιας ωφέλιμης φαρμακευτικής θεραπείας.<sup>268,269,270</sup>

### 3.1.16. Βασικές Συμπεριφορές Υγείας

Δεδομένου ότι τα χρόνια νοσήματα (κυρίως τα Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα - MMN) στους ηλικιωμένους είναι συχνά η συνέπεια επιβλαβών προγενέστερων συμπεριφορών, καθίσταται αναγκαία η εφαρμογή στρατηγικών που θα μειώνουν τους παράγοντες κινδύνους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι στρατηγικές αυτές, οι οποίες μπορούν να αρχίσουν από νωρίς και να συνεχιστούν εφ' όρου ζωής, έχουν ως σκοπό τη μείωση της ανικανότητας και της θνησιμότητας στην τρίτη ηλικία, ενισχύοντας τις υγιείς συμπεριφορές και τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου. Η προαγωγή και

υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε όλες τις ηλικίες μπορεί να συνδράμει στην πρόληψη ή στην καθυστέρηση εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Η σωματική άσκηση, η υγιεινή διατροφή, η αποφυγή του αλκοόλ, του καπνίσματος και προϊόντων καπνού, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες. Εκτός όμως από τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης Μη Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, οι παραπάνω συμπεριφορές μπορούν να ασκήσουν ισχυρές επιδράσεις και στην εγγενή ικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή στην ικανότητα τους να παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αυτόνομοι και λειτουργικοί.<sup>247</sup>

Η τακτική σωματική άσκηση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής έχει πολλά οφέλη για τον άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένης και της αύξησης της μακροζωίας. Μια πρόσφατη συγκεντρωτική ανάλυση μεγάλων διαχρονικών μελετών διαπίστωσε ότι τα άτομα που έκαναν μέτριας έντασης σωματική άσκηση για 150 λεπτά την εβδομάδα, παρουσίασαν μείωση της θνησιμότητας κατά 31% συγκριτικά με τα άτομα που ήταν λιγότερο δραστήρια. Το όφελος ήταν μεγαλύτερο σε άτομα άνω των 60 ετών.<sup>271</sup>

Στα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, εκτός από την μακροζωία, περιλαμβάνονται: η βελτίωση της σωματικής και νοητικής ικανότητας (πχ. η διατήρηση της μυϊκής δύναμης και της γνωστικής λειτουργίας μειώνουν το άγχος και την κατάθλιψη και βελτιώνουν την αυτοεκτίμηση), η πρόληψη των ασθενειών και η μείωση του κινδύνου (πχ. της στεφανιαίας νόσου, του διαβήτη και του εγκεφαλικού επεισοδίου) και η βελτίωση των κοινωνικών συντελεστών (πχ. με την αύξηση της συμμετοχής στην κοινότητα, τη διατήρηση των κοινωνικών δικτύων και την ενίσχυση των συνδέσεων μεταξύ των γενεών).

Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι συγχρονικές όσο και οι διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι παρατηρείται μείωση κατά 50% του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης λειτουργικών περιορισμών μεταξύ εκείνων που αναφέρουν τακτική ή μέτριας έντασης σωματική άσκηση.<sup>272</sup> Επίσης, η σωματική άσκηση φάνηκε να διατηρεί ή ακόμα και να βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία σε άτομα με άνοια, μειώνοντας τη γνωσιακή έκπτωση κατά περίπου 1/3.<sup>273,274</sup>

Η σωματική αδράνεια μπορεί να ευθύνεται έως και για το 20% του κινδύνου άνοιας, ενώ έχει υπολογιστεί ότι περίπου 10 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις παγκοσμίως θα μπορούσαν να αποφευχθούν κάθε χρόνο αν οι ηλικιωμένοι ακολουθούσαν τις συστάσεις για σωματική άσκηση. Παρομοίως, η μέτρια σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο κατά 11-15% και η έντονη σωματική άσκηση κατά 19-22%.<sup>42,43</sup>

Ωστόσο, παρά τα σημαντικά οφέλη της σωματικής άσκησης, τα δεδομένα από τον ΠΟΥ και άλλους διεθνείς οργανισμούς, δείχνουν ότι περίπου το 1/3 των ατόμων ηλικίας 70-79 ετών και ένα στα δύο άτομα ηλικίας 80 ετών

και άνω δεν ακολουθούν τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ σχετικά με τη σωματική άσκηση στην τρίτη ηλικία.<sup>246</sup>

Συνολικά, όλοι οι τομείς φυσικής κατάστασης-αεροβική, μυϊκή ενδυνάμωση, ασκήσεις ισορροπίας-είναι σημαντικόι για τα ηλικιωμένα άτομα. Εντούτοις, οι ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης και ισορροπίας θα πρέπει να προηγούνται της αεροβικής γυμναστικής, καθώς τα οφέλη των συγκεκριμένων ασκήσεων δεν περιορίζονται μόνο στη μυϊκή δύναμη, τη φυσική ικανότητα και την αποφυγή των πτώσεων, αλλά επεκτείνονται και στη βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας και του μεταβολισμού στα άτομα με ή χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Συνεπώς, είναι πιο συνετό τα ηλικιωμένα άτομα με δυσκολίες στις κινήσεις τους να ξεκινήσουν την εκγύμναση τους βελτιώνοντας αρχικά τη δύναμη και την ισορροπία τους πριν προχωρήσουν σε αερόβια γυμναστική.

Σχετικά με τη διατροφή, η γήρανση συνοδεύεται από φυσιολογικές αλλαγές που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες. Για παράδειγμα, οι αισθητηριακές βλάβες, όπως η μειωμένη αίσθηση γεύσης ή οσμής ή και τα δύο, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη όρεξη. Επίσης, η κακή στοματική υγεία και τα οδοντιατρικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολία μάσησης, φλεγμονές των ούλων και σε κακής ποιότητας διατροφή, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο υποσιτισμού. Επιπλέον, η προοδευτική απώλεια της όρασης και της ακοής, καθώς και η οστεοαρθρίτιδα, είναι δυνατόν να περιορίσουν την κινητικότητα των ηλικιωμένων, καθώς και την ικανότητα τους να ψωνίζουν και να προετοιμάζουν τα γεύματά τους. Η γήρανση μπορεί επίσης να σχετίζεται με βαθιές ψυχοκοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές (πχ. απομόνωση, μοναξιά, κατάθλιψη, οικονομική ανέχεια), που επίσης έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη διατροφή.<sup>247</sup>

Όλα τα παραπάνω αυξάνουν τον κίνδυνο υποσιτισμού σε μεγαλύτερη ηλικία καθώς, παρόλο που οι ενεργειακές ανάγκες μειώνονται με την ηλικία, η ανάγκη για τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά παραμένει σχετικά αμετάβλητη. Ο υποσιτισμός στην τρίτη ηλικία σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες φυσιολογικές μεταβολές, συχνά εμφανίζεται με τη μορφή μειωμένης μυϊκής και οστικής μάζας, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης αδυναμίας. Επίσης, ο υποσιτισμός έχει συσχετιστεί με μειωμένη γνωστική λειτουργία, μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας και αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από τρίτους (φροντιστές, συγγενείς, φίλους κτλ.). Ωστόσο, ο υποσιτισμός στις μεγαλύτερες ηλικίες συχνά δεν διαγιγνώσκεται, με τα στοιχεία να δείχνουν ότι παγκοσμίως ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων μπορεί να πάσχει από υποσιτισμό.

Η διεξοδική διατροφική αξιολόγηση ηλικιωμένων απαιτεί την εκτέλεση ανθρωπομετρικών μετρήσεων, βιοχημικών εξετάσεων και διαιτητικής αξιολόγησης. Μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι ο κίνδυνος υποσιτισμού σε πρωτεΐνες και ενέργεια ήταν μεταξύ 11% και 19%, συνοδευόμενος ταυτόχρονα από ανεπάρκεια σε βιταμίνες C και D και χαμηλά επίπεδα

καροτενοειδών.<sup>272</sup> Επιπλέον, υψηλά επίπεδα υποσιτισμού (15% - 60%) έχουν βρεθεί σε πολλές χώρες σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται, ζουν σε γηροκομεία ή βρίσκονται σε προγράμματα οικιακής φροντίδας.<sup>273</sup>

Όπως και με άλλες πτυχές της γηριατρικής φροντίδας, η διαχείριση του υποσιτισμού σε μεγαλύτερες ηλικίες πρέπει να είναι πολυδιάστατη. Οι διάφοροι τύποι παρεμβάσεων μπορούν να αποδειχθούν αρκετά αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση του υποσιτισμού, ενώ καθυστερούν την εξάρτηση από άλλους και βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των ατόμων μεγάλης ηλικίας. Ενδεικτικά, η εξατομικευμένη διατροφική συμβουλευτική έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων εντός 12 εβδομάδων.<sup>274</sup> Η θρεπτική πυκνότητα των τροφίμων πρέπει να βελτιωθεί, ιδιαίτερα εκείνη των βιταμινών και των μετάλλων, χωρίς ωστόσο να υποτιμάται η ανάγκη πρόσληψης ενέργειας και πρωτεϊνών. Κυρίως, όμως, προέχουν οι δίαιτες χαμηλών λαπαρών, η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και λιπαρών ωαρίων, τα Ω3 λιπαρά και η βιταμίνη Β12.

Το κάπνισμα αποτελεί, μετά τη φτώχεια, την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως και την υπ' αριθμόν ένα προλήψιμη αιτία νοσηρότητας. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ευθύνονται για 2 εκατ. θανάτους τον χρόνο στις ανεπτυγμένες χώρες και 1 εκατ. στις αναπτυσσόμενες. Έχει υπολογιστεί ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή.<sup>2</sup> Το τακτικό κάπνισμα έχει συσχετιστεί αιτιολογικά με ένα μεγάλο αριθμό νοσημάτων. Τα πιο σημαντικά είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, που εμφανίζονται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα.

Επιπλέον, το κάπνισμα συσχετίζεται με τη εξασθένηση της συγκέντρωσης και της μνήμης, με τη μείωση της ικανότητας για λεπτές κινήσεις, με τη μείωση της ακουστικής οξύτητας, με τη γήρανση και τη λέπτυνση του δέρματος, με την τριχόπτωση και με το άσπρισμα των μαλλιών, δηλαδή με φαινόμενα που επιτείνονται στους ηλικιωμένους. Το κάπνισμα αλληλεπιδρά και μειώνει την αποτελεσματικότητα πολλών φαρμακευτικώνσκευασμάτων, τα οποία χορηγούνται ευρέως σε ηλικιωμένα άτομα για νοσήματα όπως η υπέρταση, η αρθρίτιδα, η στηθάγχη και ο διαβήτης.

Για όλους αυτούς τους λόγους, η διακοπή του καπνίσματος σε κάθε ηλικία συνεπάγεται σημαντική ελάττωση του κινδύνου για πρόωρο θάνατο. Ακόμα και η καθυστερημένη διακοπή του καπνίσματος, μετά την ηλικία των 65 ετών, αυξάνει το προσδόκιμο ζωής κατά 1,4 χρόνια για τους άνδρες και κατά 2,7 για τις γυναίκες.

Επειδή πολλοί καπνιστές (6 στους 10) θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα αλλά αρκετοί απ' αυτούς χρειάζονται εξειδικευμένη βοήθεια, η παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος, πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα σε κάθε ολοκληρωμένο πρόγραμμα δημόσιας υγείας, καθώς και

στις παροχές των κέντρων τουρισμού υγείας και ειδικότερα του τουρισμού ευεξίας. Τα κέντρα αυτά, στελεχωμένα με εξειδικευμένο προσωπικό, μπορούν να παρέχουν συμβουλευτικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος σε συνδυασμό, όπου χρειάζεται, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, παρατηρούνται διεθνώς αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, ιδιαίτερα στους χρόνιους πότες, στους οποίους η θνησιμότητα είναι σχεδόν τριπλάσια από ότι στους μη πότες. Οι τρεις βασικότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η κύρωση του ήπατος, η γαστρίτιδα-έλκος και οι ψυχιατρικές διαταραχές. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, κάθε χρόνο η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί θάνατο σε 2,5 εκατ. ανθρώπους, ενώ σοβαρές επιπτώσεις καταγράφονται και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και συμπεριφορών.<sup>2</sup>

Τα περισσότερα νοσήματα που σχετίζονται με την υπέρμετρη και χρόνια κατανάλωση αλκοόλ εμφανίζονται κυρίως στη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Η δράση του αλκοόλ εγκυμονεί περισσότερους κινδύνους σε περιπτώσεις ύπαρξης ορισμένων νόσων, όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, στεφανιαία νόσο, ή όταν λαμβάνεται φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή σε περιπτώσεις που είναι αρκετές συχνές στα ηλικιωμένα άτομα. Επίσης, στα ηλικιωμένα άτομα το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ή να επιβαρύνει την αμνησία, τη νοτική έκπτωση και τις διαταραχές ύπνου.

Από την άλλη, η λογισμένη κατανάλωση αλκοόλ (1-2 ποτήρια κατά μέσο όρο την ημέρα) ασκεί προστατευτική δράση στα καρδιοαγγειακά νοσήματα, ιδιαίτερα όταν αποτελεί μέρος μιας σωστής διατροφικής κουλτούρας, όπως αυτής της μεσογειακής διατροφής. Για τον λόγο αυτό, η χώρα μας προσφέρεται, στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας, να προάγει ειδικά προγράμματα για τη σωστή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και για τον περιορισμό της υπέρμετρης κατανάλωσης.

### 3.1.17. Δράσεις

Η αυξημένη νοσηρότητα στην τρίτη ηλικία καθώς και τα ειδικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, δημιουργούν αυξημένες ανάγκες για την παροχή περισσότερων και πιο εξειδικευμένων υπηρεσιών ιατρικο-κοινωνικής φροντίδας. Πολλά από τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά όταν παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, πολλές εκ των οποίων μπορούν να αποτελούν συμβολή του τουρισμού υγείας, προκειμένου να μπορούν οι ηλικιωμένοι να γηράσκουν με την καλύτερη δυνατή υγεία προς όφελος των ίδιων αλλά και της κοινωνίας.

Οι ηλικιωμένοι συμβάλλουν στην κοινωνία με πολλούς τρόπους, εντός της οικογένειας, στην τοπική κοινότητα, στην κοινωνία ευρύτερα. Ωστό-

σο, η έκταση και το είδος της συμβολής τους καθώς και οι δυνατότητες που τους προσφέρονται, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από ένα βασικό χαρακτηριστικό: την υγεία. Αν οι ηλικιωμένοι βιώνουν τα επιπλέον χρόνια με καλή υγεία, η ικανότητά τους να κάνουν τα πράγματα που εκτιμούν δεν θα αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς. Εάν τα όμως τα επιπλέον έτη ζωής συνοδεύονται από την πτώση των σωματικών και διανοητικών ικανοτήτων τους, τότε οι συνέπειες τόσο για τα άτομα τρίτης ηλικίας όσο και για την κοινωνία μπορεί να είναι πολύ πιο αρνητικές. Συνεπώς, απώτερος σκοπός όλων των πολιτικών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο θα πρέπει να είναι η υιοθέτηση δράσεων για υγιή γήρανση (healthy ageing) των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή την ανάπτυξη και διατήρηση της λειτουργικής τους ικανότητας και κατ' επέκταση της ευεξίας τους.<sup>245</sup>

Δέκα κύριες δράσεις για τη μεγιστοποίηση της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού είναι:<sup>3</sup>

- Η αναγνώριση του αναπόφευκτου φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού και της ανάγκης κατάλληλης προετοιμασίας από όλους τους εμπλεκόμενους (κυβερνήσεις, κοινωνία των πολιτών, ιδιωτικό τομέα, κοινότητες και οικογένειες) σχετικά με τον αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων. Αυτό είναι εφικτό να γίνει με την ενίσχυση της κατανόησης, των εθνικών και τοπικών δυνατοτήτων, καθώς και την ανάπτυξη πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων που απαιτούνται για την προσαρμογή των κοινωνιών σε ένα γηράσκοντα κόσμο.
- Η διασφάλιση ότι όλα τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορούν να ζήσουν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια, να έχουν πρόσβαση σε βασικές υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα που θα επιτρέπει την αυτονομία και την ανεξαρτησία των μεγαλύτερης ηλικίας ατόμων. Οι ενέργειες αυτές πρέπει να βασίζονται σε ένα μακροπρόθεσμο όραμα, να υποστηρίζονται από μια ισχυρή πολιτική δέσμευση και έναν εξασφαλισμένο προϋπολογισμό που θα αποτρέπει τις αρνητικές επιπτώσεις σε καιρό κρίσης ή κυβερνητικών αλλαγών.
- Η παροχή υποστήριξης στις τοπικές κοινότητες και οικογένειες προκειμένου να αναπτύξουν υποστηρικτικά συστήματα που θα εξασφαλίζουν ότι τα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα λαμβάνουν την απαραίτητη μακροχρόνια περίθαλψη, προωθώντας με αυτόν τον τρόπο την ενεργό και υγιή γήρανση σε τοπικό επίπεδο.
- Η επένδυση στα άτομα νεαρής ηλικίας μέσω της προώθησης υγιεινών συνθηκών, της εξασφάλισης ευκαιριών εκπαίδευσης και απασχόλησης, της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής ασφάλισης με σκοπό τη βελτίωση της ζωής των μελλοντικών ηλικιωμένων γενεών. Αντιστοίχως, η ευέλικτη απασχόληση, η διά βίου μάθηση και οι ευκαιρίες επαγγελματικής επανεκπαίδευσης αυξάνουν σημαντικά την ένταξη στην αγορά εργασίας των σημερινών ηλικιωμένων.
- Η υποστήριξη των διεθνών και εθνικών προσπαθειών για την ανάπτυξη συγκριτικής έρευνας σχετικά με τη γήρανση, εξασφαλίζοντας

ταυτόχρονα ότι τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα (φύλο, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, κ.ά.) είναι διαθέσιμα για τη χάραξη πολιτικών για την τρίτη ηλικία.

- Η ενσωμάτωση της γήρανσης σε όλες τις πολιτικές που αφορούν τα δύο φύλα, λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές απαιτήσεις των ηλικιωμένων γυναικών και ανδρών.
- Η δέσμευση για ένταξη της γήρανσης και των σχετιζόμενων αναγκών σε όλες τις εθνικές αναπτυξιακές πολιτικές και προγράμματα.
- Η εξασφάλιση της ενσωμάτωσης της γήρανσης και των αναγκών των ηλικιωμένων στις εθνικές ανθρωπιστικές δράσεις, στα σχέδια για την κλιματική αλλαγή και στα προγράμματα διαχείρισης καταστροφών και ετοιμότητας.
- Η διασφάλιση ότι τα ζητήματα που αφορούν τη γήρανση εκπροσωπούνται επαρκώς στη μετα το 2015 αναπτυξιακή ατζέντα, μέσω της ανάπτυξης συγκεκριμένων στόχων και δεικτών.
- Η ανάπτυξη μιας νέας νοοτροπίας και κοινωνικής στάσης σχετικά με τη γήρανση και τα ηλικιωμένα άτομα, τόσο από τους φορείς χάραξης πολιτικών όσο και από τα ενεργά μέλη της κοινωνίας. Αυτό απαιτεί, μεταξύ άλλων, την ανάγκη ανάπτυξης διεθνών πρακτικών για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη μετατροπή τους σε εθνικούς νόμους, τη θέσπιση θετικών μέτρων για την αντιμετώπιση των διακρίσεων απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα και την αναγνώριση τους ως αυτόνομα άτομα.

## 3.2 Τουρισμός Υγείας

### 3.2.1. Τι Είναι Ο Τουρισμός Υγείας

Όπως ήδη αναφέρθηκε στους «Ορισμούς» ως τουρισμός υγείας ορίζεται το οργανωμένο ταξίδι εκτός της χώρας του ατόμου με στόχο τη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας του.<sup>275</sup> Ο τουρισμός υγείας επικεντρώνεται στη φυσική υγεία, αλλά και στην ενίσχυση της ψυχικής και πνευματικής ευεξίας με υπηρεσίες που βελτιώνουν τις δυνατότητες του ατόμου να ικανοποιεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του στο περιβάλλον και στην κοινωνία που ζει.<sup>276</sup>

Ο τουρισμός υγείας περιλαμβάνει τον ιατρικό τουρισμό, τον ιαματικό τουρισμό και τον τουρισμό ευεξίας. Η ταξινόμηση αυτή, που έχει υιοθετήσει η παρούσα μελέτη, δεν είναι αποδεκτή από όλους τους διεθνείς μελετητές. Πρόσφατη έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>277</sup> περιλαμβάνει στον τουρισμό υγείας τον ιατρικό τουρισμό, τον τουρισμό ευεξίας και τον τουρισμό spa. Ο ιατρικός τουρισμός αναφέρεται σε όσους ταξιδεύουν σε άλλη χώρα για να λάβουν κάποιου είδους ιατρική θεραπεία, ο τουρισμός ευεξίας για τη διατήρηση και βελτίωση της προσωπικής υγείας και ευεξίας και ο τουρισμός spa τοποθετείται ενδιάμεσα για την πρόληψη της αρρώστιας και για τη διατήρηση της υγείας παρέχοντας τόσο ιατρικές όσο, και μη ιατρικές υπηρεσίες. Ο διαχωρισμός αυτός είναι αρκετά προβληματικός, όχι μόνο γιατί είναι δυσδιάκριτα τα όρια μεταξύ του τουρισμού ευεξίας και του τουρισμού spa, αλλά και διότι δεν αναγνωρίζει τον ιαματικό τουρισμό ως ένα ιδιαίτερο και σημαντικό τομέα του τουρισμού υγείας εντάσσοντας τον στον τουρισμό spa. Εξάλλου, το Global Wellness Institute<sup>278</sup> περιλαμβάνει τον τουρισμό spa στον τουρισμό ευεξίας.

### 3.2.2. Το Μέγεθος Της Αγοράς

Η έλλειψη σαφούς και κοινά αποδεκτού ορισμού για τον τουρισμό υγείας καθιστά δυσχερή την ένταξή του και στις στατιστικές του γενικότερου τουρισμού. Επιπλέον διεθνείς, εθνικές ή και τοπικές αρχές κατά κανόνα δεν καταγράφουν ως ειδικό τομέα τον τουρισμό υγείας. Το GWI εκτιμά ότι τα ταξίδια για ιαματικό τουρισμό και τουρισμό υγείας αποτελούν περίπου το 7% όλων των εγχώριων και διεθνών ταξιδιών.<sup>278</sup>



Πολλές χώρες έχουν εντάξει τον τουρισμό υγείας στις εθνικές τουριστικές στρατηγικές. Σε ό,τι αφορά την Ευρώπη, Έκθεση της Γενικής Διεύθυνσης Εσωτερικών Υποθέσεων<sup>277</sup> αναφέρει για το 2014, 56 εκατ. αφίξεις τουριστών υγείας μεταξύ χωρών της Ευρώπη και 5,1 εκατ. αφίξεις από χώρες εκτός Ευρώπης. Οι αφίξεις αυτές αντιστοιχούν στο 4,3% των συνολικών αφίξεων. Η Γερμανία, η Γαλλία και η Σουηδία αποτελούν τους τρεις πρώτους προορισμούς (56% των συνολικών αφίξεων). Τις περισσότερες υποδομές τουρισμού υγείας και φιλοξενίας διαθέτουν οι Φινλανδία, Βουλγαρία, Γερμανία, Ισπανία και Ιρλανδία. Όμως, τη μεγαλύτερη πυκνότητα υποδομών υγείας και φιλοξενίας που παρέχουν υπηρεσίες ευεξίας, τις διαθέτουν οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, οι χώρες της Βαλτικής και η Ισπανία.<sup>277</sup> Τα δύο τρίτα με τα τρία τέταρτα της συνολικής αγοράς Τουρισμού Υγείας αφορούν τον τουρισμό ευεξίας. Για τα άτομα τρίτης ηλικίας με χρόνια προβλήματα υγείας, διαπιστώνεται σαφής προτίμηση για πιο κοντινούς προορισμούς από τον τόπο κατοικίας τους.<sup>277,279</sup>

Για την ίδια χρονιά (2014), τα συνολικά έσοδα από τον τουρισμό υγείας στην Ευρώπη ανέρχονταν στα 46,9 δισ. €, ποσό που αντιστοιχεί στο 4,6% των συνολικών εσόδων από τον τουρισμό και στο 0,33% του ΑΕΠ της Ευρώπης, γεγονός που σημαίνει ότι ο τουρισμός υγείας δεν αποτελεί ακόμα σημαντικό οικονομικό τομέα στην Ευρώπη. Για ορισμένες όμως χώρες ή περιοχές ισχύει το αντίθετο. Περισσότερο από τα τρία τέταρτα από τα έσοδα της Ευρώπης από τον τουρισμό υγείας προέρχονται από τη Γερμανία, Γαλλία, Πολωνία, Ιταλία και Σουηδία. Τα έσοδα από τον τουρισμό υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 2,3% των συνολικών εσόδων της Ευρώπης. Σύμφωνα πάντα με την έκθεση, ο τουρισμός υγείας στην Ευρώπη αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια.

### 3.2.3 SWOT Ανάλυση

Σύμφωνα με την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης,<sup>277</sup> τα δυνατά (strengths) σημεία του τουρισμού υγείας στην Ευρώπη είναι τα εξής:

- Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες είναι κορυφαίοι διεθνείς προορισμοί.
- Μακρά παράδοση στους τομείς του τουρισμού υγείας και ιδιαίτερα του ιαματικού τουρισμού και του τουρισμού ευεξίας.
- Η διαφοροποίηση του φυσικού περιβάλλοντος και των πόρων.
- Ανεπτυγμένες τουριστικές υποδομές, καλά μέσα μεταφοράς και πολλά τουριστικά αξιοθέατα.
- Πολλές ιαματικές πηγές.
- Υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.
- Η οδηγία 2011/24/ΕΕ που διευκολύνει την κινητικότητα ασθενών και κεφαλαίων.

Αντίστοιχα, οι αδυναμίες (weaknesses) είναι οι εξής:

- Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός τουρισμού υγείας και των επιμέρους τομέων του.
- Έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων σε ροές και έσοδα.
- Η αγορά σε μεγάλο βαθμό χωρίς θεσμικές ευρωπαϊκές ρυθμίσεις, με αποτέλεσμα να υφίστανται σημαντικές διαφορές ποιότητας και ασφάλειας.
- Πολλές εθνικές νομοθεσίες δεν έχουν εναρμονιστεί ακόμα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ.
- Η συνεργασία μεταξύ προορισμών και εμπλεκόμενων φορέων είναι ανεπαρκής.
- Ανεπαρκής είναι και η προβολή – διαφήμιση εντός της Ευρώπης.
- Ορισμένες εγκαταστάσεις δεν εκσυγχρονίζονται εγκαίρως και επαρκώς.

Σε ό,τι αφορά τις ευκαιρίες (opportunities) η Έκθεση αναφέρει τις εξής:

- Η διάθεση σημαντικού ποσοστού (49%) των πολιτών της Ευρώπης να ταξιδέψει σε άλλη χώρα για ιατρική θεραπεία.
- Η χρήση νέων τεχνολογιών επικοινωνίας - πληροφόρησης – προβολής.
- Η παγκόσμια ανάπτυξη του τουρισμού.
- Η γήρανση του πληθυσμού και η ανάπτυξη του τουρισμού τρίτης ηλικίας.
- Η αυξανόμενη προτεραιότητα των πολιτών για τα θέματα υγείας και ευεξίας.
- Η δημιουργία Κέντρων Αριστείας για ορισμένες παθήσεις.
- Η ανακαίνιση μεγάλου αριθμού παλαιών εγκαταστάσεων ιαματικού τουρισμού και τουρισμού ευεξίας.
- Η συνεργασία τουριστικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, οι απειλές (threats) που προκύπτουν από το εξωτερικό περιβάλλον είναι οι εξής:

- Η έλλειψη ευαισθητοποίησης του κοινού και η ελλιπής γνώση των ευκαιριών που παρέχει η οδηγία 2011/24/ΕΕ.
- Η αρνητική δημοσιότητα που προκαλείται από χώρες που δεν ρυθμίζουν και δεν ελέγχουν επαρκώς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.
- Η ανησυχία πολλών χωρών για μαζική χρήση υπηρεσιών υγείας άλλων χωρών, γεγονός που θα επιφέρει επιπρόσθετα υγειονομικά κόστη.
- Η επιτάχυνση της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών.
- Το ανεπαρκές σύστημα πιστοποίησης κυρίως για τους μη ιατρικούς παρόχους.
- Η έλλειψη τεχνογνωσίας για την αξιολόγηση της υγείας των τουριστών από τους ΤΟ και τα ταξιδιωτικά γραφεία.
- Εστίες πολιτικής αστάθειας, τοπικών πολέμων και τρομοκρατικών ενεργειών.

### 3.2.4. Οδηγίες – Πολιτικές

Με βάση όσα ήδη αναφέρθηκαν η ανάπτυξη του τουρισμού υγείας θα πρέπει να βασίζεται στα εξής (Ευρώπη):<sup>277</sup>

- Την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (βλέπε κεφ. 3.9), γεγονός που αποτελεί προτεραιότητα σε χώρες της Ευρώπης, όπως η Αυστρία, η Βουλγαρία, η Κροατία, η Κύπρος, η Ιρλανδία και η Τουρκία.
- Την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των υπηρεσιών ευεξίας, καθώς και της συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.
- Τη δημιουργία clusters υγείας ή δικτύων υγείας, όπως ήδη λειτουργούν στην Ουγγαρία, Λετονία, Ρουμανία, Πορτογαλία και στην Ισπανία, με τη συμμετοχή κρατικών και δημόσιων φορέων, υπηρεσιών υγείας, ακαδημαϊκών και ερευνητικών ιδρυμάτων, ΤΟ, ξενοδοχείων, εστιατορίων, προμηθευτών εξοπλισμού, οικονομικών υπηρεσιών κ.ά.
- Την ανάληψη εκστρατειών προβολής και διαφήμισης με εξειδικευμένες στρατηγικές μάρκετινγκ για τον τουρισμό υγείας (βλέπε κεφ. 4), που ήδη κάνουν χώρες όπως η Κύπρος, το Μονακό και η Τουρκία.
- Τον εντοπισμό περιοχών που κατέχουν περισσότερα συγκριτικά πλεονεκτήματα, όπως ήδη έχουν κάνει η Λετονία, η Μάλτα, η Λιθουανία και η Πορτογαλία.
- Την εναρμόνιση της νομοθεσίας ή τη δημιουργία νέου σύγχρονου θεσμικού πλαισίου που να διευκολύνει την κινητικότητα, τις πληρωμές και κυρίως τις επενδύσεις.
- Την οικονομική ενίσχυση του κλάδου από δημόσιους, ευρωπαϊκούς ή διεθνείς πόρους με την εμπλοκή και των αρμόδιων οικονομικών Υπουργείων, όπως για παράδειγμα στην Κύπρο, όπου συνεργάζεται το Υπουργείο Υγείας με το Γραφείο Οικονομικού Σχεδιασμού.
- Την ανάληψη δράσεων για την προσέλκυση τουριστών τρίτης ηλικίας σε περιόδους χαμηλής ζήτησης.
- Τη στατιστική καταγραφή της χρήσης των υπηρεσιών τουρισμού υγείας.
- Την ανάληψη δράσεων φιλικών προς το φυσικό περιβάλλον.

## 3.3. Ιατρικός Τουρισμός

### 3.3.1. Διεθνή Δεδομένα

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται διεθνώς σε συνεχή ανάπτυξη. Από το 1970, η μέση ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 4%.<sup>280</sup> Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες οι δαπάνες υγείας αυξάνουν και θα συνεχίσουν να αυξάνουν όσο γηράσκει ο πληθυσμός, προσφέρονται νέα διαγνωστικά και θεραπευτικά προϊόντα, και παραμένει υψηλός ο πληθωρισμός στον τομέα αυτό.<sup>281</sup>

Εκτός από τους παράγοντες αυτούς, βασικοί μοχλοί ανάπτυξης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, είναι και η αύξηση της μεσαίας τάξης, η αύξηση των εισοδημάτων, η αύξηση της αστικοποίησης, η αύξηση του Ιατρικού Τουρισμού και η εξάπλωση της ασφάλισης υγείας.<sup>282</sup>

Ο Π.Ο.Υ. έχει εκτιμήσει ότι η «υγεία» θα αποτελεί τον μεγαλύτερο βιομηχανικό τομέα το 2022, αποτελώντας το 12% του παγκοσμίου ΑΕΠ, με δεύτερο τον τουρισμό (11%).<sup>283</sup> Σύμφωνα με έρευνα που κατηγοριοποίησε τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας σε έξι κατηγορίες, τρεις απ' αυτές τις κατηγορίες οι οποίες συνιστούν το 19% του συνόλου, αποτελούν εν δυνάμει χρήστες υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού.<sup>284</sup>

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ ως ιατρικός τουρισμός ορίζεται «η δραστηριότητα κατά την οποία ο επισκέπτης επιλέγει να ταξιδέψει εκτός εθνικών συνόρων με την πρόθεση να λάβει κάποιας μορφής ιατρική θεραπεία. Η ιατρική αυτή θεραπεία μπορεί να είναι μια οποιαδήποτε ιατρική πράξη, αλλά συνήθως περιλαμβάνει οδοντιατρικές, οφθαλμολογικές, αισθητικές παρεμβάσεις, υπηρεσίες αποκατάστασης-αποθεραπείας, προγραμματισμένα χειρουργεία και θεραπείες γονιμότητας». Με τον ορισμό αυτό συμφωνούν και άλλοι διεθνείς μελετητές.<sup>280,285</sup> Επιπρόσθετα, η συμμετοχή σε τουριστικές δραστηριότητες στους τόπους προορισμού ιατρικού τουρισμού αποτελεί συχνά μέρος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα μεγέθη της παγκόσμιας αγοράς ιατρικού τουρισμού είναι δύσκολο να εκτιμηθούν με ακρίβεια.<sup>286</sup> Άλλες χώρες μετρούν τους ταξιδιώτες ασθενείς με βάση την υπηκοότητα και άλλες με βάση τη διαμονή. Άλλες χώρες υπολογίζουν μόνο τις νοσοκομειακές εισαγωγές, ενώ σε ορισμένες χώρες προ-

σμετρώνται στον ιατρικό τουρισμό ο ιαματικός ή/και ο τουρισμός ευεξίας, τα έκτακτα περιστατικά, οι αγοραστές φαρμάκων ή και τα συνοδευόμενα άτομα.<sup>287</sup> Επιπλέον, οι περισσότερες κυβερνήσεις δεν διατηρούν επίσημα αρχεία για τους χρήστες ιατρικού τουρισμού και πολλά νοσοκομεία δεν δημοσιοποιούν τα σχετικά στοιχεία.<sup>288</sup>

Η VISA είχε εκτιμήσει ότι τα τελευταία χρόνια περίπου 11 εκατ. άτομα ταξιδεύουν κάθε χρόνο σε άλλη χώρα για ιατρικούς λόγους.<sup>289</sup> Η «Patient Beyond Borders» τους υπολογίζει σε 14 εκατ., και την αξία της αγοράς σε 45,5-72 δισ. \$, με κάθε ιατρική επίσκεψη να κοστίζει 3.600-7.600 \$.<sup>285</sup> Τα ποσά αυτά αναφέρει και πρόσφατη μελέτη που εκπόνησε η συμβουλευτική εταιρεία Στόχασις.<sup>290</sup> Το κόστος αυτό περιλαμβάνει τις ιατρικές και όλες τις σχετιζόμενες ταξιδιωτικές πληρωμές.<sup>291</sup> Η «Medical Tourism Association» εκτιμά την αξία της αγοράς σε 100 δισ. \$ με βάση την προβλεπόμενη ετήσια αύξηση 25% που υπολόγισε η Deloitte το 2008.<sup>292</sup> Η αντίστοιχη εκτίμηση που είχε γίνει στη μελέτη του ΙΚΠΙ το 2012 εκτιμούσε τον τζίρο σε περίπου 15 ως 20 δισ. \$, που προέκυπτε από περίπου 5 εκατ. ασθενείς με μέσο όρο ιατρικής δαπάνης 3.000 ως 4.000 \$.<sup>9</sup> Με την εκτίμηση αυτή συμφωνεί και η πρόσφατη εκτίμηση του εξειδικευμένου φορέα Ιατρικού Τουρισμού Treatment Abroad.

Περισσότερες από 60 χώρες παγκοσμίως προσφέρουν υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού. Οι χώρες που πρωταγωνιστούν προσφέρουν συνήθως ολοκληρωμένα πακέτα υπηρεσιών σε ανταγωνιστικό κόστος και υψηλή ποιότητα, συνδυάζοντας και άλλες τουριστικές υπηρεσίες, όπως αναψυχής, άθλησης, πολιτισμού, κ.ά.

Σε πολλές περιπτώσεις διαθέτουν ολοκληρωμένα και σύγχρονα συγκροτήματα σε φυσικά περιβάλλοντα υψηλών προδιαγραφών, διαμορφώνουν ένα ευνοϊκό θεσμικό πλαίσιο που διευκολύνει την είσοδο των ξένων (ιατρικές βίζες κ.ά.) αλλά και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών, επιλέγουν τομείς όπου διαθέτουν τα περισσότερα συγκριτικά πλεονεκτήματα, και φροντίζουν τη διεθνή προβολή τους με οργανωμένη στρατηγική μάρκετινγκ.

Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία αποδίδουν στη Δικτύωση που αφορά τη διασύνδεση ανθρώπων και φορέων που σχετίζονται μεταξύ τους στο πλαίσιο παροχής ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως τα νοσοκομεία με τα ξενοδοχεία και τα τουριστικά γραφεία. Απαραίτητη, επίσης, προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών, στο πλαίσιο σύγχρονων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων ποιότητας.<sup>282</sup>

Χώρες όπως η Ταϊλάνδη, το Μεξικό, οι ΗΠΑ, η Σιγκαπούρη, η Ινδία, η Κόστα Ρίκα, το Ισραήλ, η Βραζιλία, η Ουγγαρία και η Τουρκία έχουν ήδη διεκδικήσει ένα σημαντικό κομμάτι από αυτή την προσοδοφόρο αγορά

με εντυπωσιακά αποτελέσματα.<sup>285</sup> Σύμφωνα με τον ιστότοπο Statista.com, το 2013 η Ταϊλάνδη προσέλκυσε 1,2 εκατ. ασθενείς ταξιδιώτες, το Μεξικό 1 εκατ., οι ΗΠΑ 800 χιλ., η Σιγκαπούρη 600 χιλ. και η Ινδία 400 χιλ.<sup>293</sup> Η Τουρκία με 42 διεθνώς πιστοποιημένα νοσοκομεία ιατρικού τουρισμού, και τη θεσμική χρηματοδοτική υποστήριξη του κράτους, ξεπέρασε το 2015 τους 600.000 ασθενείς ταξιδιώτες.<sup>278</sup> Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Μαλαισίας, η κυβέρνηση της οποίας έθεσε τον ιατρικό τουρισμό ως αναπτυξιακή προτεραιότητα κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 1997-8, γεγονός που συνέβαλλε σημαντικά στη στήριξη της εθνικής οικονομίας και στην έξοδο από την κρίση.<sup>294</sup> Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί εθνική προτεραιότητα και σε άλλες ασιατικές χώρες, όπως στην Ινδία, στη Σιγκαπούρη και την Ταϊλάνδη.<sup>295</sup> Σε ό,τι αφορά τις μελλοντικές εκτιμήσεις για τις χώρες προορισμού, το Μεξικό αναμένεται να καταλάβει την πρώτη θέση και ακολουθούν οι ΗΠΑ, η Κόστα Ρίκα, η Ινδία.

Η Ευρώπη προσελκύει περισσότερους από 2,6 εκατ. ασθενείς ταξιδιώτες ετησίως, αριθμός που αντιπροσωπεύει περίπου το ένα πέμπτο της παγκόσμιας αγοράς του ιατρικού τουρισμού.<sup>296</sup> Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ένα σημαντικό ποσοστό των πολιτών της (49%) Ευρώπης είναι διατεθειμένο να ταξιδεύει σε άλλη χώρα για ιατρική φροντίδα.<sup>297</sup> Ο συνολικός όγκος του ιατρικού τουρισμού στην Ευρώπη υπολογίζεται για το 2014 σε 56 εκατ. εγχώριες αφίξεις και 5,1 εκατ. από τον υπόλοιπο κόσμο.<sup>20</sup> Οι ευρωπαϊκές χώρες με τη μεγαλύτερη δραστηριότητα στον ιατρικό τουρισμό είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ουγγαρία και προσφάτως η Κροατία.<sup>298</sup>

Οι λόγοι για τους οποίους ένας προορισμός καθίσταται ελκυστικός είναι σύνθετοι και συμπεριλαμβάνουν παράγοντες όπως:

- Οι επενδύσεις του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σε υποδομές υγείας.
- Η αποδεδειγμένη δέσμευση για διεθνή διαπίστευση, διασφάλιση ποιότητας και διαφάνεια των αποτελεσμάτων.
- Η διεθνής ροή ασθενών.
- Η δυνατότητα εξοικονόμησης κόστους για ιατρικές διαδικασίες.
- Η πολιτική διαφάνεια και η κοινωνική σταθερότητα.
- Η εξαιρετική τουριστική υποδομή.
- Η σταθερή φήμη για την κλινική αριστεία.
- Το ιστορικό ιατρικής καινοτομίας και επιτευγμάτων.
- Η επιτυχής υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών και της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.
- Η διαθεσιμότητα διεθνώς εκπαιδευμένου, έμπειρου ιατρικού προσωπικού.

Οι ρυθμοί ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από τη διεθνή οικονομική κρίση του 2008. Η κρίση έχει ελαττώσει

το διαθέσιμο εισόδημα των ασθενών, αλλά έχει αυξήσει τη σημασία του παράγοντα «χαμηλό κόστος» στην επιλογή του τόπου θεραπείας.<sup>280</sup>

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση του κόστους στους προορισμούς, είναι:

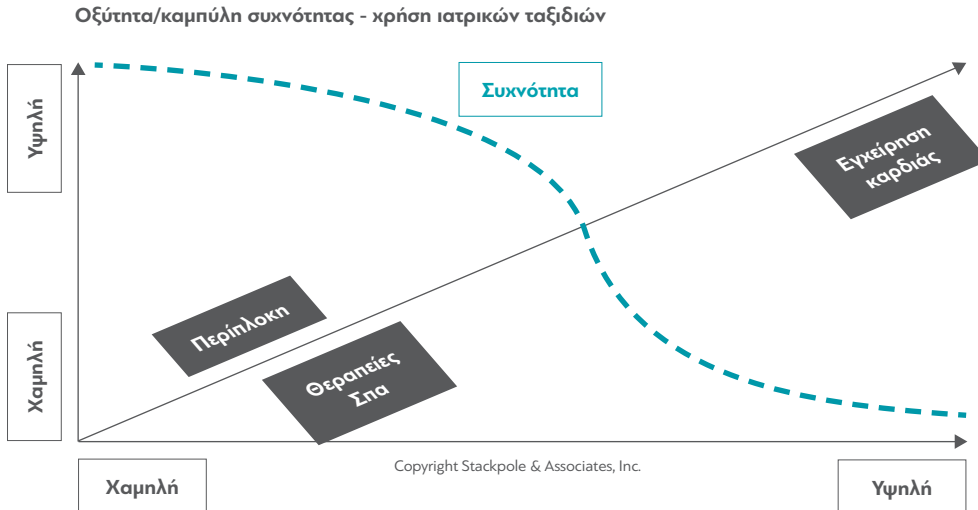
- Φθηνότερο εργατικό κόστος.
- Μικρότερα κόστη αναφορικά με την νομική και ασφαλιστική κάλυψη της ιατρικής ευθύνης.
- Απλούστερα κανονιστικά και νομικά λειτουργικά πλαίσια για τους παρόχους υγείας.

Τα άτομα που έχουν επισκεφτεί μια χώρα έχουν πενταπλάσια πιθανότητα να επιλέξουν τη χώρα αυτή για ιατρικές ή οδοντιατρικές υπηρεσίες και διπλάσιες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.<sup>287</sup> Σε έρευνα της Deloitte το 2011 σε δώδεκα αναπτυγμένες χώρες, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό του πληθυσμού που είχε ταξιδέψει στο εξωτερικό για ιατρικές υπηρεσίες κυμαινόταν από 1% (Γαλλία, Πορτογαλία) έως 8% (Κίνα, Λουξεμβούργο).<sup>284</sup>

Σε ό,τι αφορά την εποχικότητα του ιατρικού τουρισμού, αυτή εξαρτάται από το είδος των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Στην Ευρώπη έχει διαπιστωθεί μικρή εποχικότητα για υπηρεσίες γονιμότητας και μεγάλη για οδοντιατρικές και αισθητικές υπηρεσίες.<sup>278</sup> Σε κάθε περίπτωση όμως, οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες καλύπτουν και τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού σε όλη τη διάρκεια του χρόνου, γεγονός που ενισχύει τη βιωσιμότητα και κερδοφορία τους.

Στις περισσότερες χώρες υφίσταται αντίστροφη σχέση ανάμεσα στην οξύτητα (acuity) των υπηρεσιών και τη συχνότητα της προσφοράς τους (Διάγραμμα 14). Η σχέση αυτή υποδηλώνει ότι υπηρεσίες μικρότερης οξύτητας γίνονται πιο εύκολα αποδεκτές και χρησιμοποιούνται πιο συχνά από τους ασθενείς-ταξιδιώτες και ότι πιο σύνθετες και υψηλής οξύτητας υπηρεσίες χρησιμοποιούνται πιο σπάνια.

### Σχήμα 3: Σχέση Οξύτητας Και Ζήτησης (2013)



Πηγή: Stackpole, 2013

Έχει, επίσης, διαπιστωθεί, πως τα τρία πιο βασικά κριτήρια επιλογής προορισμού για υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού είναι κατά σειρά προτεραιότητας η ασφάλεια, το κόστος και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών .

Ο ιατρικός τουρισμός είναι ένα σύνθετο οικοσύστημα από υπηρεσίες όπου μετέχουν:

- Πάροχοι υγείας (νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα αποκατάστασης, ιατροί, νοσηλευτές κ.τ.λ.).
- Πάροχοι υπηρεσιών φιλοξενίας και μεταφοράς (ξενοδοχεία, αεροπορικές εταιρείες, επιτόπια μετακίνηση κτλ.).
- Ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας (ιδιωτικές εταιρείες, φορείς κοινωνικής ασφάλισης κτλ.).
- Οργανισμοί πιστοποίησης υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού.
- Διαμεσολαβητές ιατρικού τουρισμού (Medical Tourism facilitators).<sup>286</sup>

Σύμφωνα με τη Global Healthcare Resources,<sup>299</sup> οι κυριότερες ιατρικές υπηρεσίες που αναζητούν οι ασθενείς ταξιδιώτες είναι κατά σειρά οι ορθοπεδικές, οι ογκολογικές, οι αισθητικές, οι καρδιολογικές, οι νευρολογικές-νευροχειρουργικές, οι γονιμότητας και ακολουθούν οι υπόλοιπες υπηρεσίες. Ενώ, σύμφωνα με το «Patients Without Borders» οι δέκα πρώτες κατά σειρά προτιμήσεις είναι η αισθητική χειρουργική, η οδοντιατρική, η καρδιοχειρουργική, η ορθοπεδική, η ογκολογία, η γονιμότητα, η απώλεια βάρους και οι διαγνωστικές εξετάσεις.<sup>285</sup>

Εξίσου σημαντικό είναι οι πάροχοι των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία και οι ιατροί, να πληρούν τα διεθνή πρότυπα και



πρακτικές, όπως αυτά διαμορφώνονται από συγκεκριμένους οργανισμούς πιστοποίησης. Τέτοιοι οργανισμοί είναι: η Διεθνής Κοινοπρακτική Επιτροπή (Joint Commission international - JCI), ο Διεθνής Οργανισμός για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας (International Society for Quality in Health Care - ISQua), ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας (European Society for Quality in Healthcare - ESQH), ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization – ISO) και η TEMOS που είναι εξειδικευμένη στον ιατρικό τουρισμό. (βλ. κεφ 3.8).

Η πιστοποίηση για παρόχους υγείας καλύπτει κυρίως τα εξής:

- Διασφάλιση Ποιότητας και απόδειξη των υψηλών προδιαγραφών παρεχόμενων υπηρεσιών με αντικειμενικό τρόπο.
- Φυσική Ασφάλεια και Διαχείριση Υποδομών σύμφωνα με διεθνή πρότυπα ποιότητας (αρχές ISO 9001, 18001, 14001, 22000- HACCP κλπ.).
- Ασφαλής διαχείριση και διακίνηση της Ιατρικής Πληροφορίας.
- Εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων - Απόδειξη κλινικής αποτελεσματικότητας των τομέων εξειδίκευσης και αριστείας του Νοσοκομείου.
- Συνεχής εκπαίδευση του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού.
- Υποστήριξη της επικοινωνίας, του προσανατολισμού και της ασφάλειας του διεθνή ασθενή.
- Ειδική υπηρεσία και διαδικασίες διαχείρισης του διεθνή ασθενή.
- Θεσμική και ασφαλιστική κατοχύρωση στο επίπεδο της κάλυψης αστικής ευθύνης για την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία (για ιατρικό σφάλμα και αμέλεια) και την εν γένει ασφάλιση του ασθενή κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο.
- Πλαίσιο τιμολόγησης-τεκμηρίωση χρέωσης των υπηρεσιών και συνοδών διαδικασιών είσπραξης.
- Δίκτυο αξιόπιστων συνεργατών από τον τουριστικό και ξενοδοχειακό κλάδο.
- Σύναψη συνεργασιών σε διεθνές επίπεδο για τη διακίνηση ασθενών – μηχανισμοί αγοράς, σε συνδυασμό με δράσεις προβολής και οργανωμένης προώθησης του «νέου προϊόντος» - διασύνδεση με εξειδικευμένους ιστότοπους.

Περισσότερα για την πιστοποίηση περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο 3.8.

Μέχρι το 2012 οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, δημόσιοι και ιδιωτικοί, συμμετείχαν σε μικρό βαθμό στην κάλυψη δαπανών ιατρικού τουρισμού επιλογής. Για αυτό και υπερίσχυαν οι ιατρικές υπηρεσίες που συνήθως δεν καλύπτονται ασφαλιστικά, όπως οδοντιατρική ή αισθητική χειρουργική. Αυτό τείνει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια, καθώς τα ασφαλιστικά συστήματα θα αναζητούν φθηνότερες λύσεις στην παγκόσμια αγορά, αλλά είναι δύσκολο να προβλεφθεί με τι ρυθμό θα γίνει η αλλαγή.<sup>7</sup> Αξίζει πάντως να σημειωθεί πως το 2015 στην Ευρώπη καταβλήθηκαν περισσότερες

από 39.000 αποζημιώσεις στο πλαίσιο της εφαρμογής της δισυνοριακής οδηγίας 2011/24/ΕΕ.<sup>300</sup>

Ένας βασικός θεσμός που συνέβαλε στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού διεθνώς είναι αυτός του Medical Tourism Facilitators (MTF), ο ρόλος του οποίου είναι η διαμεσολάβηση ανάμεσα στους ασθενείς-ταξιδιώτες και τους παρόχους του ιατρικού τουρισμού, αναλαμβάνοντας ένα ανάλογο ρόλο με αυτόν που διαδραματίζουν τα τουριστικά γραφεία. Ο MTF μπορεί να αποτελεί έναν οργανισμό, μια εταιρεία ή φυσικό πρόσωπο, που επιδιώκει να φέρει σε επαφή τους υποψήφιους ιατρικούς τουρίστες με τους φορείς παροχής υπηρεσιών, όπως ένα νοσοκομείο ή μια κλινική.

Ο διαμεσολαβητής ιατρικού τουρισμού αποτελεί μια σύγχρονη ειδικότητα, απαραίτητη για τη διαμόρφωση και την ανάπτυξη της αγοράς του ιατρικού τουρισμού και του τουρισμού υγείας σε κάθε χώρα, αναλαμβάνοντας ουσιαστικά τον ρόλο του άμεσου μεσολαβητή μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας σε όλα τα στάδια του κύκλου φροντίδας του τουρίστα υγείας. Για έναν τουρίστα υγείας, ο διαμεσολαβητής ιατρικού τουρισμού αποτελεί πρόσωπο εμπιστοσύνης, καθώς του εξασφαλίζει πληροφορίες σχετικά με τη χώρα στην οποία πρόκειται να ταξιδέψει, αλλά του δίνει και τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό παρόχων υγειονομικών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών.<sup>299,300</sup>

Οι διαμεσολαβητές ιατρικού τουρισμού καθοδηγούν τους ασθενείς μέσα από μια διαδικασία εξασφάλισης υψηλής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και οικονομικά ανταγωνιστικών θεραπειών, καθώς και επιλογής αξιόπιστων και ελκυστικών προορισμών, τόσο σε διεθνές επίπεδο, όσο και στην εγχώρια αγορά. Η συμβολή τους είναι αρκετά κρίσιμη για τα ακόλουθα θέματα:

- Λειτουργούν ως σύνδεσμοι και διαμεσολαβητές μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τουριστικών επιχειρήσεων.
- Συνθέτουν το προϊόν υγείας/ιατρικού τουρισμού και αναπτύσσουν το σχετικό επιχειρηματικό σχέδιο.
- Κάνουν αξιολόγηση των ενδεχόμενων κινδύνων και σχέδιο διαχείρισής τους και συνάπτουν συνεργασίες με αξιόπιστους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.
- Δημιουργούν συμφωνίες υπό τις ισχύουσες διεθνείς διατάξεις και κανονισμούς, καθώς και σύμφωνα με το εκάστοτε ισχύον νομικό πλαίσιο.
- Κατανοούν την πολύπλοκη διαδικασία ρύθμισης των ταξιδιών που συνδυάζονται με σύνθετες ή λιγότερο σύνθετες ιατρικές διαδικασίες.
- Αντιμετωπίζουν γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια στη διαδικασία διαχείρισης των ιατρικών τουριστών.

Στην Ελλάδα, ο θεσμός του medical tourism facilitator, που αποδίδεται ως «διαμεσολαβητής ιατρικού τουρισμού» ή ως «συντονιστής τουρισμού

υγείας», δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς, παρά το γεγονός ότι έχουν δραστηριοποιηθεί αρκετές, μικρού όμως μεγέθους, εταιρείες, που δεν είναι όμως σε θέση να ανταγωνιστούν τις μεγάλες αντίστοιχες εταιρείες του εξωτερικού. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μίας εκ των ελληνικών αυτών εταιριών, ο μέσος ασθενής ταξιδιώτης στην Ελλάδα είναι ηλικίας 45-55 ετών μεσαίου και ανώτερου εισοδήματος, ο οποίος επιθυμεί να συνδυάσει κάποια ιατρική πράξη με τουρισμό. Ο μέσος χρόνος διαμονής είναι επτά ημέρες, ενώ συνήθως συνοδεύεται από ένα ακόμα άτομο. Η Αθήνα συγκεντρώνει τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών τουριστών. Ένα από τα μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Αθήνα, παρουσιάζει σημαντική αύξηση τζίρου από ασθενείς ταξιδιώτες τα τελευταία χρόνια, ενώ εκτιμάται ότι κάθε ασθενής ταξιδιώτης θα ξοδέψει με τη συνοδό του περί τα 5.000€, ενώ ένας κλασικός τουρίστας για τις ίδιες μέρες θα ξοδέψει περίπου 1.500€. <sup>282</sup>

Σύμφωνα με εκτιμήσεις άλλης ελληνικής εταιρίας της MTF, το κόστος της υγειονομικής περιθαλψης στην Ελλάδα είναι 60%-90% χαμηλότερο και με μικρότερες λίστες αναμονής σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά ή τις ΗΠΑ. Δεν ισχύει όμως το ίδιο για άλλες χώρες. Οι τιμές στην Ελλάδα δεν διαφέρουν πολύ από της Γερμανίας, ενώ είναι σαφώς υψηλότερες από άλλες ανταγωνίστριες χώρες όπως η Τουρκία, η Ουγγαρία και η Πολωνία. Οι τιμές στην Ελλάδα θα μπορούσαν να είναι πολύ πιο ανταγωνιστικές εάν δεν ίσχυε ο υψηλός συντελεστής ΦΠΑ.

Οι Ευρωπαίοι ταξιδεύουν σχετικά λιγότερο για ιατρικούς σκοπούς, ίσως επειδή οι ανάγκες υγείας τους καλύπτονται σε μεγαλύτερο βαθμό από δημόσια συστήματα υγείας ή ασφάλισης. Αντίθετα, η μεσαία τάξη στην Ασία και στην Αμερική τείνει να πληρώνει ιδιωτικά, και ίσως αυτό εξηγεί τη μεγαλύτερη ανάπτυξη προορισμών στην Ασία και την Νότιο Αμερική. <sup>290</sup> Όμως η Οδηγία για τη διασυνοριακή φροντίδα μέσα στην Ευρώπη επιτρέπει στους Ευρωπαίους να λαμβάνουν υπηρεσίες σε όλη την Ευρώπη με κάλυψη από τα ασφαλιστικά τους συστήματα (αναλυτικά στο κεφ. 3.6.7).

Η πλήρης εφαρμογή της Οδηγίας μπορεί να προσφέρει μεγάλη ευκαιρία για τους παρόχους υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Για να είναι επιλέξιμοι ως πάροχοι σε ασφαλισμένους άλλων χωρών, θα πρέπει οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα κράτη, αλλά και οι ίδιοι οι πάροχοι να αντιμετωπίσουν μια σειρά από ζητήματα. <sup>286</sup>

Οι πάροχοι θα πρέπει να έχουν οργάνωση και διαδικασίες που να μπορούν να πιστοποιηθούν από τα ευρωπαϊκά συστήματα που θα δημιουργηθούν για τον σκοπό αυτό. Επίσης, θα πρέπει να έχουν τιμές τέτοιες ώστε να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση των μεγάλων χωρών προέλευσης. <sup>7</sup> Τα κράτη προέλευσης και τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να πεισθούν ότι η δυνατότητα των ασφαλισμένων να θεραπευθούν αλλού δεν θα αυξήσει το κόστος της ασφάλισης υγείας των πληθυσμών

τους.<sup>286</sup> Τα κράτη υποδοχής θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι εισερχόμενοι ασθενείς δεν θα εκτοπίσουν τους δικούς τους πολίτες στα νοσοκομεία τους. (Η Ισπανία, π.χ., ανησυχεί ότι οι συνταξιούχοι της βόρειας Ευρώπης μπορεί να κατακλύσουν το δικό της σύστημα υγείας).<sup>286</sup>

Στην Ελλάδα, ο μεν ιδιωτικός τομέας έχει μεγάλη αναξιοποίητη δυναμικότητα, ο δε δημόσιος έχει πολύ ανορθολογική κατανομή δυναμικού, με αποτέλεσμα ενώ στην Αττική υπάρχουν ουρές αναμονής, σε πολλές μονάδες της περιφέρειας υπάρχουν αναξιοποίητες υποδομές.<sup>286</sup> Η Ελλάδα, συνεπώς, φαίνεται ότι στρατηγικά έχει τη δυνατότητα να ωφεληθεί πολύ ως πάροχος υπηρεσιών από την εφαρμογή της Οδηγίας, εξοικειώνοντας τους παρόχους με τον τρόπο εφαρμογής της οδηγίας και διευκολύνοντας τον τρόπο πληρωμής.<sup>286</sup>

Σε ό,τι αφορά την ασφαλιστική κάλυψη, εκτός από την κοινωνική ασφάλιση και τις προβλέψεις της διασυνοριακής περίθαλψης στην Ευρώπη, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης διεθνώς. Οι παροχές αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα και κυρίως ανάλογα με το ασφαλιστικό συμβόλαιο. Κάθε χώρα της Ευρώπης διαφέρει σημαντικά ως προς το μείγμα των κρατικών, ημι-κρατικών, ιδιωτικών ασφαλίσεων, καθώς και ως προς τον τρόπο ή το επίπεδο που ελέγχονται οι δαπάνες και η κάλυψη αυτών. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει μικρό μερίδιο της ασφαλιστικής αγοράς. Κατά κανόνα η ιδιωτική ασφαλιστική αγορά στην Ευρώπη, παρότι καλύπτει όλες τις νοσηλείες (απολογιστικά εκτός και εάν υπάρχει σύμβαση με το Νοσηλευτήριο), δεν καλύπτει συνήθως πλαστική χειρουργική και οδοντιατρικές υπηρεσίες (εκτός όσων χαρακτηρίζονται γναθοπροσωπικές). Ορισμένα συμβόλαια καλύπτουν φυσιοθεραπείες και σε ορισμένες περιπτώσεις συγκεκριμένο αριθμό προεγκεκριμένου θεραπευτικού θερμαλισμού.

Πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα εκτός Ευρώπης ιδιαίτερα στην Ασία, χρησιμοποιούνται από ασφαλιστικούς φορείς της Ευρώπης για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών των ασφαλισμένων για επείγοντα περιστατικά. Οι ασφαλιστικοί φορείς σπάνια προχωρούν σε σύναψη συμβάσεων για προϊόντα ιατρικού τουρισμού επιλογής. Οι ασφαλιστικοί φορείς πληρώνουν μόνο ένα ποσοστό των νοσηλευτικών δαπανών, με την ίδια συμμετοχή να αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, οι ασφαλιστικοί φορείς είναι απρόθυμοι να κάνουν συμφωνίες με παρόχους ιατρικών υπηρεσιών που δεν κατανοούν καλά το πλαίσιο λειτουργίας της κάθε ασφάλισης, ενώ οι μεγάλοι ασφαλιστικοί φορείς πωλούν εταιρικά πακέτα ασφάλισης μέσω ενδιάμεσων-μεσαζόντων. Για όλους αυτούς τους λόγους οι ασφαλιστικοί φορείς δεν αποτελούν πρόθυμους αγοραστές υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού επιλογής.

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι η αστική ευθύνη ασφάλισης του παρόχου καλύπτει τον πελάτη-τουρίστα για έκτακτες ανάγκες, αλλά όχι για

ήδη υφιστάμενη νόσο, η οποία συνήθως καλύπτεται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού μέσω της ασφάλισης του. Η διερεύνηση για υφιστάμενα νοσήματα πραγματοποιείται κατά περίπτωση και με την ελεύθερη βούληση του τουρίστα να αναφέρει τυχόν περιορισμούς λόγω υγείας.

Οι Tour Operators (TO) επιλέγουν να μην παρέχουν το κόστος ευθύνης για ιατρική ή παραϊατρική υπηρεσία, η δε κάλυψη της αστικής ευθύνης δεν ισχύει για άτομα άνω των 70 ετών στους περισσότερους TO.

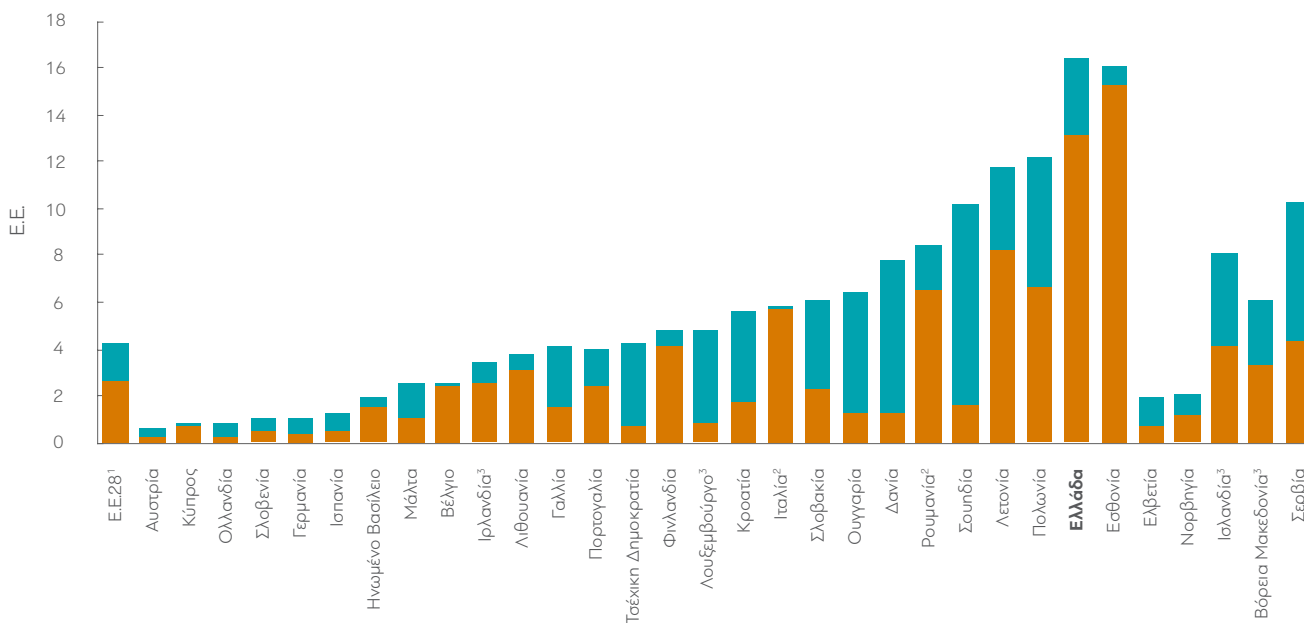
### 3.3.2. Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Υγείας

#### 3.3.2.1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική ή οδοντιατρική περίθαλψη στις χώρες της Ευρώπης, δηλαδή οι ανάγκες υγείας που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν για διάφορους λόγους, κυρίως λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής, αποτελούν ένα ισχυρό κίνητρο για τη μετάβαση σε άλλη χώρα, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές ειδικά για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η στατιστική υπηρεσία της Ευρώπης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) διερευνά ανάμεσα σε άλλα τις ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες του πληθυσμού κάθε χώρας, το ποσοστό των αναγκών αυτών που δεν ικανοποιούνται και τους λόγους της μη ικανοποίησης.<sup>301</sup>

Το 2014, περίπου το 6,7% του πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω στην Ευρώπη των 28 χωρών ανέφερε ότι δεν ήταν σε θέση να καλύψει τις ανάγκες του σε ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία. Το ποσοστό αυτό κυμαινόταν από 2% στη Μάλτα έως 13% στην Εσθονία, με την Ολλανδία και την Αυστρία κάτω και τη Λετονία πάνω από το εύρος αυτό. (Διάγραμμα 12). Η Νορβηγία και η Ελβετία, επίσης, παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά στο συγκεκριμένο δείκτη σε αντίθεση με τη Σερβία που εμφάνιζε υψηλό ποσοστό. Όσον αφορά τους λόγους που σχετίζονται με την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως το κόστος, η απόσταση και η μεγάλη λίστα αναμονής, το 3,6% του ενήλικου πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες, με το εύρος των ποσοστών να κυμαίνεται από 1% στη Μάλτα και στη Τσεχία, έως 9% στη Ρουμανία, με το Λουξεμβούργο, την Ισπανία, την Ολλανδία, τη Σλοβενία και την Αυστρία να βρίσκονται κάτω από τα προαναφερθέντα όρια και την Ελλάδα, την Εσθονία και την Αυστρία πάνω.

**Διάγραμμα 12: Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Στην Ιατρική Περίθαλψη (2016) (%)**



<sup>1</sup> Εκτιμήσεις

<sup>2</sup> Προσωρινά Δεδομένα

<sup>3</sup> 2015

■ Άλλοι Λόγοι

■ Πολύ ακριβά ή πολύ μακριά ή μεγάλη αναμονή

Πηγή: Eurostat, 2018

Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care)

Η μεγάλη λίστα αναμονής για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία, αποτέλεσε την πιο συχνή αιτία για ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες στην Εσθονία, την Πολωνία, τη Φινλανδία, τη Λιθουανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στα μισά κράτη-μέλη της Ευρώπης το κόστος για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία ήταν ο συνηθέστερος λόγος για την αδυναμία λήψης ιατρικών υπηρεσιών.

Μεταξύ όλων των παραγόντων σχετικά με την αδυναμία λήψης θεραπείας ή ιατρικών εξετάσεων, το οικονομικό κόστος ήταν ο βασικότερος λόγος σε ποσοστό που ξεπερνούσε το 70% όλων των ατόμων που ανέφεραν μια ανεκπλήρωτη ανάγκη στη Ρουμανία, στο Βέλγιο, στην Ελλάδα, στην Ιταλία και στην Κύπρο. Σε πέντε άλλα κράτη – μέλη της Ε.Ε., τουλάχιστον οι μισοί απ' όσους δήλωσαν ότι δεν έλαβαν ιατρικές υπηρεσίες (θεραπεία ή/και εξετάσεις), ανέφεραν ως κύρια αιτία το οικονομικό κόστος. Αντιθέτως, στην Εσθονία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Φινλανδία το αντίστοιχο ποσοστό ήταν κάτω από 5%.

**Πίνακας 11: Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκλήρωτες Ανάγκες Στην Ιατρική Περίθαλψη, Ανά Αιτιολογία (2016) (%)**

	Αιτίες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας						Άλλες αιτίες					
	Όλες οι αιτίες	Σύνολο	Πολύ ακριβά	Πολύ μακριά	Αναμονή	Σύνολο	Έλλειψη χρόνου	Δεν γνωρίζω κάποιο καλό γιατρό ή ειδικό	Φόβος για γιατρό, νοσοκομείο, εξέταση ή θεραπεία	Αναμονή για πιθανή βελτίωση του προβλήματος	Άλλο	
<b>Ε.Ε.28<sup>1</sup></b>	<b>4,5</b>	<b>2,6</b>	<b>1,7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>	<b>1,9</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	
Βέλγιο	2,8	2,4	2,2	0,2	0	0,4	0	0	0,1	0,2	0,1	
Βουλγαρία	4,3	2,8	2,2	0,3	0,2	1,5	0,2	0,1	0,1	0,9	0,2	
Τσέχικη Δημοκρατία	4,3	0,7	0,2	0,2	0,3	3,6	0,7	0	0,2	2,3	0,4	
Δανία	7,8	1,3	0,2	0,1	1	6,5	0,9	0,2	0,5	2,5	2,4	
Γερμανία	0,9	0,3	0,2	0	0,1	0,6	0,2	0	0,1	0,1	0,2	
Εσθονία	16,9	15,3	1,1	0,7	13,5	1,6	0,2	0,6	0,1	0,2	0,5	
Ιρλανδία <sup>3</sup>	3,3	2,8	2	0	0,8	0,5	0,1	0	0,1	0,2	0,1	
Ελλάδα	14,5	13,1	12	0,2	0,9	1,4	0,4	0	0,2	0,7	0,1	
Ισπανία	1,2	0,5	0,2	0	0,4	0,7	0,2	0	0	0,4	0,1	
Γαλλία	4,1	1,3	1	0	0,3	2,8	0,7	0,1	0,2	1,5	0,3	
Κροατία	5,2	1,7	0,7	0,6	0,4	3,5	0,7	0,1	0,3	1,8	0,6	
Ιταλία <sup>2</sup>	5,7	5,5	4,9	0,1	0,5	0,2	0,1	0	0	0,1	0	
Κύπρος	0,8	0,6	0,6	0	0	0,2	0,1	0	0	0,1	0	
Λετονία	11,7	8,2	5,3	0,5	2,5	3,5	0,8	0,3	0,2	2,1	0,1	
Λιθουανία	3,7	3,1	0,7	0,2	2,2	0,6	0,2	0	0	0,4	0	
Λουξεμβούργο	4,9	0,9	0,7	0	0,2	4	0,9	0	0,2	2,5	0,4	
Ουγγαρία	6,5	1,3	0,9	0,2	0,2	5,2	1,4	0,1	0,3	2,9	0,5	
Μάλτα	2,8	1	0,7	0	0,3	1,8	0,2	0	0,1	0,3	1,2	
Ολλανδία	0,8	0,2	0,1	0	0,1	0,6	0	0,1	0	0,2	0,3	
Αυστρία	0,7	0,2	0,2	0	0,1	0,5	0,1	0	0	0,3	0,1	
Πολωνία	12,3	6,6	2,3	0,4	3,9	5,7	2,3	0,1	0,6	2,1	0,6	
Πορτογαλία	4,1	2,4	2	0	0,3	1,7	0,5	0	0,3	0,6	0,3	
Ρουμανία <sup>2</sup>	8,6	6,5	5,3	0,6	0,7	2,1	0,3	0,1	0,4	0,8	0,5	
Σλοβενία	0,8	0,4	0,1	0	0,3	0,4	0,1	0	0,1	0,1	0,1	
Σλοβακία	6,2	2,3	0,8	0,3	1,2	3,9	1	0,4	0,5	1,4	0,6	
Φινλανδία	4,9	4,1	0,1	0	4	0,8	0	0	0	0	0,8	
Σουηδία	10,2	1,6	0,4	0,2	1	8,6	1,7	0,7	0,2	3,3	2,7	
Ηνωμένο Βασίλειο	1,8	1	0,1	0	0,9	0,8	0,1	0,1	0,1	0	0,5	
Ισλανδία <sup>3</sup>	8,4	4,3	3,3	0,3	0,7	4,1	0,1	0,2	0,1	1	2,7	
Νορβηγία	2,3	1,1	0,4	0	0,7	1,2	0,1	0,1	0	0,1	0,9	
Ελβετία	2,2	0,5	0,5	0	0	1,7	0,4	0,1	0	0,6	0,6	
Βόρεια Μακεδονία <sup>3</sup>	6	2,9	2,1	0,3	0,4	3,1	0,1	0,1	0,6	2	0,3	
Σερβία	10,5	4,5	2,6	0,6	1,2	6	2	0,1	0,6	1,9	1,4	

**Σημείωση**

<sup>1</sup> Εκτιμήσεις

<sup>2</sup> Προσωρινά Δεδομένα

<sup>3</sup> 2015

Πηγή: Eurostat. Statistics Explained, 2018

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care)

Σε γενικές γραμμές, τα κράτη – μέλη με υψηλά ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών στην ιατρική περίθαλψη εξαιτίας του κόστους, της απόστασης και της μεγάλης λίστας αναμονής, παρουσίασαν ιδιαίτερα υψηλές τιμές στα ηλικιωμένα άτομα.

Η ηλικία αποτέλεσε παράγοντα που σχετίστηκε με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες στην ιατρική περίθαλψη σε πολλά κράτη – μέλη της Ευρώπης χωρίς ωστόσο να αποτελεί καθολικό φαινόμενο. Μεταξύ των έξι κρατών-μελών της Ευρώπης όπου ένα υψηλό σχετικά ποσοστό του πληθυσμού ανέφερε αδυναμία κάλυψης των ιατρικών του αναγκών λόγω του κόστους, της απόστασης και της μεγάλης λίστας αναμονής (τουλάχιστον 7%), τα άτομα νεαρής ηλικίας (16-44 ετών) ήταν γενικά λιγότερο πιθανό να αναφέρουν κάποια ανεκπλήρωτη ανάγκη συγκριτικά με τα ηλικιωμένα άτομα (65 ετών και άνω), παρόλο που στην Πολωνία και την Ιταλία δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων μέσης ηλικίας (45-64 ετών) και των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω). Επίσης, ανάλογη εικόνα παρατηρήθηκε μεταξύ κάποιων κρατών – μελών με κάπως χαμηλότερα συνολικά ποσοστά, όπως π.χ. στη Κροατία και στη Λιθουανία.<sup>301</sup>

Αντιθέτως, αντεστραμμένη είναι η εικόνα σε λίγα κράτη – μέλη, με τα ηλικιωμένα άτομα να εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά και τα νεότερα άτομα τα υψηλότερα (πχ. Γαλλία, Σουηδία). Μία άλλη εξαίρεση από τον γενικό κανόνα, παρατηρήθηκε σε αρκετά κράτη – μέλη, όπου το υψηλότερο ποσοστό παρουσίασαν τα άτομα μέσης ηλικίας (45-64 ετών), όπως για παράδειγμα στην Κύπρο και στην Ουγγαρία.

Η συχνότητα των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους μειώνεται με την αύξηση του εισοδήματος. Το 2014, το 5,1% του πληθυσμού που ανήκει στο 1ο πεμπτημόριο εισοδήματος (20% του πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα) των 28 χωρών της Ευρώπης υποστήριξε ότι δεν έλαβε θεραπεία ή ιατρικές εξετάσεις λόγω κόστους, σε σύγκριση με το 3% που ανήκει στο 2ο πεμπτημόριο εισοδήματος, με το 2% στο 3ο πεμπτημόριο εισοδήματος, με το 1,2% στο 4ο πεμπτημόριο εισοδήματος και με το 0,5% στο 5ο πεμπτημόριο εισοδήματος (20% του πληθυσμού με το υψηλότερο εισόδημα). Συνεπώς, διαπιστώνεται ότι η συχνότητα των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες λόγω οικονομικού κόστους μειώθηκε με την αύξηση του εισοδήματος.

Αρνητική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ της συχνότητας των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης και μεγάλης λίστας αναμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου (αύξηση συχνότητας – μείωση εκπαιδευτικού επιπέδου). Τα άτομα με καλύτερη εκπαίδευση παρουσιάζουν λιγότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά οι αφίξεις μη κατοίκων από το εξωτερικό κατά χώρα προέλευσης για το έτος 2015 (Πίνακας 12).



Με βάση τις αφίξεις και τα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών για ορισμένες χώρες, υπολογίστηκαν για τις χώρες αυτές οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη που μπορούν να ικανοποιηθούν στη χώρα μας, θεωρώντας ότι η ικανοποίηση των αναγκών αυτών μπορεί να πραγματοποιηθεί με βάση τρία υποθετικά σενάρια για το 1,75%, 2,5% και 4,5% του συνόλου των αναγκών. Στους πίνακες 3 και 4 αναγράφονται οι αριθμοί των επισκεπτών από τις χώρες αυτές που μπορούν να ικανοποιήσουν στη χώρα μας τις ανεκπλήρωτες ιατρικές τους ανάγκες.

Για τις τέσσερις βασικές χώρες προέλευσης από την Ευρώπη (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Ιταλία) υπολογίστηκε ότι το σύνολο των δυνητικών αυτών επισκεπτών κυμαίνεται από 7.899 έως 21.542 άτομα, ενώ για τέσσερις βασικές χώρες της ανατολικής Ευρώπης (Ρωσία, Βουλγαρία, Σερβία, Ρουμανία) οι αντίστοιχοι υπολογισμοί κυμαίνονταν από 6.123 έως 15.747 άτομα.

**Πίνακας 12: Αφίξεις Μη Κατοίκων Από Το Εξωτερικό Κατά Χώρα Προέλευσης (2015)**

Χώρα προέλευσης μη κατοίκων	Ιανουάριος-Δεκέμβριος		Μεταβολή 2015/2014	Αναλογία % επί του συνόλου	
	2014	2015		2014	2015
<b>I. ΕΥΡΩΠΗ</b>	<b>19.477.049</b>	<b>20.715.664</b>	<b>6,4</b>	<b>88,4%</b>	<b>87,8%</b>
Χώρες ΕΕ	13.249.459	14.974.206	13	60,1%	63,5%
Αυστρία	285.132	327.123	14,7	1,3%	1,4%
Βέλγιο	409.198	482.524	17,9	1,9%	2%
Βουλγαρία	1.534.565	1.900.642	23,9	7%	8,1%
Γαλλία	1.463.157	1.522.100	4	6,6%	6,4%
Γερμανία	2.459.228	2.810.350	14,3	11,2%	11,9%
Δανία	240.419	237.655	-1,1	1,1%	1%
Εσθονία	30.551	23.323	-23,7	0,1%	0,1%
Ηνωμένο Βασίλειο	2.089.529	2.397.169	14,7	9,5%	10,2%
Ιρλανδία	69.532	72.654	4,5	0,3%	0,3%
Ισπανία	136.232	93.624	-31,3	0,6%	0,4%
Ιταλία	1.117.712	1.355.327	21,3	5,1%	5,7%
Κροατία	21.889	20.136	-8	0,1%	0,1%
Κύπρος	448.342	470.091	4,9	2%	2%
Λετονία	31.085	33.709	8,4	0,1%	0,1%
Λιθουανία	57.890	60.143	3,9	0,3%	0,3%
Λουξεμβούργο	18.449	22.037	19,4	0,1%	0,1%
Μάλτα	3.701	9.867	166,6	0%	0%
Ολλανδία	657.339	639.108	-2,8	3%	2,7%
Ουγγαρία	89.064	146.380	64,4	0,4%	0,6%
Πολωνία	588.712	754.402	28,1	2,7%	3,2%
Πορτογαλία	14.206	17.821	25,4	0,1%	0,1%
Ρουμανία	543.360	540.289	-0,6	2,5%	2,3%
Σλοβακία	61.826	75.187	21,6	0,3%	0,3%
Σλοβενία	26.698	24.377	-8,7	0,1%	0,1%
Σουηδία	337.771	351.573	4,1	1,5%	1,5%
Τσεχία	347.624	436.703	25,6	1,6%	1,9%
Φινλανδία	166.251	149.894	-9,8	0,8%	0,6%
Αλβανία	488.099	491.381	0,7	2,2%	2,1%
Ελβετία	377.077	391.249	3,8	1,7%	1,7%
Νορβηγία	246.136	244.859	-0,5	1,1%	1%
Ισλανδία	3.528	1.705	-51,7	0%	0%
Βόρεια Μακεδονία	2.346.580	3.023.059	28,8	10,7%	12,8%
Ρωσία	1.250.174	512.789	-59	5,7%	2,2%
Σερβία	985.661	727.831	-26,2	4,5%	3,1%
Λοιπές χώρες Ευρώπης	530.336	348.585	-34,3	2,4%	1,5%
<b>II. ΑΣΙΑ</b>	<b>1.411.665</b>	<b>1.515.386</b>	<b>7,3</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,4%</b>
Ιαπωνία	18.698	9.983	-46,6	0,1%	0%
Ιράν	752	10.598	1308,9	0%	0%
Ισραήλ	197.009	115.868	-41,2	0,9%	0,5%
Κίνα	47.482	55.097	16	0,2%	0,2%
Λίβανος-Συρία	31.794	30.258	-4,8	0,1%	0,1%

Χώρα προέλευσης μη κατοίκων	Ιανουάριος-Δεκέμβριος		Μεταβολή 2015/2014	Αναλογία % επί του συνόλου	
	2014	2015		2014	2015
N. Κορέα	13.388	20.080	50	0,1%	0,1%
Τουρκία	976.758	1.153.046	18	4,4%	4,9%
Λοιπά κράτη Μ.Ανατολής	45.156	55.319	22,5	0,2%	0,2%
Λοιπές χώρες Ασίας	80.628	65.136	-19,2	0,4%	0,3%
<b>III. ΑΦΡΙΚΗ</b>	<b>49.043</b>	<b>61.685</b>	<b>25,8</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,3%</b>
Αίγυπτος-Σουδάν	9.063	26.076	187,7	0%	0,1%
Νοτιοαφρικανική Ένωση	24.680	26.055	5,6	0,1%	0,1%
Λοιπές χώρες Αφρικής	15.300	9.553	-37,6	0,1%	0%
<b>IV. ΑΜΕΡΙΚΗ</b>	<b>890.318</b>	<b>1.094.750</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>	<b>4,6%</b>
Αργεντινή	32.606	34.662	6,3	0,1%	0,1%
Βραζιλία	52.217	65.588	25,6	0,2%	0,3%
Μεξικό	20.479	15.900	-22,4	0,1%	0,1%
Η.Π.Α.	591.853	750.250	26,8	2,7%	3,2%
Καναδάς	145.720	182.299	25,1	0,7%	0,8%
Λοιπές χώρες Αμερικής	47.443	46.050	-2,9	0,2%	0,2%
<b>V. ΩΚΕΑΝΙΑ</b>	<b>205.387</b>	<b>211.970</b>	<b>3,2</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>
Αυστραλία	183.080	183.165	0	0,8%	0,8%
Λοιπές χώρες Ωκεανίας	22.307	28.806	29,1	0,1%	0,1%
Σύνολο αφίξεων μη κατοίκων	22.033.462	23.599.455	7,1	100%	100%
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΑΦΙΞΕΩΝ</b>	<b>22.033.462</b>	<b>23.599.455</b>	<b>7,1</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Πηγή: Έρευνα Συνόρων της Τράπεζας της Ελλάδας  
<https://www.bankofgreece.gr/pages/el/statistics/externalsector/balance/travelling.aspx>

### Πίνακας 13: Βασικές Χώρες Προέλευσης Τουριστών Για Ιατρικούς Λόγους Στην Ελλάδα (2014)

Χώρα Προέλευσης	Επισκέπτες	Ανεκπλήρωτες Ανάγκες	Σενάρια		
			1,75%	2,5%	4,5%
Γερμανία	2.810.350	179.862	3.147	4.496	8.048
Ηνωμένο Βασίλειο	2.397.169	98.283	1.719	2.457	4.422
Γαλλία	1.522.100	95.892	1.438	2.397	4.315
Ιταλία	1.355.327	105.715	1.585	2.642	4.757
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8.084.946</b>	<b>479.752</b>	<b>7.899</b>	<b>11.992</b>	<b>21.542</b>

Πηγή: Intuition. (2014). Exploring the opportunity for medical tourism networks in Greece. Intuition Communication

### Πίνακας 14: Βασικές Χώρες Προέλευσης Τουριστών Για Ιατρικούς Λόγους Στην Ελλάδα - Ανατολική Ευρώπη (2014)

Χώρα Προέλευσης	Επισκέπτες	Ανεκπλήρωτες Ανάγκες	Σενάρια		
			1,75%	2,5%	4,5%
Ρωσία	1.352.901	143.407	2.509	3.585	6.453
Σερβία	727.381	142.566	2.494	3.564	6.415
Βουλγαρία	1.900.642	146.349	2.561	3.658	6.585
Ρουμανία	540.289	61.052	1.068	1.526	2.747
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3.168.312</b>	<b>349.967</b>	<b>6.123</b>	<b>8.748</b>	<b>15.747</b>

Πηγή: Intuition. (2014). Exploring the opportunity for medical tourism networks in Greece. Intuition Communication Ltd

### 3.3.2.2. Ανεκπλήρωτες ανάγκες στην οδοντιατρική περίθαλψη

Το 2014, σχεδόν το 8% του πληθυσμού των 28 χωρών της Ευρώπης ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία, που στο μεγαλύτερο μέρος τους σχετίζονταν με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό του πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες στην οδοντιατρική περίθαλψη ήταν μεγαλύτερο απ' ό,τι για την ιατρική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των ανεκπλήρωτων αναγκών στην οδοντιατρική περίθαλψη κυμαίνονταν από 3% στην Ολλανδία και το Λουξεμβούργο μέχρι 12% στην Ιταλία, με την Αυστρία, τη Σλοβενία και τη Μάλτα να βρίσκονται κάτω από τα προαναφερθέντα όρια και την Ελλάδα, την Πορτογαλία και τη Λετονία να βρίσκεται πάνω. Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τους λόγους που σχετίζονται με την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης—οικονομικοί λόγοι, απόσταση, μεγάλη λίστα αναμονής— το 5,5% των 28 χωρών της Ε.Ε. δήλωσε αδυναμία λήψης οδοντιατρικών υπηρεσιών, με το εύρος τιμών να κυμαίνεται από 1% στη Μάλτα έως 10% στην Ιταλία, με τη Σλοβενία και την Αυστρία κάτω από το εύρος αυτό και την Ελλάδα, την Πορτογαλία και τη Λετονία να βρίσκονται πάνω.

Συνολικά, στη ζώνη των 28 κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης η βασικότερη αιτία των ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία ήταν το κόστος. Ειδικότερα, μονάχα το κόστος ευθυνόταν για το γεγονός ότι τα 2/3 όλων των ατόμων δεν έλαβαν την απαραίτητη οδοντιατρική περίθαλψη, που αντιστοιχεί στο 5,1% του συνολικού πληθυσμού (Πίνακας 15).

Μετά το κόστος, οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες ήταν ο φόβος (για τον οδοντίατρο, τα νοσοκομεία, την εξέταση ή τη θεραπεία) και η έλλειψη χρόνου, με τους δύο αυτούς λόγους να αντιπροσωπεύουν το 0,8% και το 0,5% αντίστοιχα του πληθυσμού. Λιγότερο συνηθισμένοι λόγοι ήταν η αναμονή μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει/βελτιωθεί από μόνο του, η μεγάλη λίστα αναμονής, η απόσταση, καθώς και ότι το άτομο δεν ήξερε έναν καλό οδοντίατρο ή ειδικό για να απευθυνθεί.

Η μεγάλη λίστα αναμονής για οδοντιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία αποτέλεσε την πιο συχνή αιτία για ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες στη Φινλανδία. Σε όλα τα υπόλοιπα 27 κράτη-μέλη της Ευρώπης, το κόστος μιας οδοντιατρικής εξέτασης ή θεραπείας αποτέλεσε το βασικότερο ανασταλτικό παράγοντα.

**Πίνακας 15: Ποσοστό Πληθυσμού Ηλικίας 16 Ετών Και Άνω Με Αναφερόμενες Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Στην Οδοντιατρική Περιήλαψη, Ανά Διπλολογία (2016)**

	Αιτίες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας						Άλλες αιτίες				
	Όλες οι αιτίες	Σύνολο	Πολύ ακριβά	Πολύ μακριά να ταξιδέψεις	Αναμονή	Σύνολο	Έλλειψη χρόνου	Δεν γνωρίζω κάποιο καλό γιατρό ή ειδικό	Φόβος για γιατρό, νοσοκομείο, εξέταση ή θεραπεία	Αναμονή για πιθανή βελτίωση του προβλήματος	Άλλο
<b>Ε.Ε.28<sup>1</sup></b>	<b>5,6</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>
Βέλγιο	5,4	3,7	3,5	0,1	0,1	1,7	0,5	0	0,5	0,3	0,4
Βουλγαρία	6,2	5,2	5	0	0,2	1	0,2	0	0,2	0,4	0,1
Τσέχικη Δημοκρατία	2,8	1	0,6	0,1	0,3	1,8	0,3	0,1	0,5	0,3	0,4
Δανία	6	3,7	3,7	0	0,1	2,3	0,3	0,1	0,4	0,4	1
Γερμανία	1,4	0,6	0,6	0	0	0,8	0,1	0	0,2	0,1	0,4
Εσθονία	10,4	10	9,3	0,1	0,6	0,4	0,1	0	0,2	0,1	0
Ιρλανδία	4,4	3,4	3,2	0	0,2	1	0,2	0	0,3	0,2	0,3
Ελλάδα	14,9	13,8	13,5	0,1	0,2	1,1	0,2	0	0,2	0,5	0,1
Ισπανία <sup>1</sup>	6	4,9	4,9	0	0,1	1,1	0,2	0	0,4	0,1	0,3
Γαλλία	6,1	3,4	2,9	0,1	0,4	2,7	0,6	0,2	1	0,4	0,5
Κροατία	3,6	1,2	0,9	0,1	0,1	2,4	0,7	0	0,7	0,5	0,4
Ιταλία	9,1	8,5	8,1	0,1	0,3	0,6	0,1	0	0,2	0,1	0,1
Κύπρος	4,8	3,6	3,6	0	0	1,2	0,8	0	0,2	0,2	0,1
Λετονία <sup>1</sup>	16,6	13,9	13,5	0,2	0,2	2,7	0,7	0,1	1,3	0,5	0,2
Λιθουανία	4,9	4,5	3,6	0,1	0,9	0,4	0,1	0	0,1	0,1	0,2
Λουξεμβούργο	1,7	1,1	1,1	0	0	0,6	0,1	0,1	0,3	0,2	0
Ουγγαρία	3,5	2,2	2	0,1	0	1,3	0,3	0	0,6	0,3	0,1
Μάλτα	4,5	1,2	1,1	0	0,1	3,3	0,2	0	0,5	0,2	2,3
Ολλανδία	0,6	0,3	0,3	0	0	0,3	0	0	0	0	0,2
Αυστρία <sup>1</sup>	1	0,4	0,3	0	0,1	0,6	0,1	0	0,2	0,1	0,2
Πολωνία	7	3,7	2,9	0,1	0,7	3,3	1,1	0	1,2	0,6	0,3
Πορτογαλία	18	14	13,8	0,1	0,1	4	1,1	0	1,5	0,8	0,8
Ρουμανία	8,3	6,5	6,3	0,1	0,1	1,8	0,4	0,1	0,7	0,4	0,3
Σλοβενία	1,4	0,7	0,4	0	0,3	0,7	0,2	0	0,1	0,1	0,2
Σλοβακία	4,4	2,3	1,7	0,1	0,5	2,1	0,5	0,1	0,6	0,6	0,3
Φινλανδία <sup>1</sup>	6,1	5,2	0,3	0	4,9	0,9	0,1	0	0,1	0,1	0,7
Σουηδία	6,9	3,6	3,5	0	0,1	3,3	0,7	0,2	0,8	0,8	0,8
Ηνωμένο Βασίλειο	3,6	1,8	1,4	0	0,3	1,8	0,2	0,1	0,6	0,1	0,8
Ισλανδία <sup>1</sup>	12,6	10,4	10,2	0,1	0	2,2	0,1	0	0,4	0,1	1,5
Νορβηγία	6,3	3,6	3,6	0	0	2,7	0,8	0,1	0,8	0,3	0,7
Ελβετία	5,6	3,5	3,4	0	0,1	2,1	0,6	0,1	0,6	0,2	0,8
Σερβία	14,8	8,9	8,1	0,5	0,4	5,9	1,2	0	1,9	0,7	2

Πηγή: Eurostat. Statistics Explained, 2017

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care)

Γενικά, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες στην οδοντιατρική περίθαλψη εξαιτίας του κόστους, της απόστασης και της μεγάλης λίστας αναμονής, παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά στα άτομα μέσης ηλικίας (45 – 64 ετών). Στη Ρουμανία, οι αναφορές για ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες αυξάνονταν σταδιακά όσο αυξανόταν η ηλικία. Στην Κροατία, το μεγαλύτερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών αφορούσε τα ηλικιωμένα άτομα (65 ετών και άνω). Αντιθέτως, στο Λουξεμβούργο, στην Ολλανδία, στη Γερμανία, στο Βέλγιο, στη Σουηδία και στη Δανία, τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ανέφεραν λιγότερο συχνά ανεκπλήρωτες ανάγκες συγκριτικά με άτομα 16 – 44 ετών και 45 – 64 ετών.<sup>301</sup>

Η συχνότητα των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη λόγω κόστους μειώνεται με την αύξηση του εισοδήματος. Επίσης, όπως και στην ιατρική περίθαλψη, αρνητική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της συχνότητας των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης και μεγάλης λίστας αναμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου (αύξηση συχνότητας–μείωση εκπαιδευτικού επιπέδου). Αυτή η γενική τάση αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών σε συνάρτηση με τη μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου παρατηρήθηκε στην πλειονότητα των κρατών – μελών της Ευρώπης.

### 3.3.3. Η Υφιστάμενη Κατάσταση-Θεσμικά, Οργανωτικά Και Άλλα Μέτρα

Σύμφωνα με τη μελέτη για την «Ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας» που πραγματοποίησε το 2012 το ΙΚΠΙ με την υποστήριξη του Ξενοδοχειακού Επιμελητηρίου Ελλάδας,<sup>286</sup> η Ελλάδα διαθέτει σημαντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα για την ανάπτυξη υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Εκτός από το εξαιρετικό κλίμα και το φυσικό κάλος, που ευνοούν την αποκατάσταση και την αποθεραπεία, είναι χώρα μεγάλου τουριστικού ενδιαφέροντος, διαθέτει υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, έχει εξαιρετικό επιστημονικό προσωπικό, άριστες ξενοδοχειακές υποδομές, ανταγωνιστικές τιμές σε σχέση με τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ενώ παραμένει μια χώρα ασφαλής για τους ξένους.

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η Ελλάδα θα μπορούσε να προσελκύσει κάθε χρόνο περισσότερους από 100.000 ασθενείς ταξιδιώτες, με έσοδα άνω των 400 εκατ. € ετησίως. Οι δυνατότητες αυτές συνεχώς αυξάνουν λόγω της συνεχούς αύξησης του τουρισμού, του οποίου η συμβολή στο ΑΕΠ αναμένεται να ξεπεράσει τα 43 δισ. € το 2021.

Από το 2012 που δημοσιοποιήθηκε η μελέτη αυτή, η οποία πυροδότησε το ενδιαφέρον της Πολιτείας αλλά και των παρόχων στον ιατρικό τουρισμό, έχουν γίνει λίγα μόνο βήματα, κυρίως από πλευράς της Πολιτείας, με αποτέλεσμα να επισκεφτούν τη χώρα μας για λόγους υγείας το 2016 μόνο 85.326 ταξιδιώτες σε σύνολο 28 εκατ. τουριστών, αριθμός που αντιστοιχεί μόλις στο 0,3% των συνολικών τουριστών.<sup>285</sup> Η χαμηλή αυτή επίδοση δεν

συνάδει ούτε με το αυξημένο δημόσιο και ιδιωτικό ενδιαφέρον για τον ιατρικό τουρισμό<sup>303</sup> ούτε με την εκτίμηση του *Medical Tourism Magazine* για τη χώρα μας ως ιδανικού προορισμού ιατρικού τουρισμού, λόγω του εκσυγχρονισμού των υποδομών-συγκοινωνιών, των ξενοδοχείων υψηλής ποιότητας και κυρίως λόγω της διεθνούς φήμης ιατρικού προσωπικού.<sup>297</sup> Επίσης, στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Οργανισμό Τουρισμού Ελλάδος, τα έξοδα για ιατρική περίθαλψη είναι περίπου 50-60% χαμηλότερα σε σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά και τις ΗΠΑ, ενώ οι λίστες αναμονής είναι πολύ μικρότερες από πολλές άλλες χώρες.<sup>304</sup> Γενικότερα για τους τουρίστες όλων των κατηγοριών, η ανταγωνιστικότητα της χώρας έχει βελτιωθεί σημαντικά και λόγω της αξιοποίησης των φυσικών πόρων και του περιβάλλοντος, του μειωμένου κόστους διαμονής, του χαμηλότερου κόστους καυσίμων, και των μειωμένων φόρων για συγκοινωνίες-μεταφορές.<sup>305</sup>

Η πολιτεία νομοθέτησε το 2013 τη δυνατότητα του υπουργείου Υγείας και Τουρισμού να διαμορφώνουν το θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού και με Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ 27217/2013) καθορίστηκαν η υποχρεωτική πιστοποίηση των ιατρικών παρόχων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, η υποχρεωτική ασφάλιση μονάδων και γιατρών για ζητήματα επαγγελματικής ευθύνης, η σύσταση και τήρηση μητρώου παρόχων ιατρικού τουρισμού και η χορήγηση από τον ΕΟΤ διακριτού σήματος ιατρικού τουρισμού. Από τότε όμως μέχρι σήμερα δεν έχουν εκδοθεί οι αναγκαίοι εγκύκλιοι για την εφαρμογή της ΚΥΑ, με αποτέλεσμα οι προσπάθειες που καταβάλλει ο ιδιωτικός τομέας να έχουν περιορισμένα αποτελέσματα χωρίς την αρωγή της πολιτείας, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού διεθνώς και παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα τελευταία χρόνια ορισμένες ανταγωνίστριες χώρες στην περιοχή μας, όπως η Τουρκία, η οποία παρουσιάζει σημαντική μείωση ασθενών-τουριστών τα τελευταία τρία χρόνια.

Η μελέτη του ΙΚΠΙ περιείχε και προτάσεις για τη συγκρότηση δυο θεσμικών οργάνων: α) Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικού Τουρισμού με τη συμμετοχή εκπροσώπων των συναρμόδιων υπουργείων, των ΟΤΑ και των παροχών ιατρικών και τουριστικών υπηρεσιών, κατά τα πρότυπα άλλων χωρών με αναπτυγμένο τον ιατρικό τουρισμό και β) Ένωση Παροχών Ιατρικού Τουρισμού για τον συντονισμό των ενεργειών τους, την προώθηση των αιτημάτων τους και την προβολή των υπηρεσιών τους. Εθνικό Συμβούλιο δεν έχει συσταθεί μέχρι σήμερα παρά τις σημαντικές ανάγκες για χάραξη εθνικής πολιτικής, τη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου και την παροχή χρηματοοικονομικών πόρων και κινήτρων.

Η προτροπή για τη δημιουργία Ένωσης Παροχών οδήγησε το 2013 στην ίδρυση της ΕΛΙΤΟΥΡ,<sup>306</sup> η οποία αποτελεί έναν μη-κερδοσκοπικό φορέα, στον οποίο συμμετέχουν εταιρείες από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, του τουρισμού, των μεταφορών, των πιστοποιήσεων, των συμβουλών επιχειρήσεων, της ασφάλισης και της διαφήμισης. Ο κύριος σκοπός της ΕΛΙΤΟΥΡ

είναι η προώθηση του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα και η συνεργασία με αντίστοιχους διεθνείς οργανισμούς σε παγκόσμια θέματα που σχετίζονται με τον ιατρικό τουρισμό. Επίσης, η ΕΛΙΤΟΥΡ είναι υπεύθυνη για:

- Την προώθηση της Ελλάδας στο εξωτερικό ως κορυφαίο τουριστικό προορισμό υγείας.
- Τον συντονισμό των συμμετεχόντων με στόχο την εξεύρεση κοινού πεδίου και την περαιτέρω ανάπτυξη των επιχειρηματικών οντοτήτων τους στον τομέα του τουρισμού υγείας.
- Την υποστήριξη του κράτους για τη διαμόρφωση κανονισμών και νομοθεσίας για την προώθηση του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα.
- Την προσφορά/παροχή τεκνογνωσίας και εξατομικευμένης κατάρτισης για προγράμματα διαπίστευσης.
- Την ανάπτυξη της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των μελών της με διεθνείς ενώσεις ιατρικού τουρισμού. Η ΕΛΙΤΟΥΡ είναι ιδρυτικό μέλος του Global Healthcare Travel Council (GHTC).<sup>307</sup>
- Την πρόσβαση σε ποικίλες πηγές χρηματοδότησης έργων και ενεργειών κοινού ενδιαφέροντος.

Η ΕΛΙΤΟΥΡ έχει αναπτύξει μέχρι σήμερα σημαντική δραστηριότητα, διευρύνοντας τα μέλη της και προβάλλοντας τις δραστηριότητες τους σε διεθνή συνέδρια. Σε συνεργασία με το International Medical Travel Journal (IMTJ), διοργάνωσε τον Μάιο του 2018 στην Αθήνα το ετήσιο Medical Travel Summit,<sup>292</sup> που αποτελεί μια σημαντική συνεδριακή πρωτοβουλία με τη συμμετοχή καταξιωμένων φορέων και στελεχών απ' όλο τον κόσμο.

Το 2014, το ΙΚΠΙ πραγματοποίησε μια δεύτερη μελέτη για την καταγραφή και διαμόρφωση ορισμένων βασικών προαπαιτούμενων για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας. Η μελέτη αυτή περιελάμβανε την καταγραφή των ιατρικών μονάδων και ξενοδοχειακών υποδομών σε κάθε περιοχή της χώρας με τη δημιουργία ενός σχετικού πληροφοριακού συστήματος GIS, τη διαμόρφωση ενός κώδικα ηθικής και δεοντολογίας για τους παρόχους, αναλυτικές περιγραφές και προτάσεις για τις διαδικασίες πιστοποίησης, ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης των παρόχων ιατρικού τουρισμού και στρατηγικές για την ανάπτυξη και προώθηση του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας.<sup>308</sup>

Το 2016 ιδρύθηκε ένας δεύτερος φορέας ένωσης παροχών, ο Ελληνικός Σύνδεσμος Τουρισμού Υγείας,<sup>309</sup> ο οποίος διευρύνει το πεδίο δράσης του περιλαμβάνοντας εκτός από τον ιατρικό τουρισμό και τον ιαματικό τουρισμό, με τη συμμετοχή καταξιωμένων επιστημόνων στους τομείς αυτούς. Παράλληλα, κατά την τελευταία διετία, δραστηριοποιείται και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (ΙΣΑ) σε συνεργασία με την Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας (ΚΕΔΕ), πραγματοποιώντας διεθνείς δράσεις προβολής του ιατρικού τουρισμού με έμφαση στην ομογένεια. Μία από τις δράσεις αυτές αποτέλεσε η δημιουργία το 2017 του Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας και του Παγκόσμιου Ινστιτούτου Ελλήνων Ιατρών<sup>310</sup> για τη διευκόλυνση της δικτύωσης των Ελλήνων



ιατρών που ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό και που η συνεργασία τους θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ελλήνων Ιατρών θέτει ως κύριους στόχους την ανταλλαγή απόψεων, την ανάπτυξη επιστημονικού διαλόγου και τη μετάδοση τεχνογνωσίας, τη διευκόλυνσή για ανεύρεση εργασίας, τη δημιουργία κινήτρων με στόχο την επιστροφή και την επαγγελματική δραστηριοποίηση στην Ελλάδα, την εθελοντική παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών από Έλληνες ιατρούς σε περιστατικά που χρήζουν άμεσης βοήθειας ανά τον κόσμο, την καθιέρωση και απονομή βραβείων αριστείας για τους Έλληνες ιατρούς με διεθνώς αναγνωρισμένη δράση κ.ά.

Παράλληλα με τις δραστηριότητες αυτές, τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται στη χώρα μας cluster ιατρικού τουρισμού. Διεθνώς δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για τον όρο cluster (συνεργατικός σχηματισμός). Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αποτυπωθεί περίπου 20 ορισμοί. Ο πλέον χρησιμοποιούμενος ορισμός είναι αυτός του M. Porter που ορίζει το cluster ως «μια ομάδα γεωγραφικά παρακείμενων διασυνδεδεμένων εταιρειών και συνδεδεμένων οργανισμών που λειτουργούν σε συγκεκριμένη περιοχή, χαρακτηριζόμενη από κοινές και συμπληρωματικές δραστηριότητες». Είναι δηλαδή μια συμμαχία εταιρειών/οργανισμών μέσα σε ανταγωνιστικές αγορές, όπου τα μέλη συνεργάζονται για να επιτύχουν ένα κοινό σκοπό, διότι μεμονωμένα δεν θα μπορούσαν να πετύχουν σημαντικά αποτελέσματα.

Η κοινή δράση των μελών του εκάστοτε cluster αποφέρει μεταφορά τεχνογνωσίας, καλύτερη κατανομή των πόρων, ενιαία στρατηγική και δημιουργία προϋποθέσεων για την υλοποίηση κοινών σχεδίων συνεργασίας και συντονισμό δράσεων για περαιτέρω ανάπτυξη. Οι συνέργειες που προκύπτουν από την κοινή δράση έχουν ένα ξεχωριστό πλεονέκτημα έναντι των απομονωμένων εταιρειών/οργανισμών.

Στον κλάδο του τουρισμού υγείας ως cluster μπορεί να θεωρηθεί μια ομάδα οργανισμών/εταιρειών/φορέων που δραστηριοποιούνται σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, τα μέλη της οποίας ασχολούνται με δραστηριότητες που σχετίζονται με τον τουρισμό υγείας (ή κάποιας υποκατηγορίας του) και έχουν ως απώτερο σκοπό την ανάπτυξη και προώθηση των συμφερόντων τους, αλλά και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη ολόκληρης της περιοχής λόγω των συνεργειών, τη βελτίωση της συνολικής ανταγωνιστικότητας, την ανάπτυξη, βελτίωση και διαφοροποίηση των υφιστάμενων προϊόντων/υπηρεσιών του τουρισμού υγείας και άλλα.

Ορισμένες πρωτοβουλίες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας αναφορικά με συνεργατικούς σχηματισμούς για τον τουρισμό υγείας/ιατρικό τουρισμό είναι:

- Athens Dental Tourism Cluster: Στόχος του Athens Dental Tourism Cluster είναι η οργανωμένη προώθηση του οδοντιατρικού τουρισμού

για τα μέλη του, στοχεύοντας στο κομμάτι της αγοράς που αφορά επισκέπτες υψηλού εισοδήματος από το εξωτερικό.

- Athena Health Tourism Cluster: Αποτελεί ένα συνεργατικό δίκτυο ιατρικού τουρισμού, που δημιουργήθηκε από τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών οι οποίοι επενδύουν στην ποιότητα των υπηρεσιών τους, προκειμένου να καταστήσουν την Αττική (και σταδιακά ολόκληρη την Ελλάδα) έναν προορισμό για τον ιατρικό τουρισμό.
- Cluster ιατρικού τουρισμού στην περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (ύπο υλοποίηση): Η περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας έχει μελετήσει και προκρίνει τη δημιουργία ενός cluster στη βόρεια Ελλάδα με βασικό επίκεντρο τον τουρισμό αποκατάστασης, τουρισμό ευεξίας, καθώς και εξειδικευμένα τουριστικά προϊόντα, που απευθύνονται κυρίως στο κοινό της τρίτης ηλικίας και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης, τα τελευταία χρόνια υπάρχει διαρκής αύξηση του τουριστικού ρεύματος στην κεντρική Μακεδονία για υπηρεσίες ιαματικού τουρισμού και η βόρεια Ελλάδα διαθέτει παραπάνω από 15 ανακηρυγμένες ιαματικές πηγές για την εξυπηρέτηση της συγκεκριμένης ζήτησης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω πρωτοβουλίες θα ήταν σκόπιμο να εξετασθεί και η δυνατότητα δημιουργίας ενός cluster για τον τουρισμό υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας.

### 3.3.4. Τομείς Προτεραιότητας

Αναφορικά με την Ελλάδα ως χώρα προορισμού για τον ιατρικό τουρισμό, υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες ιατρικών υπηρεσιών που παρουσιάζουν συγκριτικά πλεονεκτήματα έναντι άλλων ανταγωνιστικών χωρών, σύμφωνα με τη μελέτη που εκπόνησε το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.<sup>9</sup>

#### 3.3.4.1. Οφθαλμολογία

Οι σημαντικές εξελίξεις τα τελευταία χρόνια στον τομέα της οφθαλμολογίας έχουν συμβάλει ώστε το μεγαλύτερο ποσοστό οφθαλμολογικών επεμβάσεων, περίπου το 90%, να μην απαιτούν νοσηλεία. Οι πιο βασικές προσφερόμενες υπηρεσίες είναι για τη διόρθωση της μυωπίας, της υπερμετροπίας και του αστιγματισμού με excimer laser, οι επεμβάσεις καταρράκτη και γλαυκώματος, η αντιμετώπιση της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας και αισθητικές επεμβάσεις. Όλες αυτές οι κατηγορίες οφθαλμολογικών επεμβάσεων αφορούν κυρίως τα άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας.<sup>282</sup>

Οι ευρωπαϊκές και περιφερειακές αγορές για τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες αυξάνονται, αντικατοπτρίζοντας τη γήρανση του πληθυσμού, τις συννοσηρότητες που σχετίζονται με την παχυσαρκία και το τραύμα λόγω περιφερειακών συγκρούσεων. Ανασταλτικός παράγοντας της ταχύτερης αύξησης της αγοράς είναι οι δυσκολίες στις οικονομίες της νότιας Ευρώπης και της ανατολικής Ευρώπης. Εξετάζοντας τα στοιχεία στην Ευρώπη, υπάρχουν

2,3 οφθαλμίατροι ανά 100.000 κατοίκους στο Ηνωμένο Βασίλειο - λιγότεροι κατά κεφαλήν από ό,τι σε οποιοδήποτε άλλη χώρα στην Ευρώπη. Συγκριτικά, στη Γερμανία υπάρχουν 6,5 οφθαλμίατροι ανά 100.000, στη Γαλλία 8,08 και στην Ιταλία 8,87.

Στην Αγγλία και την Ουαλία το 2000 καταγράφηκαν 2,36 εκατομμύρια περιπτώσεις μη χειρουργικού καταρράκτη σε ενήλικες άνω των 65 ετών. Κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο αφαιρούνται περίπου 200.000 καταρράκτες και το 35,9% της όρασης που μειώνεται σε ενήλικες άνω των 75 οφείλεται στον καταρράκτη. Ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας (MD), μια χρόνια εξασθενητική κατάσταση που συνδέεται στενά με το κάπνισμα, τη γήρανση, το γλαύκωμα, και τον διαβήτη τύπου II, αυξάνεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε ολόκληρη την Ευρώπη.<sup>282</sup>

Λόγω του γηράσκοντος πληθυσμού ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται ή/και επιδιώκουν διαδικασίες διόρθωσης όρασης όλων των ειδών, θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια και οι διαδικασίες που βασίζονται σε λέιζερ θα καθιερωθούν περαιτέρω ως προτιμώμενη μέθοδος παρέμβασης. Η παγκόσμια αγορά οφθαλμικών λέιζερ αναμένεται να αυξηθεί από 591,5 εκατομμύρια δολάρια το 2011, σε 804 εκατομμύρια δολάρια μέχρι το 2015, με έναν ετήσιο ρυθμό αύξησης 7,65%.

Η αυξημένη αποδοχή της διαθλαστικής χειρουργικής ως ασφαλούς και αξιόπιστης διαδικασίας, υπήρξε σημαντική κινητήρια δύναμη της αγοράς μέχρι σήμερα και οι βελτιώσεις στη διαδικασία LASIK υποδηλώνουν ότι η διαθλαστική χειρουργική παραμένει βασική αγορά για τα οφθαλμικά λέιζερ, ενώ η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη με λέιζερ έχει πλέον καθιερωθεί.

Στις αγορές της Ρωσίας και της ανατολικής Ευρώπης, η ζήτηση είναι μεγαλύτερη από αυτή της δυτικής Ευρώπης, εξαιτίας του καπνίσματος, του διαβήτη και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών που συμβάλλουν σε διάφορα προβλήματα όρασης. Ωστόσο, προκλήσεις που αντιμετωπίζει η αγορά αυτή έχουν να κάνουν με τη διάγνωση και τα οικονομικά προβλήματα της περιοχής αυτής.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία στη χώρα μας έχει κάνει σημαντικά βήματα στον χώρο της οφθαλμολογίας με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί ολοκληρωμένες δομές για προηγμένες θεραπείες (eye lasic, laser κλπ.) με τη δυνατότητα εσωτερικής νοσηλείας είτε σε μονάδες μιας ημέρας οι οποίες θεσπίστηκαν το 2014, είτε σε τμήμα οφθαλμολογικής κλινικής για 2-3 το πολύ ημέρες. Πολλές από τις ιδιωτικές μονάδες έχουν ήδη εισαχθεί στη διεθνή αγορά με σημαντικό ποσοστό της πελατείας τους να προέρχεται από τη βόρεια και κεντρική Ευρώπη.

Συνεκτιμώντας τα υφιστάμενα δεδομένα, φαίνεται ότι η αγορά οφθαλμολογικών υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί σημαντική ευκαιρία για την Ελλάδα, ιδιαίτερα στις προηγμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Ευκαιρίες

μπορεί επίσης να υπάρχουν στη Γερμανία (αντανακλώντας τον ισχυρό αριθμό επισκεπτών) και σε ορισμένες άλλες περιοχές σε ευκαιριακή βάση. Οι προοπτικές για τις αγορές στη Ρωσία και στην ανατολική Ευρώπη είναι πιο περιορισμένες.<sup>282</sup>

### 3.3.4.2. Αποκατάσταση-αποθεραπεία

Ως αποκατάσταση ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας με χρήση σύγχρονων μέσων και μεθόδων της ιατρικής και τεχνικών μέσων παρέμβασης και αγωγής αποκατάστασης (φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας, υδροθεραπείας, λογοθεραπείας, ψυχολογικής υποστήριξης), με σκοπό την προαγωγή και βελτίωση της υγείας ατόμων, τα οποία υποφέρουν από διάφορες παθήσεις, όπως νευρολογικά και ορθοπεδικά προβλήματα, καρδιοπάθειες και αναπνευστικές παθήσεις, και παθήσεις του μυϊκού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος κ.ά., αλλά και εν γένει ατόμων που χρειάζονται ψυχολογική κινητοποίηση και υποστήριξη.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης έχουν ξεχωριστά χαρακτηριστικά που τις καθιστούν ανταγωνιστικές και έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον αρκετών επενδυτών διεθνώς. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης απευθύνονται σε ανθρώπους με υψηλό εισόδημα, οι οποίοι έχουν συγκεκριμένες ανάγκες και ζητούν συγκεκριμένες υπηρεσίες. Συνήθως τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν δεν είναι οξεία και διατρέχουν χαμηλό προς μεσαίο κίνδυνο θνησιμότητας. Η πλειονότητα των πελατών των υπηρεσιών αυτών είναι ηλικιωμένοι. Τα βασικά χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η εξειδίκευση, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και η εστίαση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, παρά σε ιατρικές υπηρεσίες. Σε σχέση με τη διαμονή, οι υπηρεσίες αποκατάστασης διαρκούν περισσότερο, αλλά ο χρόνος της διαμονής είναι ευμετάβλητος, καθώς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη θέληση και τις άλλες ανάγκες ή επιθυμίες του ασθενή και της οικογένειάς του.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης στην Ελλάδα άρχισαν να αναπτύσσονται την προηγούμενη δεκαετία μετά από κρατική πρωτοβουλία χρηματοδότησης των ιδιωτών μέσω του Αναπτυξιακού Επενδυτικού Νόμου. Ο Αναπτυξιακός – Επενδυτικός Νόμος 3299/04 έδωσε τη δυνατότητα για τη δημιουργία κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας, τα οποία κατασκευάστηκαν και διαμορφώθηκαν με προδιαγραφές του υπουργείου Υγείας, κυρίως σε Μακεδονία και Θεσσαλία.

Έτσι, έγινε μεν ένα σημαντικό βήμα προκειμένου να αντιμετωπιστούν αντικειμενικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, από την άλλη, όμως, δεν υπήρξε κεντρικός σχεδιασμός και συντονισμός, με αποτέλεσμα η γεωγραφική κατανομή και χωροθέτησή τους να μην μπορεί να διασφαλίσει σε όλες τις περιπτώσεις τη βιωσιμότητά τους.

Τα κέντρα που δημιουργήθηκαν χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά υψηλού επιπέδου υποδομές, ειδικό-προηγμένης τεχνολογίας εξοπλισμό και από άρτιο επιστημονικό προσωπικό, αποτελώντας μοναδικές στο είδος τους δομές στα Βαλκάνια. Τα φερόμενα ως «κέντρα αποθεραπείας» χωρών όπως η Σερβία και η Κροατία (οι οποίες κατέχουν υψηλό μερίδιο της Ευρωπαϊκής αγοράς), έχουν ένα σημαντικό περιορισμένο εύρος υπηρεσιών συγκρινόμενα με των αντίστοιχων Κέντρων της Ελλάδας, ενώ υστερούν σημαντικά από πλευράς κτιριακών υποδομών και σύγχρονων εγκαταστάσεων. Από την άλλη, υπάρχει μια καθιερωμένου κύρους αγορά υπηρεσιών φυσικής αποκατάστασης (Γερμανία, Ελβετία) με υψηλή εξειδίκευση, αλλά ταυτόχρονα και υψηλό κόστος.

Σύμφωνα με την Ένωση Κέντρων Αποκατάστασης Ελλάδας (ΕΚΑΕ), σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα 19 μεγάλα ιδιωτικά κέντρα και 4 μικρότερα με σύγχρονες εγκαταστάσεις που προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από διαφορετικές ειδικότητες (Πίνακας 2). Στις μονάδες αυτές περιθάλπονται και πολλοί ασθενείς τουρίστες, κυρίως μετά από τραυματισμούς–κακώσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, νευρολογικές διαταραχές και μετεγχειρητικές επιπλοκές.<sup>311</sup>

**Πίνακας 16: Οι Μεγαλύτερες Μονάδες Αποκατάστασης στην Ελλάδα (2017)**

ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ		
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΕΡΙΟΧΗ - ΝΟΜΟΣ
EUROMEDICA - ΑΡΩΓΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Τέρμα 17 Νοέμβρη (ΤΘ 16505) ΕΛΛΑΙΩΝΕΣ ΠΥΛΑΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΡΩΓΗ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΝΙΚΑΙΑ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑ
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Βενιζέλου Ελευθερίου 141	ΛΑΡΙΣΑ
ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ	Πεύκων & Πεισιστράτου - Καρελλάς	ΑΘΗΝΑ
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ	ΟΙΚΙΣΜΟΣ ΦΙΛΟΘΕΗΣ, 570 01 ΘΕΡΜΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ (ΛΑΡΙΣΑ)	Τέρμα οδού Λάρισας-Βόλου	ΛΑΡΙΣΑ
ΟΛΥΜΠΙΟΝ Αχαΐας	Βόλου & Μιλεϊκού, Κάτω Σουκαϊνά	ΠΑΤΡΑ
ΟΛΥΜΠΙΟΝ Θεσσαλίας	Αγναντερό	ΚΑΡΔΙΤΣΑ
ΟΛΥΜΠΙΟΝ Χανίων	Πιθάρι-Ακρωτηρίου	ΧΑΝΙΑ
ΕΥΞΕΙΑ	Λάκκωμα Χαλκιδικής	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ
ΕΥΞΕΙΑ	Ιπποκράτους 42	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΠΟΛΛΩΝΕΙΟ	6ο κλμ Λαρίσης – Τυρνάβου	ΛΑΡΙΣΑ
ΚΕΝΤΑΥΡΟΣ	Απόλλωνος 94	ΒΟΛΟΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΛΑΜΙΑΣ ΑΕ	3ο κλμ. ΛΑΜΙΑΣ-ΛΥΓΑΡΙΑΣ	ΛΑΜΙΑ
ΓΕΝΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΠΟΛΕΩΣ ΑΕ	ΒΑΛΛΩΡΙΤΟΥ & ΗΒΗΣ	ΤΡΙΠΟΛΗ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	6ο Χιλ. Εθνικής οδού Τρικάλων-Καρδίτσας	ΤΡΙΚΑΛΑ
ΑΝΑΒΙΩΣΗ	Σταγροί Δραμας	ΔΡΑΜΑ
ANIMUS	8ο κλμ Λαρίσης – Τρικάλων	ΛΑΡΙΣΑ
ΔΙΑΠΛΑΣΗ	Β' Πάροδος Αρτέμιδος	ΚΑΛΑΜΑΤΑ
ΑΡΜΟΝΙΑ	Κάτω Σχολάρι	ΘΕΡΜΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗ	Λεωφ. Εθνικής Αντιστάσεως 15 & Μυριοφύτου	ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ, ΑΘΗΝΑ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ	Λεωφ. Μεσογείων 402	ΑΘΗΝΑ
ΜΟΝΑΣ Ε.Π.Ε.	ΕΓΝΑΤΙΑ 95, 546 35 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Αρκετές από τις υπηρεσίες των δομών αποκατάστασης του ιδιωτικού κλάδου στη χώρα μας θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως συμπληρωματικές–επικουρικές υπηρεσίες ανάρρωσης σε ένα περιβάλλον ευχάριστο και εξωνοσοκομειακό, σε συνδυασμό διακοπών/τουρισμού.

Διακριτή ομάδα-στόχος είναι τα άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία είναι λειτουργικά, αυτοεξυπηρετούμενα, αλλά με ορισμένα λειτουργικά ελλείμματα και δυσλειτουργίες εξαιτίας οξέων ή χρόνιων προβλημάτων υγείας (μυοσκελετικού, καρδιαγγειακού, νευρικού ή αναπνευστικού συστήματος). Τα άτομα της ειδικής αυτής ομάδας αναζητούν συμπληρωματικές θεραπείες–υπηρεσίες κατά τη διάρκεια των διακοπών τους ή ενδιαφέρονται για την απρόσκοπτη συνέχιση του μεσο ή μακροπρόθεσμου αποκαταστατικού προγράμματος στο οποίο ήδη βρίσκονται και ακολουθούν συστηματικά στη χώρα τους.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι απαραίτητη η δυνατότητα συστηματικής διενέργειας παρακλινικών εργαστηριακών εξετάσεων για την ολοκληρωμένη παρακολούθηση και απρόσκοπτη αποθεραπευτική αγωγή (ή αγωγή συντήρησης των ασθενών των συγκεκριμένων κατηγοριών) με κατάλληλες διαδικασίες διάγνωσης και πρόληψης, όπως ιατρικές απεικονίσεις, παρακλινικές–εργαστηριακές εξετάσεις και ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων.

### **3.3.4.3. Πλαστική χειρουργική-αισθητική δερματολογία**

Η πλαστική χειρουργική είναι ιατρική ειδικότητα που ασχολείται με την αποκατάσταση της μορφής ή της λειτουργίας του σώματος. Αποτελείται από δύο χωριστά πεδία της ιατρικής:

- Η επιδιορθωτική πλαστική χειρουργική που πραγματοποιείται για τη διόρθωση σωματικών ή δερματικών παραμορφώσεων που προκαλούνται από εγκαύματα, ατυχήματα ή τραυματικές βλάβες και η οποία μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και την εικόνα του σώματος.
- Η αισθητική πλαστική χειρουργική που αφορά την αλλαγή της εμφάνισης κατά βούληση. Η αισθητική πλαστική χειρουργική έχει γίνει πολύ δημοφιλής ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες, βοηθώντας τα ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίζουν αισθητικές ατέλειες ή τις επιπτώσεις της γήρανσης που τους κάνουν να αισθάνονται άβολα. Τέτοιες παρεμβάσεις ενδεικτικά περιλαμβάνουν την περιποίηση του προσώπου (π.χ. ρινοπλαστική, ανύψωση του φρυδιού, ενίσχυση του σαγονιού, ενίσχυση του χείλους, λίφτινγκ προσώπου), του σώματος (π.χ. ανόρθωση γλουτών, λιποαναρρόφηση, κοιλιοπλαστική, ανόρθωση μηρών) και του στήθους (προσθήκη εμφυτευμάτων μαστού, μείωση μαστού, ανόρθωση μαστού).

Το ταξίδι για πλαστική χειρουργική είναι μια αυξανόμενη τάση, συνδυάζοντας υπηρεσίες υγείας και ομορφιάς. Απευθύνεται κυρίως σε υγιή άτομα, ικανά για ταξίδια, που επιθυμούν να συνδυάσουν σχετικά ανώδυνη χειρουργική

επέμβαση ή μη επεμβατικές ιατρικές υπηρεσίες αναζωογόνησης, με μερικές ημέρες για ανάκαμψη και αναψυχή σε πολυτελή ξενοδοχεία. Αυτή η νέα τάση, προωθούμενη κυρίως από τη βιομηχανία της μόδας και δευτερευόντως από ιατρικά αίτια, έχει μετατρέψει αυτήν την κατηγορία ιατρικού τουρισμού σε μια αναπτυσσόμενη βιομηχανία, που το 2013 ξεπερνούσε στην Ευρώπη τα 10 εκατ. €. Οι διαβουλεύσεις με τον ιατρό, η ιδιωτική νοσοκομειακή υποστήριξη με νοσηλευτές που επισκέπτονται τα δωμάτια του ξενοδοχείου, η δωρεάν μεταφορά από το νοσοκομείο στην ιατρική εγκατάσταση ή το ξενοδοχείο, οι εκπτώσεις στα τουριστικά αξιοθέατα, οι πολυτελείς θεραπείες σε spa, συνδυάζονται με μειωμένες χειρουργικές δαπάνες.

Οι δημοφιλέστεροι προορισμοί για πλαστικές – αισθητικές επεμβάσεις είναι: η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Κόστα Ρίκα, η Δομινικανή Δημοκρατία, η Μαλαισία, το Μεξικό, οι Φιλιππίνες, η Πολωνία, η Νότια Αφρική και η Ταϊλάνδη. Παρόλο που δεν υπάρχουν αναλυτικά στατιστικά στοιχεία, οι πιο συνήθεις πλαστικές επεμβάσεις ήταν: η προσθήκη εμφυτευμάτων μαστού, η λιποαναρρόφηση, το λίφτινγκ προσώπου, η κοιλιοπλαστική, χειρουργικές επεμβάσεις βλεφάρων και η ρινοπλαστική.

Η πλαστική χειρουργική είναι ένας τομέας της υγειονομικής περίθαλψης που προσελκύει σχετικά σημαντικό αριθμό επισκεπτών στην Ελλάδα κάθε χρόνο. Βασιζόμενη στον μεγάλο αριθμό έμπειρων πλαστικών χειρουργών, στις υψηλού επιπέδου κλινικές πλαστικών χειρουργικών επεμβάσεων, στη σχέση κόστους–ωφέλειας, στο μεγάλο εύρος εξαιρετικών επιλογών διαμονής και στους αυστηρούς κανονισμούς έγκρισης και πιστοποίησης των ιατρικών μεθόδων και μηχανημάτων, η Ελλάδα έχει προστεθεί μεταξύ των χωρών που αποτελούν πόλο έλξης για πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Όπως διαπιστώθηκε και από τη συμμετοχή του Ελληνικού Συμβουλίου Ιατρικού Τουρισμού ΕΛΙΤΟΥΡ στην διεθνή έκθεση ιατρικού τουρισμού IMTEC (International Medical Travel Exhibition and Conference) το 2015 στο Ντουμπάι, ανάμεσα στους πρώτους λόγους για ιατρικό τουρισμό ήταν μεταξύ άλλων η πλαστική χειρουργική, ενώ το ενδιαφέρον εξειδικεύεται ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή προέλευσης των δυνητικών επισκεπτών.

Βάσει στοιχείων που παρουσίασε ο γενικός γραμματέας της ΕΛΙΤΟΥΡ, μια επέμβαση αύξησης στήθους στοιχίζει ενδεικτικά 6.000\$ στις ΗΠΑ ή την Ουγγαρία (χωρίς να περιλαμβάνεται το κόστος αντιμετώπισης τυχόν επιπλοκών) και 4.350\$ στο Ηνωμένο Βασίλειο, έναντι 4.300\$ στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής αμοιβής. Πολύ μεγάλη είναι η διαφορά τιμών στις λιποαναρροφήσεις (26.200\$ στις ΗΠΑ, 22.000\$ στο Ηνωμένο Βασίλειο και 5.500\$ στην Τσεχία, έναντι 3.300\$ στην Ελλάδα), αλλά και στις εξωσωματικές (26.200\$ στις ΗΠΑ, 22.000\$ στο Ηνωμένο Βασίλειο και 5.500\$ στην Τσεχία, έναντι 2.400 - 4.000\$ ανά προσπάθεια στην Ελλάδα).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει συντελεστεί στον ιατρικό τουρισμό, καθώς και στους επιμέρους τομείς του, δεν θα πρέπει να αγνοείται ότι, όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση, έτσι και στην πλαστική χειρουργική, υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι (λοιμώξεις, ουλές, αιματώματα, μη ικανοποιητικά αποτελέσματα, ελλιπής μετεγχειρητικός έλεγχος, κ.ά.). Οι κίνδυνοι αυτοί έχουν άμεση σχέση με το μέγεθος – βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης, την ηλικία και τη γενικότερη υγεία του ασθενούς. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής ή έστω μείωσης των επιπλοκών των πλαστικών επεμβάσεων στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού, είναι η μέγιστη δυνατή πληροφόρηση σχετικά με τον ταξιδιωτικό προορισμό, την κλινική–νοσοκομείο και τους θεράποντες ιατρούς και η διεθνώς πιστοποιημένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### 3.3.4.4. Αιμοκάθαρση

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένα νόσημα που εξελίσσεται ουσιαστικά με δραματικά αυξητικούς ρυθμούς. Με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα περίπου το 10% του πληθυσμού, στην Ελλάδα και παγκοσμίως, έχει χρόνια νεφρική νόσο. Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, όπως και οι χρονίως πάσχοντες διαφόρων κατηγοριών (για παράδειγμα, στις περιπτώσεις άσθματος, διαβήτη ή καρκίνου), στη διάρκεια προσωρινής παραμονής τους σε άλλο κράτος-μέλος έχουν το δικαίωμα σε κάθε αγωγή που κρίνεται απαραίτητη, λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική κατάστασή τους. Στις περιπτώσεις των νεφροπαθών ειδικότερα, όπου απαιτείται ειδική ιατρική παρακολούθηση και ιδίως εξειδικευμένες τεχνικές και εξοπλισμός (στη θεραπεία αιμοκάθαρσης), θα πρέπει η παραμονή στην ξένη χώρα να οργανώνεται εκ των προτέρων ώστε να εξασφαλισθεί η πρόσβαση σε ένα ασφαλές, αξιόπιστο και κατάλληλα οργανωμένο κέντρο αιμοκάθαρσης.

Η ευρωπαϊκή αγορά αιμοκάθαρσης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω καλύτερης διάγνωσης, υψηλότερης επίπτωσης των μακροπρόθεσμων συνθηκών που οδηγούν σε νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και λόγω των καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών. Τα τελευταία 20 χρόνια η αιμοκάθαρση έχει αυξηθεί στην Ευρώπη από 25 ασθενείς ανά 100.000 άτομα σε 65 ασθενείς ανά 100.000 άτομα. Η ζήτηση για αιμοκάθαρση θα συνεχίσει να αυξάνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης της παχυσαρκίας, της υπέρτασης και του διαβήτη. Το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρών στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολόγισε ότι ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε διάλυση θα διπλασιαστεί μεταξύ 2008 και 2018. Στην ανατολική Ευρώπη, ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αυξάνεται ετησίως από 5% έως 7,5%. Η Σλοβακία, η Γερμανία και η Ουγγαρία έχουν πολύ υψηλά ποσοστά ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επιπλέον, η Γαλλία και η Ισπανία έχουν, επίσης, υψηλά ποσοστά ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αν και είναι κάτω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.



Η σύγχρονη διαθέσιμη εναλλακτική λύση στην αιμοκάθαρση είναι η περιτοναϊκή κάθαρση (PD), αλλά μόνο το 15% των ασθενών στην Ευρώπη έχουν πρόσβαση σε αυτή. Τη χρησιμοποιεί το 5% των νεφροπαθών στη Γερμανία, ενώ πάνω από 30% στο Ηνωμένο Βασίλειο και με μεγάλο βαθμό περιφερειακής διαφοροποίησης στην Ισπανία (31% στην Κανταβρία, 11% στην Καταλονία).

Περίπου το 57% των φορέων αιμοκάθαρσης στην Ευρώπη είναι δημόσιοι. Οι δημόσιοι προμηθευτές στην ανατολική Ευρώπη εγκαταλείπουν σταδιακά την αγορά, αναδεικνύοντας ευκαιρίες για τους ιδιωτικούς φορείς εκμετάλλευσης. Για παράδειγμα, στη Σλοβακία το 93% των ασθενών υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ η Πολωνία είχε το 2013 πάνω από 50% ιδιωτική αιμοκάθαρση σε σχέση με 0% το 2000.

Πολλές τουριστικές περιοχές της Ευρώπης προσφέρουν υπηρεσίες αιμοκάθαρσης σε νεφροπαθείς τουρίστες. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις της περιοχής Veneto στην Ιταλία και της περιοχής Zeeland στην Ολλανδία.<sup>312</sup> Μία άλλη καινοτόμος προσέγγιση αναφέρεται στην Αυστραλία όπου ένα λεωφορείο έχει μετατραπεί σε κινητή μονάδα αιμοκάθαρσης σε τουριστικές περιοχές.<sup>313</sup>

Μία διαθέσιμη επιλογή στην Ελλάδα είναι η παροχή «διακοπών για αιμοκάθαρση» σε ταξιδιώτες από την Ευρώπη. Ειδικότερα, οι μεγάλες δυνατότητες για την Ελλάδα στην αιμοκάθαρση ασθενών ταξιδιωτών φαίνονται να προέρχονται από τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία. Οι αγορές της Ρωσίας και της ανατολικής Ευρώπης θα πρέπει να προσεγγιστούν ευκαιριακά, με οικονομική επιφύλαξη. Έχοντας ένα ισχυρό ρεύμα ετήσιων επισκεπτών και προσδιορισμένες πύλες εισόδου, θα αρκούσε να προσδιοριστεί και να ενισχυθεί η υφιστάμενη προσφορά, καταγράφοντας και ενισχύοντας τα ιδιωτικά κέντρα αιμοκάθαρσης, προκειμένου να προσφέρουν ανταγωνιστικές υπηρεσίες στους νεφροπαθείς ταξιδιώτες.<sup>291</sup>

Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα 65 δημόσιες και 62 ιδιωτικές μονάδες αιμοκάθαρσης, με την πρώτη ιδιωτική μονάδα να ιδρύεται το 2000 στην Κρήτη για την εξυπηρέτηση κυρίως των νεφροπαθών τουριστών. Πολλοί από τους παρόχους αυτούς έχουν ήδη προανατολιστεί επιχειρηματικά στην προσέλκυση τουριστών οι οποίοι χρήζουν υπηρεσιών χρόνιας αιμοκάθαρσης. Μέσα από τις ιστοσελίδες τους (οι οποίες περιλαμβάνουν περιεχόμενο και στην αγγλική γλώσσα) αναδεικνύεται η δυνατότητα του ασθενή να συνδυάσει τις διακοπές του με ασφαλή λύση για τις τακτικές υγειονομικές του ανάγκες. Υπολογίζονται ότι οι μονάδες αυτές έχουν προσελκύσει τα τελευταία 15 χρόνια περισσότερους από 20.000 νεφροπαθείς-ταξιδιώτες, ενώ οι τιμές που προσφέρουν θεωρούνται ανταγωνιστικές συγκριτικά με άλλες χώρες, όπως η Ισπανία.<sup>285</sup>

Αυτό που φαίνεται να λείπει εξολοκλήρου είναι οι συνδυασμένες παροχές τουριστικών πακέτων φιλοξενίας και υπηρεσιών αιμοκάθαρσης, καθώς και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες προς τον τουρίστα αναφορικά με τη μετακίνηση και την ψυχαγωγία του. Οι μονάδες στη μεγάλη πλειοψηφία τους δεν έχουν πιστοποιημένα συστήματα διασφάλισης ποιότητας.

### 3.3.4.5. Εξωσωματική γονιμοποίηση

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro fertilization) είναι η θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κατά την οποία τα ωάρια της γυναίκας γονιμοποιούνται έξω από το σώμα της, κάτω από ελεγχόμενες εργαστηριακές συνθήκες. Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεραπεία υπογονιμότητας.

Χιλιάδες άνθρωποι ταξιδεύουν κάθε χρόνο αναζητώντας περισσότερο φιλελεύθερα νομικά πλαίσια σχετικά με την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, την κλινική αποτελεσματικότητα και αυξημένα ποσοστά επιτυχούς έκβασης των τεχνικών υποβοήθησης αναπαραγωγής ή υπηρεσίες χαμηλότερου κόστους.

Στην Ευρώπη, οι αριθμοί αυτών των ατόμων έχουν αυξηθεί σημαντικά μιας και οι Ευρωπαίοι ταξιδεύουν πλέον περισσότερο, είναι πολύ καλύτερα ενημερωμένοι με τη βοήθεια σύγχρονων μέσων (διαδίκτυο) σχετικά με τους ισχύοντες κανονισμούς σε κάθε χώρα, ενώ ταυτόχρονα πολλές κλινικές διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές με παροχές ξενοδοχείων, διακοπών, διερμνητών και πιστωτικών καρτών.

Αν και δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τους αριθμούς των ατόμων που ταξιδεύουν για τέτοιες θεραπείες, πιστεύεται πως ανέρχονται σε εκατοντάδες κάθε χρόνο. Τουλάχιστον δύο βρετανικές κλινικές οργανώνουν τέτοια ταξίδια σε Ισπανία, Ελλάδα και Ρουμανία και οι γιατροί προβλέπουν πως όλο και περισσότεροι ασθενείς θα ακολουθήσουν αυτόν τον τρόπο θεραπείας. Πολλοί ενδιαφερόμενοι Άγγλοι προτιμούν τη Σλοβενία και την Ουγγαρία, οι οποίες αποτελούν ελκυστικούς προορισμούς, καθώς και οι δύο χώρες έχουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά επιτυχίας στην εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ το κόστος μιας τέτοιας θεραπείας είναι σαφώς μειωμένο. Οι κλινικές γονιμότητας στην Ευρώπη έχουν παρατηρήσει σημαντική αύξηση, επίσης, σε Ιταλούς ασθενείς, οι οποίοι αναζητούν πλέον στο εξωτερικό θεραπεία λόγω της περιοριστικής νομοθεσίας που έχει τεθεί σε ισχύ στη χώρα τους.

Τα πρώτα πρότυπα στη διασυνοριακή περίθαλψη της αναπαραγωγής τέθηκαν από την European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Η ασφάλεια των ασθενών, των παρένθετων μητέρων, των δοτών και των μελλοντικών παιδιών κατέχουν κεντρικό ρόλο στην ESHRE's Good Practice Guide για τη διασυνοριακή περίθαλψη της αναπαραγωγής.

Το 2005 ιδρύθηκε στη χώρα μας η Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, στις αρμοδιότητες της οποίας εμπίπτουν θέματα που άπτονται επιστημονικής αξιοπιστίας και δεοντολογίας. Η νομοθεσία στην Ελλάδα επιτρέπει τη δωρεά ωαρίων, επιβάλλει την ανωνυμία της δότριας και προβλέπει χρηματική αποζημίωση για τις υπηρεσίες της. Ευνοεί έτσι τη διαδικασία, σε σύγκριση με τα ισχύοντα σε άλλες χώρες, όπως Ιταλία και Γερμανία, όπου η δωρεά ωαρίων απαγορεύεται, ή και την Αυστραλία όπου ο νόμος απαγορεύει την ανωνυμία της δότριας.

Στην Ελλάδα υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός κέντρων εξωσωματικής γονιμοποίησης, τα οποία αξιοποιούνται στο πλαίσιο που περιγράφεται ανωτέρω. Τα τελευταία χρόνια εκατοντάδες ζευγάρια από χώρες όπως η Αυστραλία, η Ιταλία, η Γερμανία, η Γαλλία, η Αγγλία ή οι ΗΠΑ επισκέπτονται την Ελλάδα για να κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση και να αποκτήσουν παιδί. Ένας από τους λόγους για τους οποίους καταφεύγουν στη χώρα μας -εκτός από τα αντικειμενικά υψηλά ποσοστά επιτυχίας των ελληνικών μονάδων και το προοδευτικό ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο- είναι οι αυξημένες πιθανότητες που έχουν στην Ελλάδα να βρουν ξένα ωάρια.

Για όλους αυτούς τους λόγους, οι επιχειρηματικές ευκαιρίες στον κλάδο, εκτός της εγχώριας αγοράς, εξακολουθούν να παραμένουν σημαντικές. Για την αξιοποίηση τους θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι κανόνες του διεθνούς μάρκετινγκ για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια του πακέτου και τον συνδυασμό της θεραπείας με τις δυνατότητες που παρέχει η περιοχή αναφορικά με τον τουρισμό και τη φιλοξενία.

#### **3.3.4.6. Οδοντιατρικά**

Μία από τις πιο διαδεδομένες υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού επιλογής είναι η οδοντιατρική λόγω του μεγάλου αριθμού ανεκπλήρωτων αναγκών που ήδη αναφέρθηκαν στο κεφ. 3.3.2.2. Αυτό συμβαίνει διότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, δημόσιοι και ιδιωτικοί, δεν καλύπτουν συνήθως οδοντιατρικές υπηρεσίες και ως εκ τούτου οι δαπάνες είναι κατά βάση ιδιωτικές, γεγονός που διευκολύνει τη μετάβαση σε άλλες χώρες με χαμηλότερο κόστος.

Οι τιμές των οδοντιατρικών υπηρεσιών κυμαίνονται ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών (προθέματα, εμφυτεύματα, καθαρισμός, αισθητική οδοντιατρική κ.λπ.), την έκταση των αντικαταστάσεων και το πλήθος των διαφορετικών υπηρεσιών που χρειάζεται ο ασθενής. Από τους δημοφιλέστερους προορισμούς οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι η Κροατία, το Μαυροβούνιο, η Σερβία και κυρίως η Ουγγαρία, η οποία και θεωρείται η μητρόπολη του οδοντιατρικού τουρισμού στην Ευρώπη.

Ειδικότερα για τις τέσσερις χώρες που έχουν μεγάλο μερίδιο στον ελληνικό τουρισμό, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία και Ιταλία, υπάρχουν τα εξής

δεδομένα: η Ελλάδα θα μπορούσε να απολέσει βασικό πόλο έλξης για την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στους Γερμανούς και στους Άγγλους, οι οποίοι αναζητούν οικονομικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε άλλες χώρες, όπως στην Ουγγαρία. Επίσης, οι Ιταλοί αναζητούν να λάβουν οδοντιατρικές υπηρεσίες από ξένες χώρες, εξαιτίας της δυσαρέσκειας τους από το δικό τους σύστημα υγείας, ενώ οι Γάλλοι δείχνουν προτίμηση σε δικές τους οδοντιατρικές υπηρεσίες ή σε γαλλόφωνα νησιά.

#### **3.3.4.7. Εξειδικευμένες τριτοβάθμιες νοσοκομειακές υπηρεσίες**

Εκτός από τους παραπάνω τομείς προτεραιότητας, που στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που περιλαμβάνουν δεν απαιτούν εσωτερική νοσηλεία σε κλινική ή νοσοκομεία, ο ιατρικός τουρισμός περιλαμβάνει και ασθενείς με πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως είναι οι νεοπλασίες, τα καρδιαγγειακά, τα νευρολογικά και ορθοπεδικά νοσήματα που πλήττουν περισσότερο τα ηλικιωμένα άτομα. Τα νοσήματα αυτά χρήζουν εξειδικευμένων θεραπειών σε ειδικά τριτοβάθμια νοσοκομεία.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα τριτοβάθμιας φροντίδας του ιδιωτικού κλάδου στην Ελλάδα έχουν επενδύσει σημαντικά τα τελευταία χρόνια σε προηγμένης τεχνολογίας διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό, ενώ το ιατρικό προσωπικό τους είναι υψηλής εξειδίκευσης και σε αρκετές περιπτώσεις εκπαιδευμένο (ή μετεκπαιδευμένο) σε πανεπιστημιακές κλινικές της Ευρώπης και της Αμερικής.

Οι ξενοδοχειακές και λοιπές υποδομές, κυρίως των μεγάλων ιατρικών μονάδων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, κρίνονται ως εφάμιλλες αρκετών ευρωπαϊκών και τα συστήματα οργάνωσης και διαχείρισης που εφαρμόζονται τείνουν τα τελευταία χρόνια να εκσυγχρονιστούν και να αναβαθμιστούν δεδομένης και της πολυμετοχικής σύνθεσης των περισσότερων εξ αυτών.

Το υψηλό κόστος για τις εξειδικευμένες θεραπείες στους τομείς αυτούς στις αναπτυγμένες χώρες, παρέχει τη δυνατότητα προσέλκυσης στη χώρα μας μέρους των ηλικιωμένων ασθενών, γιατί εκτός από την ποιότητα και την ασφάλεια, τα αντίστοιχα ιατρικά κόστη στην Ελλάδα είναι πολύ πιο ανταγωνιστικά.

#### **3.3.4.8. Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά, βάσει ορισμένων ερευνών αγοράς των επισκεπτών από τις ΗΠΑ, η Ελλάδα θα μπορούσε να προσφέρει με επιτυχία ιατρικές υπηρεσίες που σχετίζονται κυρίως με την πλαστική χειρουργική, τα ορθοπεδικά και οδοντιατρικά, την αιμοκάθαρση, την εξωσωματική γονιμοποίηση και την αποκατάσταση. Αντίστοιχα, από την Ευρώπη, θα μπορούσε να προσελκύσει οργανωμένα από ταμεία ασφαλισμένους για αιμοκάθαρση, υπηρεσίες προς παιδιά με ειδικές ανάγκες, οδοντιατρικές υπηρεσίες, πλαστική χειρουργική

και εξωσωματική γονιμοποίηση. Τέλος, οι επισκέπτες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης θα επισκέπτονταν την Ελλάδα προκειμένου να συνδυάσουν τον τουρισμό κυρίως με υπηρεσίες πλαστικής χειρουργικής ή εμφύτευσης μαλλιών, αποκατάστασης και αιμοκάθαρσης. Στους παραπάνω τομείς, ο ιδιωτικός τομέας που ήδη δραστηριοποιείται θα μπορούσε να αναπτυχθεί πολύ περισσότερο με στοχευμένες δράσεις και υπηρεσίες, και με την αρωγή της πολιτείας.

Για τον δημόσιο τομέα απαιτούνται σημαντικές θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές, αλλά και επενδύσεις για την αναβάθμιση των υποδομών (κτιριακών, ξενοδοχειακών και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού), προκειμένου αυτές να καταστούν αξιόπιστες και εν συνεχεία ανταγωνιστικές σε διεθνές επίπεδο. Ενδεχομένως, αυτό μπορεί να γίνει για συγκεκριμένες μονάδες μέσω εκμίσθωσης υποδομών σε ιδιώτες ή μέσω ΣΔΙΤ, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε μεμονωμένα τμήματα ή μονάδες των δημόσιων νοσοκομείων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών και νοσηλείας.

## 3.4. Ο Ιαματικός Τουρισμός

### 3.4.1. Εισαγωγή

Ο ιαματικός τουρισμός είναι η ειδική μορφή τουρισμού διακίνησης και διαμονής ανθρώπων, οι οποίοι έχουν στόχο την πρόληψη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της ευεξίας τους, με τη χρήση φυσικών ιαματικών πόρων.<sup>314</sup>

Ο ιαματικός τουρισμός εντάσσεται στους τομείς αιχμής του τουρισμού υγείας. Η επιστημονική τεκμηρίωση των συμπληρωματικών θεραπευτικών δράσεων των ιαματικών φυσικών πόρων σε μεγάλο φάσμα νοσημάτων, ενίσχυσε τη στροφή προς μια πιο ολιστική αντιμετώπιση της ιατρικής, ώστε να περιλαμβάνει και εναλλακτικές μορφές θεραπείας.

Παλαιότερα, ο ιαματικός τουρισμός και κυρίως η υδροθεραπεία, είχε ταυτιστεί στη συνείδηση πολλών με την ασθένεια και την τρίτη ηλικία. Η αντίληψη αυτή φαίνεται να αλλάζει, σύμφωνα με τα ευρήματα πρόσφατης έρευνας που διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας σε συνεργασία με τον Σύνδεσμο Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας (Σ.Δ.Ι.Π.Ε.) και με τη συμμετοχή 21 ελληνικών λουτροπόλεων.<sup>315</sup> Οι ηλικίες των χρηστών των λουτρών και το μορφωτικό επίπεδο έχουν αρχίσει να διευρύνονται. Ολοένα και περισσότεροι νέοι και άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης επισκέπτονται τα λουτρά όχι μόνο για θεραπεία, αλλά και για χαλάρωση ή ευεξία.

### 3.4.2. Ιαματικές Πηγές Και Τρόποι Χρήσης Ιαματικών Φυσικών Πόρων

Ιαματικές πηγές, σύμφωνα με τον καθηγητή Κωνσταντίνο Κουσκούκη,<sup>10</sup> ονομάζονται οι πηγές τα νερά των οποίων έχουν θεραπευτικές ιδιότητες. «Τα ιαματικά νερά πηγάζουν μέσα από πετρώματα και κατά τη διαδρομή τους μέχρι την επιφάνεια της γης αποκτούν τα μεταλλικά συστατικά τους στα οποία οφείλεται και η θεραπευτική τους δράση. Ανάλογα με τη σύνθεση των μεταλλικών νερών τους, οι ιαματικές πηγές μπορούν να ορισθούν ως αλκαλικές, σιδηρούχες, θειούχες, ραδιενεργές κλπ. Η θεραπευτική τους δράση είναι τριπλής φύσεως: μηχανική, θερμική και χημική. Η μηχανική δράση οφείλεται κυρίως στην άνωση και στην υδροστατική πίεση, η θερμική δράση οφείλεται στη διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ νερού και ανθρώπινου σώματος, ενώ η χημική δράση οφείλεται στην

επαφή του δέρματος με τα μεταλλικά στοιχεία του νερού, καθώς και στη διείσδυσή τους σε αυτό».

Το είδος της θεραπευτικής αγωγής σηματοδοτείται από τον τρόπο αξιοποίησης των ιαματικών φυσικών πόρων». Ειδικότερα, ανάλογα με το είδος του ιαματικού φυσικού πόρου που χρησιμοποιείται, λαμβάνει και το όνομά της η αντίστοιχη θεραπευτική αγωγή. Οι σημαντικότεροι τρόποι χρήσης και εφαρμογής των ιαματικών φυσικών πόρων σύμφωνα με τον Κ. Κουσκούκη, είναι οι εξής.<sup>10</sup>

**Η υδροθεραπεία** αποτελεί θεραπευτική αγωγή μέσω της αξιοποίησης των φυσικών, χημικών και βιολογικών ιδιοτήτων του ιαματικού νερού, με στόχο τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Η υδροθεραπεία ανάλογα με τον τρόπο χρήσης του ιαματικού νερού διακρίνεται σε εσωτερική και εξωτερική. Η εσωτερική υδροθεραπεία περιλαμβάνει την ποσιθεραπεία (εισαγωγή ιαματικού νερού στο πεπτικό σύστημα μέσω πόσης), την εισπνοθεραπεία (εισπνοή υδρομεταλλικών ατμών για θεραπευτικούς σκοπούς) και τις πλύσεις (ρινικές, στοματικές, γυναικολογικές). Η εξωτερική υδροθεραπεία περιλαμβάνει την ιαματική λουτροθεραπεία (χρήση ιαματικών νερών για λουτρό), τις καταιωνίσεις (ρίψη θερμομεταλλικού νερού διαφόρων θερμοκρασιών, υψηλής ή χαμηλής πίεσης, ανάλογα με την πάθηση), τις υδρομαλάξεις (εφαρμογή πίεσης θερμού ιαματικού νερού στο σώμα, ενώ βρίσκεται εντός ατομικού λουτήρα ή πισίνας), την υδροκινησιοθεραπεία (συνδυασμός λουτροθεραπείας και κινησιοθεραπείας εντός του ιαματικού νερού) και τα ατμόλουτρα (αναφέρονται και ως χαμάμ).

**Η πηλοθεραπεία** αποτελεί την εφαρμογή θεραπευτικού πηλού ή λάσπης που έχει «ωριμάσει», σε πάσχοντα σημεία του σώματος, είτε με εμβάπτιση του σώματος σ' αυτόν είτε με ολική ή μερική επάλειψη. Η θεραπευτική αγωγή με πηλό, η οποία καθορίζεται από τον ειδικό ιατρό του πηλοθεραπευτηρίου, μπορεί να περιλαμβάνει 10-15 εφαρμογές διάρκειας 10 με 20 λεπτών για τους κανονικούς πηλούς και 30 λεπτών για τους ειδικούς, με διακοπή 1-2 ημερών. Πραγματοποιείται 3-4 ώρες μετά το φαγητό και με κενή ουροδόχο κύστη και έντερο. Το πάχος του πηλού πρέπει να είναι τουλάχιστον 4-5 εκατοστά και να μην ξεπερνάει τα 10 εκατοστά. Κατά την ολική εφαρμογή του πηλού δεν καλύπτονται το κεφάλι, ο λαιμός και ο θώρακας.

**Η θαλασσοθεραπεία** είναι ένα σύστημα θεραπείας υπό ιατρική παρακολούθηση σε ατομικούς λουτήρες ή δεξαμενές, κατά το οποίο τα ευεργετικά συστατικά, οργανικά ή ανόργανα, του ζεστού θαλασσινού νερού, επιδρούν στον οργανισμό, προκαλώντας ανανέωση και αναζωογόνηση των κυττάρων, με αποτέλεσμα τη χαλάρωση και τη σωματική και ψυχική ευεξία. Μορφές θαλασσοθεραπείας αποτελούν η αεροθεραπεία, η ηλιοθεραπεία, η αμμοθεραπεία, η λουτροθεραπεία με θαλασσινό νερό, η εισπνοθεραπεία με θαλάσσιο ατμό, η υδροκινησιοθεραπεία σε πισίνα με θαλασσινό νερό, το υδρομασάζ με φυσαλίδες θαλασσινού νερού, ο υποθαλάσσιος καται-

ωνισμός, το ντους με σταγόνες ψιλής βροχής και το ντους με εκτόξευση θαλασσινού νερού.

**Η κλιματοθεραπεία** αναφέρεται στην αυτόνομη θεραπευτική αγωγή μέσω της οποίας επιδιώκεται η βελτίωση της υγείας του ατόμου με την έκθεση στις κατάλληλες καιρικές συνθήκες. Η μετεωρολογία ορίζει ως κλίμα τη μέση κατάσταση των καιρικών διακυμάνσεων μιας ευρύτερης περιοχής ή κάποιου περιορισμένου τόπου. Ένα κλίμα για να δράσει ευεργετικά σε μία νόσο πρέπει να διαθέτει κλιματικούς παράγοντες διαφορετικούς από εκείνους που συνήθως ζει ο ασθενής, έτσι ώστε να δράσει ερεθιστικά ή κατευναστικά. Στον ευρωπαϊκό χώρο συναντώνται τρία είδη κλιμάτων: το θαλάσσιο, το οποίο θεωρείται κατάλληλο για τη θεραπεία των νόσων του αναπνευστικού και του νευρικού συστήματος, το ημιορεινό και το ορεινό κλίμα, που θεωρούνται κατάλληλα για αγγειακές παθήσεις και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

**Η σπηλαιοθεραπεία** αποτελεί την εναλλακτική θεραπευτική αντιμετώπιση ορισμένων ασθενειών μέσω της εφίδρωσης που πραγματοποιείται από τις φυσικο-χημικές ιδιότητες της ατμόσφαιρας των σπηλαίων και των υπόγειων νερών τους. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία χρόνιων βρογχοπνευμονικών παθήσεων, άσθματος (με ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα στα πάσχοντα μικρά παιδιά), δερματικές νόσους αλλεργικής κυρίως αιτιολογίας, καθώς και για την αναζωογόνηση ολόκληρου του οργανισμού. Η σπηλαιοθεραπεία διαρκεί περίπου 21 μέρες και γίνεται επί 4 ώρες κάθε μέρα.

**Η αλατοθεραπεία** είναι η παραμονή σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους σαν σπήλαια άλατος, όπου ο εισπνεόμενος αέρας είναι εμπλουτισμένος με ιχνοστοιχεία και ιόντα άλατος. Σκοπός της αλατοθεραπείας είναι η σωματική χαλάρωση και η ενίσχυση της ευεξίας.

### 3.4.3. Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Για την καλύτερη κατανόηση του ιαματικού τουρισμού, παρατίθενται στη συνέχεια εννοιολογικοί προσδιορισμοί αναφορικά με τον ιαματικό τουρισμό, όπως αυτοί αναφέρονται στο βιβλίο του κ. Κ. Κουσκούκη<sup>10</sup> (η σχετική νομοθεσία αναφέρεται στο κεφ. 3.7).

Ο ιαματικός τουρισμός ή θερμαλισμός περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων του ιαματικού τουρισμού, μαζί με τις διευρυμένες δραστηριότητες αναψυχής και αναζωογόνησης που μπορούν να έχουν και μη ασθενείς τουρίστες. Από την άποψη του τουρισμού, οι έννοιες του ιαματικού τουρισμού και του θερμαλισμού χρησιμοποιούνται αδιακρίτως. Παρόλα αυτά, ο θερμαλισμός είναι ένα ευρύ πεδίο θεραπευτικών και προληπτικών εφαρμογών οι οποίες πραγματοποιούνται με τη χρήση φυσικών ιαματικών πόρων σε χώρους με ιδιαίτερα περιβαλλοντικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά και με εξειδικευμένες εγκαταστάσεις, με στόχο την πρόληψη, διατή-



ρση ή και αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Ακόμη, περιλαμβάνει την ενεργειακή αξιοποίηση των θερμομεταλλικών νερών, τη γενικότερη χρήση της γεωθερμικής ενέργειας και τη χρήση των μεταλλικών νερών.

Ο παραδοσιακός ιαματικός τουρισμός απευθύνεται συνήθως σε τουρίστες με διάφορα προβλήματα υγείας, οι οποίοι επισκέπτονται προορισμούς όπου υπάρχουν ιαματικές πηγές για να κάνουν χρήση ιαματικών νερών, ως επί το πλείστον θερμομεταλλικών με θεραπευτικές ιδιότητες. Σε αρκετές περιπτώσεις ο λόγος επίσκεψης μπορεί να είναι η πρόληψη και η συντήρηση και όχι απαραίτητα η θεραπεία.

Θερμαλιστική θεραπεία είναι ένα σύνολο ενεργειών και σχέσεων με το ιαματικό νερό, τον πηλό, τους υδρατμούς και το περιβάλλον σε ένα θερμαλιστικό κέντρο, για συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, οι οποίες συγκροτούν ένα ιδιαίτερο μοντέλο υγείας και ευεξίας του ατόμου. Αποτελεί, δηλαδή, έναν συνδυασμό της επαφής του ιαματικού φυσικού πόρου (λουτροθεραπεία, εισπνοθεραπεία, ποσιθεραπεία, πηλοθεραπεία, ρινοπλύσεις, ατμόλουτρα, καταιωνισμούς), της φυσικοθεραπείας, της ευεξίας και των προγραμμάτων διατροφής και αθλητικών δραστηριοτήτων.

Ιαματικά νερά και ιαματικά αέρια ονομάζονται τα υπόγεια ή πηγαία νερά ή τα αέρια των φυσικών ιαματικών πηγών, τα οποία λόγω των φυσικών ή χημικών ή φυσικοχημικών τους χαρακτηριστικών έχουν ιαματικές ιδιότητες.

Θεραπευτικός πηλός ονομάζεται το υπέρθερμο ή υπερθερμαινόμενο μείγμα ενός στερεού συστατικού, κυρίως αργιλικού, με φυσικό θερμό νερό που προέρχεται από πρωτογενή ή συχνότερα δευτερογενή ανάμειξη και χρησιμοποιείται ως μέσο θεραπευτικής αγωγής.

Θερμομεταλλική πηγή θεωρείται η πηγή εκείνη που το νερό της χαρακτηρίζεται ή από υψηλή θερμοκρασία ή από διαλυμένα άλατα ή από αέρια, ή τέλος γιατί περιέχει, έστω και σε μικρά ποσά, ενώσεις ή στοιχεία που δεν απαντώνται στα νερά των συνήθων πηγών, όπως θείο, υδρόθειο, ιώδιο, αρσενικό, ραδιενεργές ουσίες κ.ά.

Κέντρα θαλασσοθεραπείας είναι ειδικές εγκαταστάσεις με κατάλληλη υποδομή και εξοπλισμό, στις οποίες γίνεται χρήση, με αναγνωρισμένες μεθόδους, θερμαινόμενου θαλασσινού νερού ή φυσικού θερμού ειδικής σύστασης άμμου, λάσπης, ιαματικού πηλού, φυκιών και άλλων θαλάσσιων ουσιών.

Περιοχή προστασίας ιαματικής πηγής είναι ο χώρος μέσα στον οποίο απαγορεύεται η κατασκευή εγκαταστάσεων και όλες οι δραστηριότητες που μπορεί να αποτελέσουν απειλή για την ιαματική πηγή, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία της ποσότητας και της ποιότητας των ιαματικών φυσικών πόρων.

Θερμαλιστικό σύστημα θεωρείται κάθε λουτρόπολη που λειτουργεί ως χώρος ιαματικού τουρισμού με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν την εικόνα της περιοχής. Με κεντρικό άξονα τον θερμαλισμό, αναπτύσσονται συνήθως διάφορες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές δραστηριότητες.

Οι ιαματικές πηγές διακρίνονται σε σχέση με το αναπτυξιακό τους μέγεθος και τη χωροταξική τους διάταξη σε:

**Λουτρικοί Σταθμοί** οι οποίοι διαθέτουν οργανωμένες εγκαταστάσεις λουτροθεραπείας σε μικρούς περιφερειακούς οικισμούς τοπικής εμβέλειας με δραστηριότητες ειδικού θεραπευτικού τουρισμού.

**Λουτρόπολη** θεωρείται μια πόλη που διαθέτει επιστημονικά αναγνωρισμένο και διαχρονικά αποδεδειγμένο ιαματικό φυσικό πόρο, που η τοποθεσία και το κλίμα της περιοχής δεν επηρεάζουν τις δυνατότητες θεραπείας, ανάρρωσης και ανάπαυσης, και που διαθέτει επαρκείς εγκαταστάσεις και δυνατότητες εφαρμογών του θεραπευτικού μέσου.

**Πόλη Θερμαλισμού Υγείας και Ευεξίας** είναι μία πόλη που διαθέτει επιχειρήσεις ιαματικών λουτρών, αναγνωρισμένους ιαματικούς φυσικούς πόρους, εγκαταστάσεις ανάπαυσης, ανάρρωσης, διαμονής, υγιεινής διατροφής, δυνατότητες παροχών υγείας και ψυχαγωγίας, αυστηρούς κανόνες για καθαρό αέρα, νερό, μειωμένη κυκλοφορία αυτοκινήτων και ηχορύπανση, καθώς και ιστορικά, πολιτιστικά στοιχεία και δράσεις.

**Λουτρικά Πολυλειτουργικά Κέντρα** αποτελούν χώρους με εγκαταστάσεις οργανωμένης λουτροθεραπείας και αναψυχής που λειτουργούν αυτόνομα και δορυφορικά προς τους κοντινούς οικισμούς.

**Πολυλειτουργικά Συγκροτήματα Θεραπευτικού Τουρισμού** αναφέρονται σε χώρους με οργανωμένες εγκαταστάσεις λουτροθεραπείας και αναψυχής που έχουν χαλαρή σχέση με το οικιστικό δίκτυο της περιοχής και λειτουργούν αυτόνομα και ανεξάρτητα από αυτό.

#### 3.4.4. Γενικοί Κανόνες Ιαματικής Υδροθεραπείας

Για τη σωστή επίτευξη μιας σειράς ιαματικών θεραπειών χρήζει να ακολουθούνται οι παρακάτω κανόνες, όπως αυτοί αναφέρονται στο προαναφερθέν βιβλίο.<sup>10</sup>

- Πραγματοποίηση εξέτασης:
  - Να πραγματοποιείται λεπτομερής εξέταση για τον αποκλεισμό συνύπαρξης παθήσεων που αποκλείουν ή περιορίζουν την Ιαματική Λουτροθεραπεία. Άτομα με δερματικές παθήσεις, τραύματα, εντερική λοίμωξη δεν χρησιμοποιούν τη δεξαμενή του λουτρού.

Συγκεκριμένα, χρειάζεται να εξετάζεται η λειτουργία της καρδιάς, η αρτηριακή πίεση, η κατάσταση των πνευμόνων, του στομάχου, του εντέρου και της χολής.

- Να μελετώνται οι ρευματικές νόσοι, οι αρθροπάθειες και γενικά οι μετατραυματικές κακώσεις, ώστε να καθορίζεται η διάρκεια, η θερμοκρασία, το είδος της θεραπείας και η περιοχική εφαρμογή των υδροθεραπειών, π.χ. αυχένας, ώμος, μέση, χέρια, ισχίο, γόνατο κ.ά.
- Να εξετάζεται εάν το άτομο κάνει χρήση φαρμάκων ή ακολουθεί κάποια θεραπεία η οποία δεν πρέπει να διακόπτεται.
- Γνωμάτευση ειδικού ιατρού προκειμένου να καθοριστεί το είδος του ιαματικού νερού, ο τρόπος εφαρμογής, η θερμοκρασία, η διάρκεια, ο τόπος εφαρμογής.
- Επανεξέταση από τον ιατρό των λουτρών στη μέση και στο τέλος της θεραπείας.
- Η λουτροθεραπεία χρειάζεται να πραγματοποιείται δύο ώρες μετά το πρόγευμα και τέσσερις ώρες μετά το γεύμα.
- Πριν από την είσοδο στη δεξαμενή, ο λουόμενος πρέπει να κάνει ζεστό μπάνιο στους λουτήρες, να σαπουνίζεται καλά σε όλα τα σημεία του σώματος και να φοράει προσωπικό αδιάβροχο σκουφάκι.
- Απαγορεύεται το πλύσιμο της μύτης και του στόματος εντός της δεξαμενής.
- Μετά τη διεξαγωγή οποιασδήποτε μορφής θεραπείας με κάποιο ιαματικό φυσικό πόρο επιβάλλεται η ανάπαυση του λουόμενου για μισή ώρα περίπου σε ζεστό νερό προφυλαγμένο από ρεύματα αέρος.

**Ειδικές επισημάνσεις:** Οι διάφορες θεραπείες γίνονται συνήθως το πρωί, ενώ η παραμονή στο νερό διαρκεί από 20 λεπτά μέχρι 1 ώρα, ανάλογα με την πάθηση. Η ιδανική διάρκεια μιας λουτροθεραπείας είναι 21 μέρες, ενώ το μικρότερο διάστημα αυτής είναι 15 μέρες.

### 3.4.5. Διεθνής Κατάσταση Ιαματικού Τουρισμού

Η αναγνώριση της υδροθεραπείας ως ιατρικής θεραπευτικής μεθόδου από τον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης σε πολλές χώρες ιδίως της Ευρώπης, αλλά και η αύξηση της δημοτικότητας της ιαματικής λουτροθεραπείας λόγω της προσιότητάς της σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού και εξαιτίας της αναζήτησης ενός πιο φυσικού και υγιεινού τρόπου ζωής με εναλλακτικές θεραπείες που βασίζονται σε περιορισμένη ή/ και καθόλου χρήση φαρμάκων συνετέλεσαν τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού και στην αύξηση της ζήτησης ανάλογων υπηρεσιών.

Στην Ευρώπη υπάρχουν 1.400 κέντρα ιαματικού τουρισμού που λειτουργούν υπό μορφή Health Resort, τα οποία επισκέπτονται εκατομμύρια ασθενείς απ' όλο τον κόσμο, αναζητώντας ιατρική φροντίδα έξω από τα εθνικά τους σύνορα.<sup>316</sup> Οι κυριότεροι σταθμοί ιαματικού τουρισμού στην Ευρώπη είναι η Γερμανία, η Ιταλία, η Γαλλία, η Αγγλία, η Ελβετία και η Αυστρία,

όπου συνδυάζονται οι θεραπείες θερμαλισμού με υπηρεσίες αναψυχής, αναζωογόνησης, άθλησης και πολιτιστικών δραστηριοτήτων. Και στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπως Ουγγαρία, Τσεχία, Ρουμανία, Σλοβακία, Βουλγαρία, ο ιαματικός τουρισμός αποτελεί σημαντικό τομέα της οικονομίας τους.<sup>10</sup>

«Από γεωλογικής άποψης, οι περιοχές της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης είναι περισσότερο προικισμένες από τη φύση. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι 880 κέντρα ιαματικού τουρισμού συγκεντρώνονται στη Γερμανία, Ιταλία, Ρουμανία, Ουγγαρία και Αυστρία. Σε αυτό συντελεί και η χημική σύνθεση του νερού. Οι πηγές των περιοχών της κεντρικής Ευρώπης, όπως το Black Forest της Γερμανίας, το Luxenil-les Bains της Βοραιοανατολικής Γαλλίας, το Bad Gastein της Αυστρίας, έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε ιόντα, ενώ πηγές υψηλής περιεκτικότητας σε μέταλλα συναντώνται σε περιοχές της κεντρικής και βόρειας Γερμανίας (Wiesbaden, Baden-Baden, Nauheim), καθώς και βορειοδυτικά της Ρουμανίας (Felix spa)».<sup>10</sup>

Στις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένας αυξανόμενος ρυθμός ιδιωτικοποίησης των κατά κανόνα κρατικών ιαματικών λουτρών, με διαδικασίες όμως προβληματικές, χωρίς ξεκάθαρο όραμα, σαφή κριτήρια και εξασφαλισμένη βιωσιμότητα των θεραπευτικών τους υπηρεσιών.<sup>317</sup> Στη Γερμανία τα παραδοσιακά λουτρά, γνωστά ως "Kurorten", αναγκάστηκαν να αναπροσανατολίσουν τις υπηρεσίες τους λόγω των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων στο Γερμανικό σύστημα υγείας, δίνοντας προτεραιότητα στην ιατρική ευεξία.<sup>317</sup>

Ιαματικό τουρισμό στον χώρο της Μεσογείου, πέραν των συνόρων της Ευρώπης, έχουν αναπτύξει το Ισραήλ, η Τουρκία, η Τυνησία, το Μαρόκο. Σε διεθνές επίπεδο αξίζουν να σημειωθούν τα 1.500 ιαματικά κέντρα της Ιαπωνίας, τα οποία προσελκύουν 100 εκατομμύρια επισκέπτες το χρόνο<sup>3</sup> αλλά και τα ανάλογα κέντρα της Κίνας. Πολλούς επισκέπτες προσελκύει και η περιοχή Hua Hin της Ταϊλάνδης, καθώς, επίσης, χώρες της Λατινικής Αμερικής, όπως η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Ουρουγουάη και το Περού.

Η διεθνής επιχειρηματική δραστηριότητα στον τομέα του θερμαλιστικού τουρισμού αφορά κυρίως την προληπτική ιατρική και όχι τη θεραπεία. «Όσον αφορά δε τις ηλικίες στα κέντρα θαλασσοθεραπείας, το 28% είναι άτομα άνω των 60 ετών με την αναλογία συνοδών και ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία να είναι 1:3. Οι αντίστοιχοι αριθμοί για τα ιαματικά κέντρα υδροθεραπείας είναι 45% και 1:2. Αξίζει να σημειωθεί ότι από οικονομικής άποψης, στα κέντρα θαλασσοθεραπείας το κόστος της θεραπείας καλύπτεται κατά 90% από τα ίδια τα άτομα που λαμβάνουν την υπηρεσία, ενώ στα ιαματικά κέντρα υδροθεραπείας το 70% των επισκεπτών επιχορηγείται από τους κρατικούς ασφαλιστικούς φορείς για το κόστος της θεραπείας, της διαμονής αλλά και της μεταφοράς του πάσχοντος ατόμου. Πάντως, με εξαίρεση τη Γερμανία και την Αυστρία, στην Ευρώπη το κόστος της ιαματικής

αγωγής εκτός των συνόρων δεν καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς».<sup>10</sup>

Σύμφωνα με μελέτη του 2011, η Παγκόσμια Αγορά Ιαματικών πηγών ανερχόταν σε 50,4 δισ. δολάρια με ετήσια ανάπτυξη 7,7%. Το μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς το κατείχε η Ευρώπη και ακολουθούσαν η Ιαπωνία και η Κίνα (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17: Παγκόσμια Αγορά Ιαματικών Πηγών (2011)**

Χώρα/Περιοχή	Έσοδα 2011 (\$δισ.)	Έσοδα 2011 (\$δισ.)
Ευρώπη	19,03 (εκτίμηση)	19,01 (εκτίμηση)
Ιαπωνία	11,86 (εκτίμηση)	11,95 (εκτίμηση)
Κίνα	11,52	7,51
ΗΠΑ/Καναδάς	2 (εκτίμηση)	2 (εκτίμηση)
Νέα Ζηλανδία	0,1 (εκτίμηση)	0,1 (εκτίμηση)
Αυστραλία	0,03	0,02
Άλλο	5 (εκτίμηση)	5 (εκτίμηση)
<b>Συνολο</b>	<b>50,44</b>	<b>45,59</b>

**Σημείωση:** Στην έρευνα του 2010 του Global Spa & Wellness Summit αναφέρεται ότι το μέγεθος της βιομηχανίας spa παγκοσμίως ανέρχεται στα \$60,3 δισεκατομμύρια.

**Πηγή:** GSWS, 2010

Συμπερασματικά, στην Ευρώπη υπάρχουν μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης του ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού. Παρόλο που 15-17 εκατ. άτομα το χρόνο προσέρχονται για να λάβουν υπηρεσίες ιαματικού τουρισμού, μόνο το 1,5 εκατομμύριο εξ αυτών είναι από χώρες εκτός της Ευρώπης.<sup>3</sup> Θα πρέπει, όμως, να σημειωθεί πως λίγες μόνο χώρες αποζημιώνουν τα έξοδα θερμαλισμού και μόνο τέσσερις χώρες, Γερμανία, Αυστρία, Ιταλία, Ουγγαρία, περιλαμβάνουν τον θερμαλισμό στο βασικό εθνικό πακέτο αποζημιούμενων υγειονομικών παροχών. Διαφορές παρουσιάζονται ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες και στο είδος των ιαματικών θεραπειών που αποζημιώνονται, καθώς και στο ύψος του ΦΠΑ (από 0 έως 25%) και στο θεσμικό πλαίσιο που ισχύει σε κάθε χώρα σχετικά με τις βίζες, τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας.<sup>278</sup>

### 3.4.6. Ιαματικές Πηγές Στην Ελλάδα - Γεωγραφική Κατανομή

Ο θερμαλισμός γεννήθηκε πριν από 2.500 χρόνια στο Αιγαίο. Είναι γνωστές οι αναφορές του ιστορικού Ηρόδοτου, αλλά και του πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη, σύμφωνα με τις οποίες στη χώρα μας αναπτύχθηκε ο θερμαλισμός που στη συνέχεια διέδωσαν οι Ρωμαίοι.

Η Ελλάδα σήμερα είναι από τις πλουσιότερες χώρες σε φυσικές πηγές μεταλλικού νερού, θερμού και ψυχρού, με ποικίλη φυσικοχημική σύσταση και πληθώρα ενδείξεων για εφαρμογή στη σύγχρονη φυσική υδροθεραπεία. Σύμφωνα με στοιχεία του Ινστιτούτου Γεωλογικών και Μεταλλευτικών Ερευνών (ΙΓΜΕ), στην Ελλάδα υπάρχουν 822 καταγεγραμμένες πηγές

θερμομεταλλικών νερών, εκ των οποίων οι 750 είναι αξιοποιήσιμες σε σχέση με τις ιαματικές ιδιότητες τους.<sup>10</sup>

Οι υφιστάμενες ιαματικές πηγές επιμερίζονται ανά περιφέρεια:

- Στερεά Ελλάδα: 156
- Μακεδονία: 115
- Πελοπόννησος: 114
- Θεσσαλία: 57
- Ήπειρος: 57
- Θράκη: 25
- Νησιά: 229 εκ των οποίων οι 100 βρίσκονται στην Κρήτη για ποσιθεραπεία

Αναφορικά με τις υδροθεραπευτικές εγκαταστάσεις, οι 38 ανήκουν σε δήμους, οι 37 σε ιδιώτες και οι 7 στο κράτος.<sup>10</sup>

Μέχρι το τέλος του 2017 υπήρχαν 123 κατατιθεμένοι φάκελοι στο υπουργείο Τουρισμού και είχαν εκδοθεί 48 ΦΕΚ αναγνώρισης, σύμφωνα με τον Μάρκο Δανά, Γενικό Γραμματέα του ΣΔΙΠΕ και μέλος της Επιτροπής Προστασίας Ιαματικών Φυσικών Πόρων του υπουργείου Τουρισμού. Επίσης, 25 ιαματικές πηγές συνεργάζονται με τη ΕΥ.ΠΑ.ΤΕ. προκειμένου να λάβουν Ειδικό Σήμα Λειτουργίας, ενώ άλλες επεξεργάζονται τις μελέτες περιβαλλοντικών επιπτώσεων και τα άλλα δικαιολογητικά που απαιτούνται. Ο αριθμός των περίπου 120 Ιαματικών μονάδων θεωρείται ενδεδειγμένος σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (η Γαλλία έχει 105 ανάλογες μονάδες). (Παράρτημα Ι: Κατάσταση αναγνώρισεων ιαματικών φυσικών πόρων)

Μετά το ΦΕΚ αναγνώρισης ο νόμος απαιτεί την πραγματοποίηση οικονομικών μελετών, ενώ, παράλληλα, οι αναγνωρισμένοι δήμοι οφείλουν να δραστηριοποιούνται για την εξασφάλιση της αναγκαίας χρηματοδότησης και για τη συνεργασία με τον ΕΟΠΠΥ. Σύμφωνα με τον Μ. Δανά καταβάλλεται προσπάθεια για να υπάρξουν μέσω ΕΣΠΑ δυνατότητες χρηματοδότησης των υποδομών και μέσω διαγωνισμών για προσέλκυση ιδιωτικών επενδύσεων, ενώ η συνεργασία με τον ΕΟΠΠΥ θα επιτρέψει την προσέλευση ξένων πολιτών οι οποίοι θα αποζημιώνονται από τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Ήδη ο ΕΟΠΠΥ πληρώνει λουτροθεραπείες σε Έλληνες ασφαλισμένους, αλλά με πολύ μικρότερα ποσά σε σχέση με το παρελθόν.

Ο ρόλος του ΕΟΠΠΥ είναι κομβικός τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο στο επίπεδο εφαρμογής της οδηγίας της Ευρώπης 24/2011 για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Ήδη, ο αντίστοιχος ΕΟΠΠΥ της Πολωνίας ζήτησε στοιχεία για τις ιαματικές πηγές με τις οποίες μπορεί να συνεργαστεί στην Ελλάδα. Επίσης, ο ΣΔΙΠΕ συνεργάζεται με τον ΕΟΠΠΥ για το portal του τουρισμού υγείας, στο οποίο κάτω από την σφραγίδα του ΕΟΠΠΥ θα συγκεντρωθούν όλοι οι Έλληνες πάροχοι του τουρισμού υγείας. Το portal θα

αποτελέσει ουσιαστικά το business card του ελληνικού τουρισμού υγείας στο εξωτερικό και τη βάση συνεργασίας των Ελλήνων παρόχων με τα ασφαλιστικά ταμεία των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης.

### **3.4.7. Η Υφιστάμενη Κατάσταση Στην Ελλάδα: Δυνατότητες–Προοπτικές**

Παρόλο που η Ελλάδα από γεωλογικής άποψης θα μπορούσε να γίνει ένα από τα μεγαλύτερα θερμολιστικά κέντρα της Ευρώπης, οι πηγές της παραμένουν ως επί το πλείστον ανεκμετάλλευτες και ο ιαματικός τουρισμός στη χώρα μας δεν κατόρθωσε να προσελκύσει σημαντικές ροές αλλοδαπών τουριστών.<sup>5</sup> Από τις 123 ιαματικές πηγές, ελάχιστες εξ αυτών έχουν σύγχρονες υποδομές, ενώ η χρήση τους γίνεται σχεδόν εξ ολοκλήρου για θεραπευτικούς σκοπούς, καθώς οι εγκαταστάσεις των περισσότερων δεν προσφέρουν υπηρεσίες αναζωογόνησης και ευεξίας.

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα οι ιαματικοί φυσικοί πόροι αναγνωρίζονται επίσημα από το κράτος για την υδροθεραπεία (λουτροθεραπεία, εισπνοθεραπεία, ποσιθεραπεία) και την πηλοθεραπεία. Σε αντίθεση, η κλιματοθεραπεία, η σπηλαιοθεραπεία και η αλατοθεραπεία δεν έχουν λάβει καμία επίσημη αναγνώριση, καθότι επιστημονικά δεν είναι αποδεδειγμένοι ως τρόποι χρήσης. Αναφορικά με τη θαλασσοθεραπεία, παρότι μια υποδομή μπορεί να πάρει άδεια λειτουργίας, δεν επιδοτείται από το ασφαλιστικό σύστημα ως μορφή ιαματικού τουρισμού. Σύμφωνα με τον Μ. Δανά, καμία επένδυση δεν μπορεί να προχωρήσει εάν πρώτα δεν καθοριστούν οι τεχνικές προδιαγραφές μονάδων ιαματικής θεραπείας, τα κριτήρια διανομής και οι ζώνες προστασίας των ιαματικών φυσικών πόρων.<sup>320</sup>

Η ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού είναι από τις περιπτώσεις που χρήζουν της συμμετοχής του κράτους σε συνδυασμό με την ιδιωτική πρωτοβουλία. Η στρατηγική προβολής και προώθησης του προϊόντος αυτού, η αντικειμενική απόδειξη της θεραπευτικής αξίας των ιαματικών φυσικών πόρων και η ανάδειξή τους αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του κλάδου.

Επομένως, ένας από τους στόχους των αναπτυξιακών σχεδιασμών του τομέα του τουρισμού θα μπορούσε να είναι η προσέλκυση επενδύσεων, ώστε να αναπτυχθούν και στην Ελλάδα σύγχρονα κέντρα ιαματικού τουρισμού, όπως γίνεται τα τελευταία χρόνια στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης. Τα απαιτούμενα έργα υποδομής για τις λουτροπόλεις και γενικά για τους τόπους έλξης επισκεπτών καθ' όλη σχεδόν τη διάρκεια του έτους, θα πρέπει να είναι μεγάλης κλίμακας, καθότι οι χώροι που θα προσφέρονται προορίζονται εκτός της θεραπείας ιατρικών παθήσεων και για τη γενικότερη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, της ευεξίας και της υγείας των επισκεπτών τους.

Η βελτίωση των εγκαταστάσεων των λουτροπόλεων της χώρας με σύγχρονη υποδομή και εξοπλισμό είναι αναγκαία για την πλήρη αξιοποίηση

των ιαματικών ιδιοτήτων των νερών των πηγών. Ταυτόχρονα, η ένταξη των πηγών σε ένα πλέγμα ποικίλων εγκαταστάσεων που να συνδυάζουν και άλλες δραστηριότητες (αθλητισμός για όλες τις ηλικίες, πολιτιστικά, εγκαταστάσεις αναψυχής για νέους και παιδιά, πάρκα πρασίνου) μπορεί να οδηγήσει στην ανάδειξη των πηγών σε παραθεριστικά κέντρα τουρισμού μακράς παραμονής όλων των ηλικιών.

Κύριο αίτημα αποτελεί, επίσης, η ευχέρεια προσπέλασης, δηλαδή οι περιοχές που προορίζονται για κέντρα ιαματικού τουρισμού πρέπει να βρίσκονται κοντά σε αερολιμένα και να εξυπηρετούνται από καλό οδικό ή ακτοπλοϊκό δίκτυο. Γενικότερα, η σωστά οργανωμένη υποδομή μεταφορών εκτός των άλλων, συμβάλλει και στην αξιοποίηση του φυσικού δυναμικού των πηγών λόγω της μεγαλύτερης έκτασης και προβολής που θα αποκτήσουν.

Η πλήρης αξιοποίηση, μετά από αξιολόγηση της θεραπευτικής ικανότητας αλλά και της δυναμικότητας των ιαματικών πηγών στην Ελλάδα, μπορεί να αποτελέσει τομέα αναπτυξιακών και επενδυτικών πρωτοβουλιών προς όφελος της οικονομίας σε εθνικό αλλά και σε τοπικό επίπεδο.

Για όλους αυτούς τους λόγους, η αξιοποίηση των πηγών από ιδιώτες, είτε από την Τοπική Αυτοδιοίκηση με τη δημιουργία κοινοτικών επιχειρήσεων, αποτελεί σημαντική μορφή τοπικής και περιφερειακής αναπτυξιακής πολιτικής της χώρας.

#### **3.4.8. Οργανισμοί – Φορείς Ιαματικού Τουρισμού**

Ο ιαματικός τουρισμός στη χώρα μας διαχειρίζεται από δύο κυρίως φορείς, το υπουργείο Τουρισμού και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Το υπουργείο Τουρισμού μέσω του τμήματος «Ειδικών Μορφών Τουρισμού» ασχολείται με τις αναγνωρίσεις των φυσικών πόρων ως ιαματικών και με το θεσμικό πλαίσιο. Στο τμήμα αυτό υπάγεται η Επιτροπή Προστασίας Ιαματικών Φυσικών Πόρων. Επιπρόσθετα, η Ειδική Υπηρεσία Προώθησης Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων του υπουργείου Τουρισμού (ΕΥΠΑΤΕ) ασχολείται με την αδειοδότηση των εγκαταστάσεων, δηλαδή με τη χορήγηση του Ειδικού Σήματος Λειτουργίας στις εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής (Μονάδες ιαματικής θεραπείας και Κέντρα ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού).

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν συστήσει από το 1983 τον Σύνδεσμο Δήμων (και Κοινοτήτων) Ιαματικών Πηγών Ελλάδας (ΣΔΙΠΕ), με σκοπό την προστασία – αξιοποίηση των Ιαματικών Φυσικών Πόρων (ΙΦΠ) και την εκμετάλλευση αυτών από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, καθώς και τον εκσυγχρονισμό και γενικά τη βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας των Λουτροπόλεων της χώρας. Σήμερα, ο Σύνδεσμος απαριθμεί 56 μέλη Δήμους (<http://thermalsprings.gr>) και έχει αναπτύξει ιδιαίτερα πλούσια



δράση με σημαντικά αποτελέσματα στην προώθηση του αναγκαίου θεσμικού πλαισίου.

Ο ΣΔΙΠΕ συμμετέχει από το 2015 ως associated member στον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Ιστορικών Λουτροπόλεων (European Historic Thermal Town Association – ΕΗΤΤΑ) με εκλεγμένο μέλος του Εκτελεστικού Συμβουλίου τον Μ. Δανά. Στις 9 Δεκεμβρίου του 2017 η Γενική Συνέλευση του ΕΗΤΤΑ πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας, στο Λουτράκι. Στην ΕΗΤΤΑ συμμετέχουν, επίσης, ως active member ο Δήμος Λουτρακίου–Αγίων Θεοδώρων, ο Δήμος Καβάλας και ο Δήμος Αλμωπίας. Η συμμετοχή στην ΕΗΤΤΑ, σύμφωνα με τον πρόεδρο του ΣΔΙΠΕ και Δήμαρχο Λαγκαδά Ιωάννη Καραγιάννη, εξασφαλίζει τη μεταφορά τεχνογνωσίας από τον ευρωπαϊκό χώρο στην Ελλάδα, κυρίως στους τομείς του μάντζμεντ και του μάρκετινγκ. Τέλος, η ΕΗΤΤΑ έχει αναπτύξει στενή συνεργασία και με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό «European Spas Association» (ESPA), ο οποίος σε αντίθεση με την ΕΗΤΤΑ που έχει ως μέλη δήμους, περιφέρειες και μεγάλες ιστορικές λουτροπόλεις, έχει ως μέλη ιδιωτικές επιχειρήσεις. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πολιτικής του ιαματικού τουρισμού διαδραματίζει η Ευρώπη, η οποία, εντός του πλαισίου αναπτυξιακής και τουριστικής πολιτικής της, επεμβαίνει και καθορίζει τις προδιαγραφές ανάπτυξης.

Επιπρόσθετα, για επιστημονικούς αλλά και διασυνδεδετικούς σκοπούς αναφορικά με τον ιαματικό τουρισμό, έχει συσταθεί η Ελληνική Ακαδημία Ιαματικής Ιατρικής, η οποία έχει αποκλειστικά εκπαιδευτικούς, ερευνητικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Επιδιώκει συνεργασία/σύνδεση με διεθνείς οργανισμούς ή ομοειδείς αλλοδαπές οργανώσεις ή ιδρύματα για προμήθεια ή ανταλλαγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και συμμετοχή σε επιστημονικά συνέδρια (<http://thermalmedicineacademy.gr/>).

### 3.4.9. Τα Γνωστότερα Ιαματικά Λουτρά Στην Ελλάδα

#### Θέρμαι Σύλλα - Αιδηψός

Η Αιδηψός είναι μία από τις πιο φημισμένες λουτροπόλεις της σύγχρονης Ελλάδας. Οι ιαματικές της πηγές αναβλύζουν από βάθη που φτάνουν τα 3.000 μέτρα, σε θερμοκρασία που φτάνει τους 75°-85°C. Η πιο γνωστή από αυτές τις πηγές, οι Θέρμαι Σύλλα, πήρε το όνομά της από τον Ρωμαίο στρατηγό Σύλλα που, σύμφωνα με τον ιστορικό Πλούταρχο, έπασχε από ποδάγρα και κατέφυγε στην Αιδηψό για να ανακουφιστεί. Σήμερα, τα νερά της πηγής διοχετεύονται σε ξενοδοχειακές μονάδες που προσφέρουν λουτροθεραπεία και θαλασσοθεραπεία, ενώ για τις παρεχόμενες θεραπείες χρησιμοποιούν συμπληρωματικά και νερό από τις ιαματικές πηγές του ΕΟΤ, των οποίων η θερμοκρασία φτάνει μέχρι και τους 85°C. Νερό θερμοκρασίας 37°C μπορούν να εκμεταλλευτούν όσοι πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρόνια ρευματική αρθροπάθεια, και γενικά αρθροπάθειες, χολολιθιάσεις, νεφρολιθιάσεις, λοιμώξεις αιμοφόρων οδών, εκζέματα και δερματοπάθειες,

τόσο στους ατομικούς λουτήρες όσο και στη μεγάλη πισίνα και στις άκρες του θερμοποτάμου σε φυσικά ανοίγματα (γούρνες).

### **Καμένα Βούρλα**

Στις αρχές του 20ού αιώνα τα Καμένα Βούρλα στον νομό Φθιώτιδας δεν ήταν τίποτε άλλο παρά ένας βαλτότοπος. Η περιοχή ωστόσο είχε πολλές μεταλλικές πηγές (ορισμένες ραδιενεργές εξαιτίας της παρουσίας ραδονίου), γεγονός που τελικά οδήγησε στην ανάπτυξή της σε λουτρόπολη. Τα ραδιενεργά νερά της περιοχής (που έχουν αξιόλογη και πολύπλευρη επίδραση στον οργανισμό) χρησιμοποιούνται στις πισίνες και στις θεραπείες του spa πεντάστερων ξενοδοχειακών μονάδων. Οι θεραπευτικές ιδιότητες αφορούν κυρίως τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τους ρευματισμούς, τις δερματοπάθειες και τα γυναικολογικά προβλήματα.

### **Λουτράκι Περαχώρας**

Οι Θέρμες, το σημερινό Λουτράκι, θεωρείται η αρχαιότερη ελληνική λουτρόπολη. Σύμφωνα με τον ιστορικό Ξενοφώντα, οι Σπαρτιάτες στρατιώτες χρησιμοποιούσαν τις πηγές της αρχαίας πόλης των Θερμών, που πιστεύεται ότι αντιστοιχεί στο σημερινό Λουτράκι, για ανάπαυση και αναζωογόνηση μετά τη μάχη. Τα πρώτα οργανωμένα λουτρά δημιουργήθηκαν το 1855 και στις αρχές του 20ού αιώνα το Λουτράκι έγινε η πρώτη λουτρόπολη της Ελλάδας. Θεσμός έχει γίνει στο Λουτράκι και το Μεσογειακό Συνέδριο Ιαματικής Ιατρικής.

### **Αγία Παρασκευή – Χαλκιδική**

Η ιαματική πηγή Αγίας Παρασκευής βρίσκεται στον παραθαλάσσιο οικισμό Λουτρά στην Κασσάνδρα Χαλκιδικής στην κορυφή ενός λόφου με θέα το πέλαγος. Λέγεται πως ανακαλύφθηκε μεσοπολεμικά από έναν αγρότη που αναζητούσε θειάφι για να ψεκάσει τα αμπέλια του. Αντ' αυτού βρήκε ζεστό υδροθειούχο νερό. Σήμερα, τα νερά τροφοδοτούν σύγχρονα υδροθεραπευτήρια που διαθέτουν πισίνες (εσωτερική-εξωτερική) με ιαματικό νερό θερμοκρασίας 34°-35°C, καθώς και εξοπλισμό για υδρομασάζ, σάουνα και χαμάμ. Τα Λουτρά λειτουργούν από Απρίλιο έως Ιανουάριο.

### **Κρηνίδες- Καβάλα**

Μετά την ανταλλαγή των πληθυσμών τα βυζαντινά λουτρά που λειτουργούσαν στις Κρηνίδες εγκαταλείφθηκαν και η περιοχή τελικά μετατράπηκε σε λασπότοπο. Οι θεραπευτικές ιδιότητες του πηλού ανακαλύφθηκαν, σύμφωνα με τον θρύλο, όταν κάποιος ιδιοκτήτης άφησε το άρρωστο βουβάλι του στις λάσπες για να το κατασπαράξουν οι λύκοι, αλλά δέκα ημέρες αργότερα το βρήκε απολύτως υγιές να βόσκει σε γειτονικό λιβάδι. Στην περιοχή αυτή λειτουργεί το Πηλοθεραπευτήριο Κρηνίδων από Ιούνιο έως Οκτώβριο.

### **Λουτρά Πόζαρ - Πέλλα**

Τα Λουτρά Λουτρακίου Αριδαίας-Αλμωπίας, σύμφωνα με την επίσημη ονομασία, βρίσκονται στους πρόποδες του όρους Βόρας (Καϊμάκτσαλαν) στον Δήμο Πέλλας και είναι γνωστά από την εποχή του Μεγάλου Αλεξάν-

δρου. Ονομάστηκαν «πόζαρ» (δηλαδή «φωτιά» στα σερβικά) κατά τη διάρκεια των Πρώτων Βαλκανικών Πολέμων (1912-1913), όταν κάποιος Σέρβος αξιωματικός, ενθουσιασμένος που ανακάλυψε ζεστό τρεχούμενο νερό, έχτισε εκεί μία μπανιέρα η οποία λειτουργεί ακόμη. Ο θερμοπόταμος Τόπλιτσα, που δημιουργείται από θερμές πηγές οι οποίες αναβλύζουν σε υψόμετρο 360-390 μ., διασχίζει ένα φαράγγι ιδιαίτερης ομορφιάς. Δίπλα στο ποτάμι έχει δημιουργηθεί ένα σύγχρονο υδροθεραπευτήριο με οκτώ πισίνες των έξι ατόμων, ενώ λειτουργεί ακόμη το παλιό υδροθεραπευτήριο με 48 ατομικούς λουτήρες, δύο εσωτερικές πισίνες και δύο χαμάμ. Οι θεραπευτικές ενδείξεις είναι πολλές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, οι ρευματοπάθειες, οι αρθροπάθειες, οι ισχιαλγίες, οι δερματοπάθειες, τα προβλήματα του πεπτικού και κυκλοφορικού συστήματος κ.ά. Ορισμένοι πίνουν νερό για τις νεφρολιθιάσεις.

### **Λίμνη Βουλιαγμένης**

Τα ιαματικά νερά της λίμνης-κόσμημα στην καρδιά της Αθηναϊκής Ριβιέρας αναβλύζουν από βάθος 50-100 μ. και έχουν σταθερή θερμοκρασία 22°-29°C όλο τον χρόνο, μετατρέποντας τη λίμνη σε ένα μοναδικό spa. Από απόσταση το χρώμα τους μοιάζει μαύρο, λόγω των σκουρόχρωμων φυκιών και της λάσπης που έχει δημιουργηθεί στον πάτο της λίμνης, ενώ η γεύση τους είναι υφάλμυρη, καθώς χύνονται στη θάλασσα. Τα γνωστά ψαράκια Garra Rufa που κατοικούν μόνιμα στη λίμνη αναλαμβάνουν θεραπείες απολέπισης, αφαιρώντας τα νεκρά κύτταρα από την επιδερμίδα.

### **Θέρμα Κόλπου Γέρας - Λέσβος**

Τα λουτρά στον Κόλπο Γέρας, σε μια περιοχή κατάφυτη από ελαιώνες και θέα τη θάλασσα, χτίστηκαν επί τουρκοκρατίας, ενώ, σύμφωνα με την παράδοση, εκεί λούζονταν οι αρχαίες Λέσβιες όταν διοργάνωναν τα καλλιστεία τους. Τα νερά της πηγής ξεκινούν την πορεία τους προς την επιφάνεια από βάθος 2.500 μέτρων σε θερμοκρασία 39,5°C. Χρησιμοποιούνται πλέον από το υδροθεραπευτήριο Therma Spa Lesvos, στο οποίο λειτουργούν όλο τον χρόνο δύο εσωτερικοί ομαδικοί πέτρινοι λουτήρες (ανδρών και γυναικών) συνεχούς και φυσικής ροής, εσωτερικοί ατομικοί λουτήρες, μία εξωτερική ομαδική μεικτή δεξαμενή, υδρομασάζ και εξωτερικό jacuzzi, ενώ παρέχονται και υπηρεσίες μασάζ. Τα λουτρά έχουν θεραπευτικές ιδιότητες (πέρα από τις χαλαρωτικές) για χρόνιους ρευματισμούς, αρθροπάθειες, χρόνιες σπονδυλαρθρίτιδες, οσφυοισχιαλγία, δευτεροπαθείς δερματικές παθήσεις, ουρική αρθρίτιδα, φλεγμονώδεις παθήσεις γυναικολογικής προέλευσης, δυσλειτουργία σαλπίγγων κ.ά.

Η παρουσίαση των παραπάνω ιαματικών λουτρών βασίζεται στο άρθρο της Μαρίας Κωβαίου, που δημοσιεύθηκε στην *Καθημερινή* (Νοέμβριος, 2017).<sup>321</sup> Εκτός των κέντρων αυτών, ακολουθεί στον Πίνακα 19 σύντομη καταγραφή και άλλων κέντρων ιαματικών λουτρών. (Στο Παράρτημα III παρουσιάζονται ενδεικτικά μονάδες που βρίσκονται στα γνωστότερα Ιαματικά Λουτρά στην Ελλάδα).

## Γνωστά ιαματικά λουτρά στην Ελλάδα.

**Απωλοακαρνανία – Τρύφοι:** Το υδροθεραπευτήριο του Τρύφου προσφέρει ποσιθεραπεία, μαζί με τις κλασικές μεθόδους υδροθεραπείας, κυρίως για την εξάλειψη των πεπτικών και εντερικών διαταραχών.

**Απολλωνία:** Στις όχθες της Βόλβης (απόσταση 55 χλμ. από τη Θεσσαλονίκη), βρίσκεται υδροθεραπευτήριο με σύγχρονες εγκαταστάσεις. Τα λουτρά Απολλωνίας είναι κατάλληλα για αρθριτικά και δερματικά νοσήματα, καθώς και για παθήσεις των περιφερειακών νεύρων.

**Ψωρονέρια:** Περιοχή της Άμφισσας στην πηγή Καλλιδρόμου ή Ψωρονέρια. Με θεραπευτικές ιδιότητες για δερματοπάθειες, ψωριάσεις και αρθριτικά.

**Έβρος – Τραινούπολη:** Οι ενδείξεις επιλογής για την πηγή της Τραινούπολης είναι: ρευματισμοί, νευρίτιδες και νευραλγίες, δερματοπάθειες και γυναικολογικά προβλήματα, παθήσεις των νεφρών, του ήπατος και της χολής, αναπνευστικές δυσλειτουργίες,

**Ζάκυνθος:** Στην περιοχή Καρώνης, στο δημοτικό διαμέρισμα των Ορθονίων, βρίσκεται μία πανέμορφη μικρή παραλία με βότσαλο, τα Ξύγγια, 20 χλμ. βόρεια της πόλης της Ζακύνθου. Η θάλασσα γύρω από τη θειούχα πηγή έχει χρώμα λευκό, το οποίο οφείλεται στις κροκίδες κολλοειδούς θείου που προέρχονται από την αναγωγή θειικών και θειούχων ενώσεων. Θεωρείται θεραπευτική για δερματικές παθήσεις.

**Θέρμη:** Λίγα χιλιόμετρα έξω από τη Θεσσαλονίκη, υπάρχουν τα ομώνυμα λουτρά με θειούχες ιαματικές πηγές και εγκαταστάσεις διαμονής και λουτροθεραπείας, ανοιχτές από τον Ιούλιο έως τον Οκτώβριο.

**Θερμοπύλες:** Έχει προβληθεί ως θεραπευτική πηγή επιλογής για γυναικολογικά προβλήματα- σαλπινγίτιδες, περιπτώσεις στενώσεων ή υπερτροφικών ωοθηκών, κ.λπ..

**Ικαρία:** Γνωστή περισσότερο για τις θεραπευτικές ιδιότητες των ιαματικών λουτρών και λιγότερο για την άγρια φυσική της ομορφιά, η Ικαρία τα τελευταία χρόνια αναδεικνύεται ως ένας ανερχόμενος τουριστικός προορισμός. Οι πηγές στην Ικαρία, θεωρούνται μεταξύ των πλέον ραδιενεργών πηγών της υδρογείου. Το ραδόνιο, εισπνεόμενο ή προσροφόμενο από το δέρμα, φθάνει λόγω της διαλυτότητας του στα λιποειδή των νεύρων επιδρώντας ευεργετικά στις οδυνηρές νευρίτιδες και νευραλγίες. Συντελεί στην αποβολή του ουρικού οξέως στην ουρική αρθρίτιδα.

**Ιωάννινα – Καβάσιλα:** Το ιαματικό «θερμομεταλλικό» νερό θεωρείται πως θεραπεύει τους ρευματισμούς, αρθροπάθειες και δερματοπάθειες.

**Καβάλα – Ελευθερές:** Οι πηγές Ελευθερών Καβάλας βρίσκονται 42 χλμ. από την Καβάλα, στην εθνική οδό προς Θεσσαλονίκη, μέσα σε μια κατάφυτη κοιλάδα που διασχίζεται από τον ποταμό Μαρμαρά. Απέχουν 1,5 χλμ από τη θάλασσα. Οι τέσσερις θερμές πηγές θεωρείται πως θεραπεύουν τους ρευματισμούς, τις αρθρίτιδες, γυναικολογικά προβλήματα, ενώ παράλληλα χαλαρώνουν το μυϊκό και νευρικό σύστημα.

**Καρδίτσα – Σμόκοβο:** Η πιο θερμή πηγή ανέρχεται στους 41,6 °C., ενώ η μέση θερμοκρασία του νερού από το 1662 είναι 40,2 βαθμοί. Τα ευεργετικά συστατικά του νερού τους θεραπεύουν μια μεγάλη γκάμα παθήσεων, με πρώτες τις ρευματοπάθειες και τις παθήσεις των αναπνευστικών οδών.

**Καιιάφας:** Τα λουτρά του Καιιάφα απέχουν 26 χιλιόμετρα από τον Πύργο και 5 χιλιόμετρα από τη Ζαχάρω. Έχουν ευεργετική επίδραση στις αρθριτικές, δερματικές και γυναικολογικές παθήσεις, στις χολολιθιάσεις και ηπατίτιδες, στις παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος, στις υποτονικές δυσπεψίες και στις ατονικές δυσκοιλιότητες από χολική ανεπάρκεια.

**Κυλλήνη:** Οι ιαματικές πηγές των Λουτρών Κυλλήνης είναι μέσα στην αγροτική περιοχή του Δ.Δ. Κάστρου, βρίσκονται νοτιοδυτικά του χωριού καθώς και του φρουρίου Χλεμούτσι, και απέχουν 6 χιλιόμετρα από την Κυλλήνη και 85 χιλιόμετρα από την Πάτρα. Παλιά αρχιτεκτονική οικημάτων, ερειπωμένη μέσα σε δάσος ευκαλύπτων, από τα αρχαία χρόνια λέγεται ότι ασθενείς έσπευδαν να θεραπεύσουν το βρογχικό άσθμα, το εμφύσημα, τις χρόνιες βρογχίτιδες, την αναπνευστική ανεπάρκεια.

**Κιλκίς – Πικρολίμνη:** Η Πικρολίμνη βρίσκεται στην Ξυλοκερατιά του Κιλκίς, 23 χλμ. από τη Θεσσαλονίκη. Στη λίμνη έκτασης 4.500 στρεμμάτων, οι θειούχες λάσπες περιέχουν σημαντική ποσότητα θειούχων ενώσεων και νιτρικών αλάτων, που όταν θερμαίνονται διέρχονται στον οργανισμό μέσω του δέρματος επιδρώντας στις απολήξεις των νεύρων. Στις όχθες της εδρεύει το πρώτο σύγχρονο κέντρο πληροθεραπείας στα Βαλκάνια, που επιδρά καταπραϋντικά σε μυοσκελετικά προβλήματα, ρευματισμούς, αρθριτικά, οσφυαλγία, ισχιαλγία, δισκοκλίη, δερματοπάθειες (ακμή κλπ.), σαλπινγίτιδες.

**Καστοριά – Αμμουδάρα:** Η υδροθεραπευτική μονάδα βρίσκεται μόλις 4 χιλιόμετρα από την πόλη του Άργους Ορεστικού. Το κέντρο θεραπείας ενδείκνυται για τις παθήσεις των άκρων και για τις ρευματοπάθειες.

**Κως:** Λίγο μετά το Ψαλίδι βρίσκονται τα Θερμά. Τα καυτά νερά καταλήγουν στη θάλασσα και έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε θειάφι. Για τον λόγο αυτό κρίνονται θεραπευτικά για αρθρίτιδες, δερματοπάθειες, εφιδρωματικές καταστάσεις, κυκλοφορικές διαταραχές, νευρώσεις, παραλύσεις, ρευματισμούς.

**Λαγκαδάς:** 18 χλμ. από τη Θεσσαλονίκη, τα λουτρά του Λαγκαδά είναι κατάλληλα για αρθριτικά και ρευματικά νοσήματα, καθώς και παθήσεις των περιφερικών νεύρων.

**Λήμνος – Μύρινα:** Στην Πλάκα προς την παραλία του Αγίου Χαραλάμπους βρίσκονται τα ιαματικά λασπόλουτρα, όπου γίνεται πηλοθεραπεία σε υπαίθριες εγκαταστάσεις. Θεραπεύουν την ουρική αρθρίτιδα, τις λοιμώξεις των ουροφόρων οδών και τις παθήσεις των νεφρών.

**Λουτρά Ηραίας:** Οι ιαματικές πηγές των λουτρών Ηραίας βρίσκονται στην Αρκαδία, στην δυτική Γορτυνία, στην περιοχή της Ηραίας. Η πρόσβαση στο χωριό γίνεται από τη Δημητσάνα και από την Ηλεία από τον οδικό άξονα Πύργου-Τρίπολης μέσω της γέφυρας του Λάδωνα στη θέση Χαρατζινού. Στο κέντρο του χωριού λειτουργεί σύγχρονο υδροθεραπευτήριο με αυτεπιστασία του Δήμου, από τις 15 Ιουνίου έως και τις 15 Οκτωβρίου. Το υδροθεραπευτήριο διαθέτει είκοσι (20) υπερπολυτελείς καμπίνες με αντίστοιχες μπανιέρες, από τις οποίες οι τρεις είναι για υδρομασάζ. Τα θειούχα και σιδηρούχα νερά των πηγών είναι τα πλέον ενδεδειγμένα ιατρικά, με αποδεδειγμένες θεραπευτικές ιδιότητες για αρθρίτιδες, αυχενικό σύνδρομο, γυναικολογικά, κυκλοφορικό και νευρικό σύστημα, οστεοπόρωση, ρευματισμούς και για τη θεραπεία ήπατος και χολής.

**Μέθανα:** Η χερσόνησος των Μεθάνων βρίσκεται στο βορειοανατολικό τμήμα της Πελοποννήσου. Οι ιαματικές πηγές τους, βάση της σύστασης του νερού, μπορούν να ενταχθούν σε τρεις κατηγορίες: θειούχες αλιπηγές, κλωρονατριούχες και οξυπηγές. Οι θειούχες αλιπηγές βρίσκονται στην περιοχή των Αγίων Αναργύρων (34-36°C), οι κλωριονατριούχες στην περιοχή του Αγίου Νικολάου (39-42°C), και οι οξυπηγές βρίσκονται στο βορειοανατολικό άκρο της Λουτρόπολης στη θέση «Στρατηγός», κάτω από την Ακρόπολη των Αρχαίων Μεθάνων στη θέση Παλαιοκάστρου, καθώς και στην Κ. Μούσκα δίπλα στις θειούχες και κλωρονατριούχες πηγές. Οι Ιαματικές πηγές των Μεθάνων είναι αποτέλεσμα της ηφαιστειακής δράσης. Έχουν ευεργετικές θεραπευτικές ιδιότητες για πολλές παθήσεις όπως αρθροπάθεια, δισκοπάθεια, σπονδυλοαρθρίτιδα, ρευματοπάθεια, κατάγματα, γυναικολογικές παθήσεις, στειρότητα, νευρώσεις, κοπώσεις, παθήσεις αναπνευστικού συστήματος, χρόνιες βρογχίτιδες, δερματικά νοσήματα κλπ.

**Μήλος:** Τα ιαματικά λουτρά του νησιού ήταν γνωστά από την αρχαιότητα. Σήμερα λίγες πηγές χρησιμοποιούνται και αυτές είναι ελάχιστα αξιοποιημένες. Οι πιο σημαντικές από αυτές είναι οι παρακάτω: Λουτρά του Λάκκου, Λουτρά του Μακρινού, η Πικροπηγή ή Τσιλλονέρι, τα Λουτρά του Προβατά. Ενδείκνυνται στις ρευματοειδείς αρθρίτιδες, στις παθήσεις των περιφερειακών νεύρων, στις γυναικολογικές παθήσεις και στις δερματικές. Όλες αυτές οι πηγές θεωρούνται κατάλληλες για ρευματοειδείς αρθρίτιδες, παθήσεις των περιφερειακών νεύρων, γυναικολογικές, δερματικές και άλλες.

**Νέα Απολλωνία:** Τα Λουτρά Βόλβης ή Λουτρά Νέας Απολλωνίας είναι οικισμός του δήμου Βόλβης στη Μακεδονία. Τα Λουτρά βρίσκονται 50 χιλιόμετρα ανατολικά της Θεσσαλονίκης. Εκτός από τα άνω και κάτω άκρα,

το ιαματικό νερό της λουτρόπολης θεραπεύει γυναικολογικά προβλήματα, ανακουφίζει από τους ρευματισμούς και τις παθήσεις των νεύρων.

**Ξάνθη – Γεννησέα:** Η Γενισέα είναι κωμόπολη του Νομού Ξάνθης της Θράκης. Η ιαματική πηγή της Γεννησέας βρίσκεται στο 18ο χιλιόμετρο της οδού Ξάνθης – Κομοτηνής και ενδείκνυται ιδιαίτερα για τις παθήσεις του δέρματος, του νευρικού συστήματος και για την ίαση ρευματοπαθειών.

**Νίσυρος:** Τα λουτρά στο νησί λειτουργούν από το 1870 και πηγαίνουν άνθρωποι που πάσχουν από διάφορες παθήσεις, όπως ρευματισμούς, αρθρίτιδες, αυχενικά, κατάγματα κ.ά. Η θερμοκρασία του νερού φθάνει τους 50 βαθμούς Κελσίου,

**Πλατύστομο:** Τα λουτρά Πλατυστόμου βρίσκονται σε απόσταση 35 χλμ. από τη Λαμία και 5χλμ. από την κωμόπολη της Μακρακώμης, στις ρίζες του βουνού Όθρυς σε υψόμετρο 420μ. Νερό της αλκαλικής θειοπηγής (32,1 °C), ποσιθεραπεία με θειούχο νερό της ψυχρής πηγής (25 °C), - 0,14 mache ραδιενέργειας. Θεραπεύουν παχυσαρκία, αρθριτικά, χολιθίαση, μικρή ανεπάρκεια ύπατος, νεφρολιθίαση, κυστίτιδα, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα.

**Πρέβεζα:** Εκτός των κλασικών θεραπειών τα λουτρά προσφέρουν ανάμνηση από τις ραχίτιδες.

**Ροδόπη:** Η πηγή βρίσκεται έξω από το παρθένο δάσος Φρακτού στην οροσειρά της Δυτικής Ροδόπης, πίσω από μια βουνοπλαγιά και 10 χλμ. από το Παρανέστι Δράμας. Η προσέλευση πολλών επισκεπτών τα καλοκαίρια στα λουτρά δημιούργησε τον οικισμό Θέρμια στα Πομακοχώρια. Η θερμοκρασία του είναι 47°C και θεραπεύει κυρίως τις δερματοπάθειες. Σέρρες – Σιδηρόκαστρο: Πολλοί νέοι, αθλητικοί σύλλογοι και επαγγελματίες χορευτές παραθερίζουν χειμώνα και καλοκαίρι στα ιαματικά υδρόλουτρα Σιδηροκάστρου όπου η πληρότητα ανέρχεται στο 90% κατά τη λουτρική περίοδο. Στο σύγχρονο υδροθεραπευτήριο Σιδηροκάστρου, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες υπάρχουν ανυψωτικά μηχανήματα και τραχήλατα προκειμένου να οδηγούνται στο κρεβάτι, στον λουτήρα, στο ντους, καθώς και ειδικές ράμπες για τους τετραπληγικούς. Το κέντρο διαθέτει όργανα διαθερμίας, υπερήχων, μηχανήματα έλξης, παραφινοθεραπείας, λουτρά πεταλούδας με υδρομασάζ, σάουνα, πισίνα ανοιχτή και κλειστή. Οι ιδιότητες του νερού είναι τέτοιες που μπορούν να θεραπεύουν τις παθήσεις και τα προβλήματα των άκρων, χρόνια ή μη, καθώς και κάποια γυναικολογικά προβλήματα.

**Σουρωτή:** Κοντά στη Θεσσαλονίκη, υπάρχει πηγή με πόσιμο θεραπευτικό νερό που διευκολύνει την πέψη και έχει διουρητική δράση.

**Φθιώτιδα – Υπάτη:** Σε απόσταση 18χλμ. από τη Λαμία βρίσκονται τα Λουτρά της Υπάτης, κοντά στην ομώνυμη κωμόπολη στους πρόποδες της

Οίτης. Το νερό της θεραπεύει το πρόβλημα των ημικρανιών. Επίσης, ενδείκνυται για καρδιοαγγειακές παθήσεις, μυϊκά προβλήματα και παθήσεις του νευρικού συστήματος.



## 3.5. Ο Τουρισμός Ευεξίας

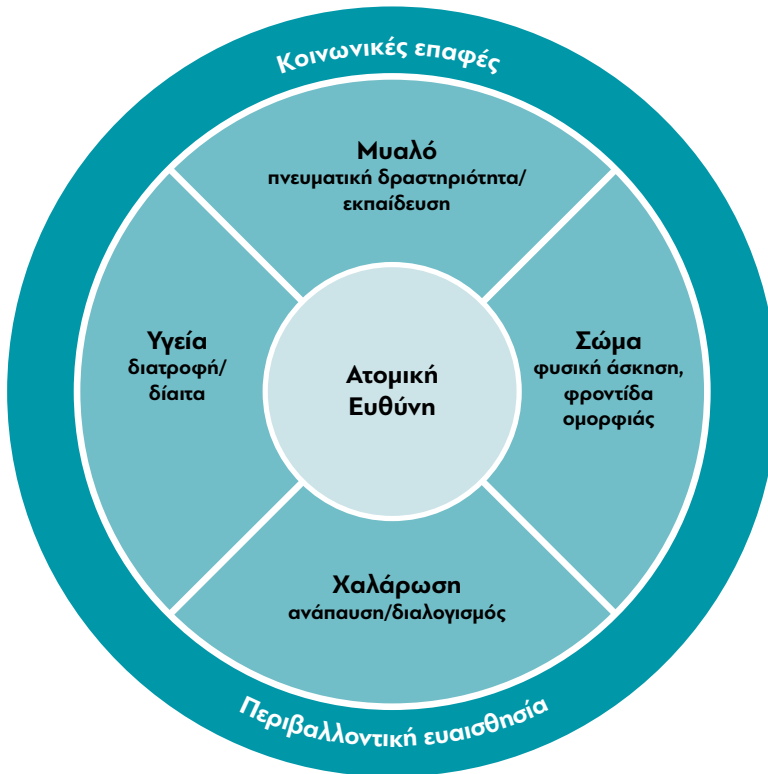
### 3.5.1. Τι Είναι Ευεξία

Η «ευεξία» (wellbeing) είναι ένας όρος που πρωτοεμφανίστηκε με τη Διακήρυξη του 1948 του ΠΟΥ, σύμφωνα με τον οποίο ως «υγεία» ορίζεται «η κατάσταση του ατόμου κατά την οποία υπάρχει πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλώς απουσία νόσου ή αναπηρίας».<sup>322</sup> Ο ορισμός αυτός της υγείας, εκτός από την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου, δίνει έμφαση στην έννοια της ευεξίας, καθώς και στην προσπάθεια για την ολιστική ανάδειξη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της υγείας.

Ο όρος όμως της ευεξίας έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής μετά το 1986 με τη θεσμοθέτηση από τον ΠΟΥ της ολοκληρωμένης πολιτικής της προαγωγής υγείας (health promotion) στη Διακήρυξη της Οτάβας. Η πολιτική της Προαγωγής Υγείας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας και στη σημασία του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, ως παράγοντες που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία.<sup>323</sup>

Ανάλογες προσεγγίσεις καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Στον ορισμό του Ardell<sup>324</sup> η ευεξία ορίζεται παρομοίως ως η κατάσταση υγείας που το σώμα, ο νους και η ψυχή είναι σε αρμονία. Σύμφωνα με το διευρυμένο μοντέλο της ευεξίας των Mueller και Kaufmann,<sup>4</sup> όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 4, το οποίο ουσιαστικά επεκτείνει τον ορισμό της ευεξίας του Ardell, η ευεξία είναι πολυδιάστατη έννοια που προσδιορίζεται από πλήθος χαρακτηριστικών, όπως σωματικά, πνευματικά, ψυχικά, εκπαιδευτικά, εργασιακά, οικονομικά, σεξουαλικά, κοινωνικά, ηθικά και περιβαλλοντολογικά. Στο κέντρο της έχει το αίσθημα υπευθυνότητας του ατόμου να διατηρήσει την υγεία του. Κατά συνέπεια, η ευεξία χαρακτηρίζεται από την αρμονία ανάμεσα στο σώμα (φυσική δραστηριότητα, αισθητική φροντίδα, διατροφή και ισορροπημένο διαιτολόγιο), στο νου (πνευματική δραστηριότητα, εκμάθηση και απόκτηση νοητικών δεξιοτήτων), στη χαλάρωση του οργανισμού και του μυαλού και της επαφής του ατόμου με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

**Σχήμα 4: Διευρυμένο Μοντέλο Ευεξίας (2000)**



Πηγή: Mueller and Lanz Kaufmann, 2001  
Διαθέσιμο στο: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/135676670100700101>

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η γενικότητα της έννοιας της ευεξίας συγκεκριμενοποιείται από περιοχή σε περιοχή ανάλογα με τις πολιτιστικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες. Στη νότια Ευρώπη σχετίζεται περισσότερο με τις παραλίες, τον ήλιο, το άφθονο φαΐ και τους χαλαρούς ρυθμούς ζωής, ενώ στις Σκανδιναβικές χώρες με το περπάτημα, το κολύμπι και άλλες αθλητικές δραστηριότητες.<sup>277</sup>

### 3.5.2. Τι Είναι Ο Τουρισμός Ευεξίας (Wellness Tourism)

Πώς συνδέεται όμως ο όρος Wellbeing στον ορισμό του ΠΟΥ με τον όρο του Wellness, όπως αναφέρεται από το Wellness Tourism, δεδομένου ότι αμφότεροι όροι μεταφράζονται στα ελληνικά ως ευεξία; Ο όρος wellness αναφέρεται σε οτιδήποτε κάνει το άτομο να νιώθει καλά και να νιώθει υγιής. Επομένως, ο όρος «wellness» αποτελεί ένα σύμπλοκο φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και ενσωματώνει πεποιθήσεις (attitudes), στάσεις ζωής και επιδιώξεις που προάγουν την υγεία του, προλαμβάνουν την εκδήλωση νόσου και προάγουν την ποιότητα ζωής.<sup>191</sup>

Σύμφωνα με την Ellis<sup>326</sup> του Global Wellness Institute (GWI - μη κερδοσκοπικό ινστιτούτο το οποίο θεωρείται παγκοσμίως ως ο πιο έγκριτος οργανισμός που προάγει την έρευνα γύρω από τον τουρισμό ευεξίας), ο όρος wellness

εμφανίσθηκε στην Αμερική τη δεκαετία του '60 και χρησιμοποιήθηκε παγκοσμίως όταν το γερμανικό ξενοδοχείο Brenners Park Hotel πρόσθεσε στον τίτλο του τον χαρακτηρισμό «and Spa» και απαγόρευσε τη χρήση του από οποιαδήποτε άλλο πάροχο εμπορικής δραστηριότητας. Έτσι ο όρος wellness επιλέχθηκε ως ο πλησιέστερα σχετικός για να αντικαταστήσει τον όρο spa. Ο όρος wellness είχε το πλεονέκτημα να μην παραπέμπει μόνο στην περιποίηση και τη φροντίδα, αλλά σε ευρύτερες υπηρεσίες ευεξίας και έτσι έγινε ευρέως αποδεκτός. Ο όρος wellness άρχισε να υιοθετείται από κυβερνήσεις και εταιρείες ακόμα και από τον ιατρικό κόσμο, γιατί οι αποδέκτες παροχών υγείας ήταν όλο και πιο πρόθυμοι να κάνουν ιδιωτικές δαπάνες για παροχές wellness.<sup>326</sup>

Ο όρος του wellbeing έρχεται ξανά στο προσκήνιο τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με την Ellis,<sup>7</sup> αυτό οφείλεται στην παγκόσμια τάση να μετρηθεί η ευημερία και η ευτυχία. Δύο από τους πιο ευρέως σχετικούς χρησιμοποιούμενους δείκτες είναι ο Gallup Healthways Well-being και το United Nations World Happiness Index. Σύμφωνα με τους δείκτες αυτούς, ενώ στην κατάταξη ευημερίας κάποιες χώρες βρίσκονται ψηλά, την ίδια στιγμή σκοράρουν χαμηλά σε δείκτες που σχετίζονται με την υγεία, όπως για παράδειγμα στην παχυσαρκία ή στα ποσοστά σακχαρώδη διαβήτη. Είναι φανερό πως οι δείκτες υγείας-ευεξίας δεν σχετίζονται απόλυτα με την ευημερία και ευτυχία. Ως εκ τούτου, το wellness είναι περισσότερο συναφές με τη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου, ενώ το wellbeing περιλαμβάνει και την κοινωνική ευεξία σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ. Η δε ευημερία, είναι γενικότερη έννοια που αφορά πρωτίστως την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και σχετίζεται με την ευτυχία στον βαθμό που αυτή επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.<sup>11</sup>

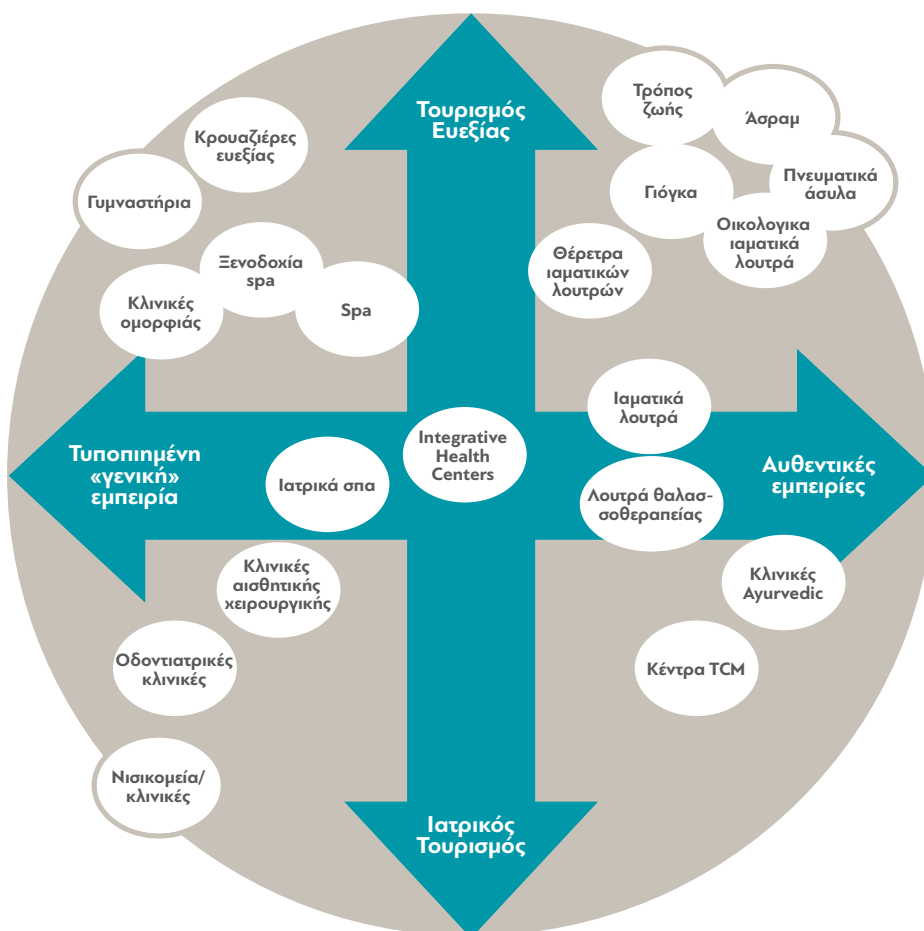
Η μέτρηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας πραγματοποιείται με διεθνώς καταξιωμένα ερωτηματολόγια, εκ των οποίων άλλα απευθύνονται στον υγιή πληθυσμό, όπως το WHOQOL, το EUROQOL, το SF-32 κ.ά., ενώ υπάρχουν και ειδικά ερωτηματολόγια για επιμέρους ομάδες ασθενών. Οι μετρήσεις αυτές υπάγονται στον τομέα της Ποιότητας Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία(ΠΖΣΥ) και που αποτελεί πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της αξιολόγησης της υγείας.<sup>323</sup>

Το διεθνές ενδιαφέρον για την προαγωγή της υγείας και την ευεξία έχει οδηγήσει στην αύξηση του τουρισμού ευεξίας, που αποτελεί πλέον παγκοσμίως παγιωμένη τάση με σαφή χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με το GWI,<sup>11</sup> ο τουρισμός ευεξίας είναι ο τουρισμός κατά τον οποίο το άτομο ταξιδεύει με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της προσωπικής του υγείας και ευεξίας.

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, ο τουρισμός ευεξίας μαζί με τον ιαματικό τουρισμό και τον ιατρικό τουρισμό, αποτελούν τις τρεις υποκατηγορίες του τουρισμού υγείας. Η διαφοροποίηση ανάμεσα στον ιατρικό τουρισμό και τον

τουρισμό ευεξίας έγκειται στο ότι ο ιατρικός τουρισμός περιλαμβάνει τους τουρίστες που ταξιδεύουν για να λάβουν θεραπεία για προβλήματα υγείας ή για αισθητικές ιατρικές παρεμβάσεις, με κριτήρια κυρίως την αναζήτηση καλύτερης ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας ή χαμηλότερου κόστους από αυτήν που υπάρχει στην πατρίδα τους. Σε αντίθεση, ο τουρισμός ευεξίας περιλαμβάνει τους τουρίστες που ταξιδεύουν για να αναζητήσουν δραστηριότητες που θα προωθήσουν ή θα διατηρήσουν την υγεία και προσωπική τους ευεξία και οι οποίοι αναζητούν αυθεντικές εμπειρίες σε συγκεκριμένες τοποθεσίες που δεν υπάρχουν στην πατρίδα τους. Αυτή η σαφής διαφοροποίηση, καθώς και το εύρος της αγοράς του τουρισμού υγείας και του τουρισμού ευεξίας, φαίνεται στο Σχήμα 5, όπως επίσης και η μετακίνηση των παροχών/υπηρεσιών, από τον πόλο των γενικευμένων/συμβατικών ιατρικών υπηρεσιών προς τον πόλο των αυθεντικών, 'location-specific' υπηρεσιών/εμπειριών.

**Σχήμα 5: Το Εύρος Της Αγοράς Του Τουρισμού Υγείας Και Του Τουρισμού Ευεξίας (2013)**



Πηγή: The Global Wellness Tourism Economy, 2013

Διαθέσιμο στο: [http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf)

Πιο ειδικά, ο τουρισμός ευεξίας είναι το σύνολο των σχέσεων και φαινομένων εκείνων που προκύπτουν από ένα ταξίδι και μια τουριστική διαμονή από ανθρώπους που έχουν ως μοναδικό κίνητρο τη διατήρηση και την προώθηση της υγείας τους. Συνεπώς διαμένουν σε εξειδικευμένα ξενοδοχεία, τα οποία διαθέτουν την κατάλληλη επαγγελματική γνώση και εξατομικευμένη φροντίδα και τους παρέχεται ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει φυσικές δραστηριότητες, περιποίηση ομορφιάς, υγιεινή διατροφή και διαιτολόγιο, χαλάρωση, διαλογισμό, πνευματικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες.<sup>10</sup> Παρόλο που ο τουρισμός ευεξίας μπορεί να γίνει ακόμα και σε ένα κέντρο θεραπείας, υφίσταται διαχωρισμός ανάμεσα στη θεραπεία και την ευεξία. Επομένως, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο τουρισμός ευεξίας έχει βασικό στόχο την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας και όχι τη θεραπεία.<sup>12</sup>

#### Σχήμα 6: Το Ιατρικό Πρότυπο Και Το Πρότυπο Της Ευεξίας (2013)



Πηγή: The Global Wellness Tourism Economy, 2013

Διαθέσιμο στο: [http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf)

Στο Σχήμα 6 αποτυπώνονται οι διαφορές μεταξύ του ιατρικού προτύπου που αποσκοπεί στη θεραπεία της νόσου, ενώ το πρότυπο της ευεξίας προάγει και προωθεί την υγεία. Το ιατρικό πρότυπο επικεντρώνεται στο ιατρικό επεισόδιο, στο πλαίσιο δραστηριότητας και ευθύνης των επιμέρους ιατρικών δομών, στο δε μοντέλο της ευεξίας υπάρχει έμφαση στην πρόληψη και στην ολιστική αντίληψη της υγείας που με ευθύνη του ατόμου θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής.<sup>13</sup>

Ο τουρισμός ευεξίας χωρίζεται στον πρωτογενή τουρισμό ευεξίας και στον δευτερογενή τουρισμό ευεξίας. Στον πρωτογενή τουρισμό ευεξίας, ο τουρίστας (primary purpose wellness traveler) κάνει τουρισμό με μοναδικό

και αποκλειστικό λόγο την ενίσχυση της ευεξίας του, η οποία αποτελεί τον παράγοντα επιλογής του προορισμού. Στον δευτερογενή τουρισμό ευεξίας, ο τουρίστας (secondary purpose wellness traveler) πραγματοποιεί δραστηριότητες ενισχυτικές της ευεξίας του, ενώ βρίσκεται σε ταξίδι οποιασδήποτε άλλης αιτιολογίας.<sup>11</sup>

### 3.5.3. Παγκόσμια Μεγέθη Τουρισμού Ευεξίας

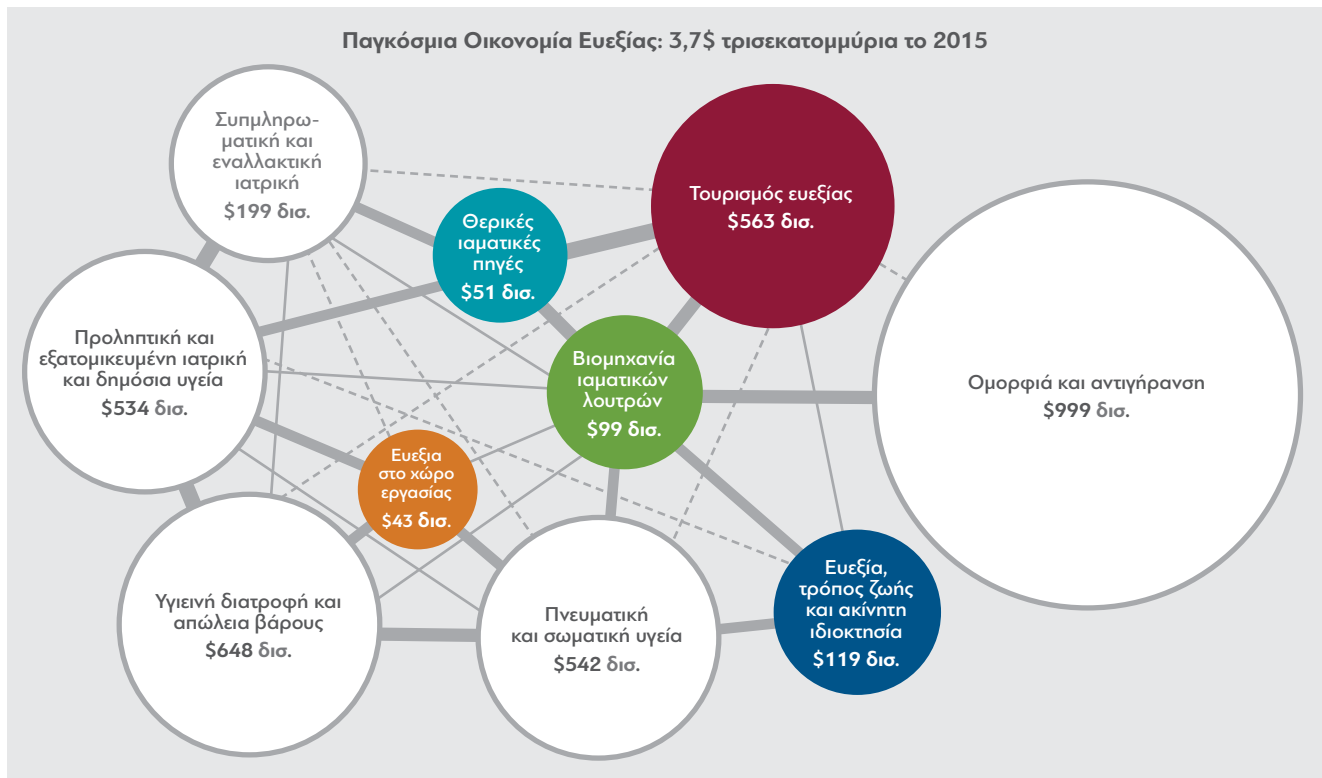
Σύμφωνα με το World Travel Monitor,<sup>327</sup> που διεξήχθη από την IPK International για λογαριασμό της ITB Berlin, το 2016 πραγματοποιήθηκαν 11,4 εκατ. διεθνή ταξίδια για λόγους υγείας-ευεξίας. Η Ευρώπη είναι ο κορυφαίος προορισμός στον κόσμο για τον τουρισμό αυτό, και αντιπροσωπεύει περίπου το 37% της εν λόγω αγοράς. Τα έσοδα από τον τουρισμό ευεξίας, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία από το GWI,<sup>11</sup> ανήλθαν το 2015 στα 494,1-563,2 δισ. \$. Ο τουρισμός ευεξίας αποτελεί παγκοσμίως το 15,6% της τουριστικής αγοράς, δηλαδή ένα στα έξι δολάρια των εσόδων της συνολικής βιομηχανίας τουρισμού. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγαλύτερη κατά 61% δαπάνη ανά διεθνές ταξίδι του τουρίστα ευεξίας σε σχέση με τον μέσο διεθνή τουρίστα (\$1,613/ταξίδι), καθώς και στην κατά 164% υψηλότερη δαπάνη του εγχωρίου τουρίστα ευεξίας (\$654/ταξίδι) σε σχέση με τον μέσο εγχώριο τουρίστα. Ο παγκόσμιος τουρισμός ευεξίας δημιουργεί παγκοσμίως 17,9 εκατ. θέσεις εργασίας.

Η παγκόσμια τάση στον τουρισμό ευεξίας είναι εμφανώς ανοδική παρά το δυσμενές οικονομικό κλίμα των τελευταίων ετών. Αυτό οφείλεται, σύμφωνα με αναλύσεις του GWI,<sup>327</sup> στις εξής παγκόσμιες τάσεις: μια παγκοσμίως αναδυόμενη μεσαία τάξη, έναν πληθυσμό που ραγδαίως γηράσκει, τις χρόνιες ασθένειες οι οποίες αποτελούν τον κορυφαίο λόγο νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, και οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς από την θεραπευτική ιατρική, καθώς και την ανάδυση ενός παγκόσμιου πληθυσμιακού τύπου με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα, ο οποίος αναζητά εμπειρίες με αυθεντικότητα και εσωτερικό νόημα. Όσον αφορά την τρίτη ηλικία, πλήθος μελετών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο παράγοντας της προαγωγής υγείας είναι καταλύτης για την πραγματοποίηση τουρισμού ευεξίας από τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.<sup>329,330,331</sup>

Παγκοσμίως, η βιομηχανία της ευεξίας ανέρχεται στα 3,72 τρισ. \$. Το μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς κατέχει ο τομέας της ομορφιάς-αντιγήρανσης (998 δισ. \$) και ακολουθούν οι τομείς της υγιεινής διατροφής-απώλειας βάρους (648 δισ. \$), άσκησης και νους/σώμα (542 δισ.\$) και ακολουθεί ο τουρισμός ευεξίας (536 δισ. \$) (Σχήμα 7). Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο 10th Annual Global Wellness Summit τον Οκτώβριο του 2016,<sup>327</sup> η αγορά ευεξίας σημείωσε αύξηση της τάξεως του 10,6% τη διετία 2013-2015. Οι πέντε αγορές της βιομηχανίας της ευεξίας που σημείωσαν τη μεγαλύτερη άνοδο είναι: 1) προληπτική/εξατομικευμένη ιατρική και δημόσια υγεία (23,5%), 2) άσκηση και νους/σώμα (21,4%), 3) ευεξία

και επενδύσεις ακίνητης περιουσίας (18,6%), 4) τουρισμός ευεξίας (14%), 5) υγιεινή διατροφή και απώλεια βάρους (12,8%).

### Σχήμα 7: Οικονομικά Μεγέθη Των Πέντε Αγορών Της Παγκόσμιας Βιομηχανίας Της Ευεξίας (2015)



Πηγή: Global Wellness Institute

Διαθέσιμο στο: [http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf)

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ερευνητές του Global Wellness Institute,<sup>11</sup> υπάρχει μια μετάβαση παγκοσμίως στον τρόπο που οι πελάτες καταναλώνουν τις υπηρεσίες ευεξίας. Η ευεξία, ενώ ξεκίνησε σαν μια μικρή πολυτέλεια στις ζωές των ανθρώπων, εισχωρεί σε ολοένα και περισσότερες διαστάσεις της καθημερινής ζωής, από τον τρόπο που οι άνθρωποι δουλεύουν μέχρι τον τρόπο ή και τον λόγο που ταξιδεύουν. Πολλοί άνθρωποι ξοδεύουν ένα σημαντικό κομμάτι του εισοδήματός τους στην προαγωγή της υγείας τους και κάνουν επιλογές που συνάδουν με ένα υγιεινό μοντέλο και τρόπο ζωής. Η ευεξία θα συνεχίζει να καταλαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό στις παγκόσμιες βιομηχανίες, όπως της διατροφής, του τουρισμού, της αγοράς κατοικίας.

Επιπλέον, παρατηρείται ένα αυξανόμενο αίτημα φορέων εργαζομένων για παροχή υπηρεσιών ευεξίας. Σύμφωνα με το GWI οι εργοδότες ξοδεύουν όλο και περισσότερα για την ευεξία των εργαζομένων προκειμένου να μειώσουν τα κόστη περίθαλψης, να ενισχύσουν το ηθικό και τις προσλήψεις, να αυξήσουν την παραγωγικότητα και να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους.<sup>48</sup>

Για όλους αυτούς τους λόγους, ο τουρισμός ευεξίας έχει τη δυνατότητα να γίνει ένας από τους πιο γρήγορα αναπτυσσόμενους τομείς στη βιομηχανία της ευεξίας<sup>333,334,335</sup> εξαιτίας και γενικότερων μέγα-τάσεων, όπως η προώθηση της ατομικότητας, οι αλλαγές στους ρόλους των φύλων, η τάση για αναζήτηση πνευματικών και αυθεντικών εμπειριών, η εγκαθίδρυση της ανάγκης για ένα πιο υγιεινό μοντέλο ζωής.<sup>335,336</sup> Αυτές οι τάσεις έχουν δημιουργήσει το υπόβαθρο για μια ευρεία παλέτα υπηρεσιών και προϊόντων ευεξίας στο πλαίσιο του τουρισμού, καθώς και την αντίστοιχη αγορά για αυτές.

Θα πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι η ανάπτυξη μιας περιοχής ως προορισμό τουρισμού ευεξίας απαιτεί συνεργασίες και συνέργειες των διαφόρων εμπλεκόμενων εταίρων και θεσμικές ρυθμίσεις που συνήθως δεν υφίστανται, θέτοντας σε κίνδυνο τις μεγάλες αναπτυξιακές προοπτικές του κλάδου.<sup>337</sup> Εκτός από τις συνεργασίες, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι φυσικοί πόροι και οι περιβαλλοντικές συνθήκες κάθε περιοχής, η εγχώρια και διεθνής ζήτηση, οι παραδόσεις και η κουλτούρα, καθώς και η δυνατότητα εκπαίδευσης του προσωπικού.

#### 3.5.4. Υπηρεσίες Και Παροχές Ευεξίας

Έχοντας τονίσει προηγουμένως στον ορισμό της ευεξίας την πολυδιάστατη φύση της έννοιας, οι παροχές και οι τύποι υπηρεσιών του τουρισμού ευεξίας περιλαμβάνουν όλες τις βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και υγείας.

Μερικά παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών και παροχών ευεξίας είναι τα ακόλουθα:

- Διατροφική συμβουλευτική και διαιτολόγιο
- Βελονισμός
- Χειροπρακτική/Χειρομάλαξη
- Αρωματοθεραπεία
- Βοτανοθεραπεία
- Ayurveda
- Biofeedback
- Υδροθεραπεία
- Μάλαξη λεμφικής παροχέτευσης
- Διαλογισμός
- Πιλάτες
- Σάουνα
- Χαμάμ
- Τεχνικές διαχείρισης άγχους και στρες
- Τεχνικές διακοπής καπνίσματος
- Hatha, vinyasa or ashtanga Yoga
- Tai Chi
- Qi Gong
- Life-coaching



### 3.5.5. Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας

Οι χώρες με την πιο σημαντική προσφορά υπηρεσιών τουρισμού ευεξίας είναι παραδοσιακά η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Αυστρία, οι μεσογειακές χώρες, η βόρεια Αμερική και οι χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας.<sup>332,333</sup>

Ο τουρισμός ευεξίας προσφέρεται από εξειδικευμένους πάροχους. Ένα παράδειγμα παρόχου είναι τα κέντρα αναζωογόνησης (spa). Τα spa (που σημαίνει salus per aquam, δηλαδή η υγεία που έρχεται μέσα από το νερό) είναι κέντρα εξ ολοκλήρου αφιερωμένα στην ευεξία μέσω της προσφοράς μιας ποικιλίας επαγγελματικών υπηρεσιών, οι οποίες προωθούν την αναζωογόνηση του νου, του σώματος και του πνεύματος. Στις χώρες της Γερμανίας και της Αυστρίας, καθώς της υπόλοιπης κεντρικής Ευρώπης, τα spa συνήθως συσχετίζονται με τη χρήση του νερού και των λουτρών ιαματικών ή θερμών, ενώ στις χώρες της Ασίας και της Αμερικής, ο όρος εμπεριέχει απαραίτητα την έννοια της σωματικής ή πνευματικής αναζωογόνησης χωρίς απαραίτητα τη χρήση νερού. Η λειτουργία των spa διακατέχεται από έναν διεθνή Κώδικα βέλτιστης πρακτικής (Global Best Practices).<sup>20</sup> Σε αυτόν τον κώδικα περιγράφεται η οργάνωση του ανθρωπίνου δυναμικού, η ασφάλεια των υποδομών, οι κανονισμοί ασφάλειας του προσωπικού, οι κανονισμοί ασφάλειας των πελατών, οι σχέσεις με τους πελάτες, η εμπειρία και ο κώδικας εξυπηρέτησης του πελάτη, οι λογιστικές και οι οργανωτικές πρακτικές, ο κώδικας πρακτικής και ηθικής της Διεθνούς Ένωσης spa, η βιωσιμότητα και οι πόροι του κέντρου.<sup>335</sup>

Πιο ειδικά, τα κέντρα αυτά οφείλουν να έχουν εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας στους οποίους να περιγράφονται τα πρωτόκολλα των συνεδριών, οδηγίες για τις παρεχόμενες συνεδρίες, ο τρόπος, χρόνος και οι διαδικασίες διεξαγωγής τους, η οργάνωση του προσωπικού, καθώς και όλες εκείνες οι απαραίτητες λεπτομέρειες που εξασφαλίζουν την ασφάλεια, υψηλή ποιότητα, την προστασία του πελάτη και την εύρυθμη λειτουργία του κέντρου.<sup>336</sup>

Σύμφωνα με τον Κ. Κουσκούκη,<sup>10</sup> οι πιο δημοφιλείς τύποι spa είναι οι ακόλουθοι:

- Hotel resort spas, τα οποία λειτουργούν σε ξενοδοχεία και θέρετρα και παρέχουν αισθητικές υπηρεσίες και υπηρεσίες για τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης των πελατών.
- Medical spas, τα οποία παρέχουν ιατρικό εξοπλισμό και ιατρικού τύπου υπηρεσίες και περιποιήσεις.
- Health & fitness clubs, τα οποία λειτουργούν με τη μορφή λέσχης και προϋποθέτουν την απόκτηση κάρτας μέλους. Αποτελούν την εξέλιξη ενός ολιστικού κέντρου άθλησης με ομαδικά και ατομικά προγράμματα, ενώ ταυτόχρονα παρέχουν υδροθεραπευτικούς εξοπλισμούς, όπως πισινά, χαμάμ κτλ. και διάφορες υπηρεσίες, όπως αισθητικές θεραπείες ή μασάζ.

- Wellness communities, τα οποία αποτελούν μικρές κοινότητες με κατοικίες και αποκλειστικές ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και αθλητικές υποδομές.
- Urban hotel spas/day spas, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ευεξίας που διαρκούν μερικές ώρες μέσα στον αστικό ιστό και χωρίς δυνατότητα διανυκτέρευσης.
- Destination spas, τα οποία προσφέρουν διαμονή υψηλής ποιότητας και εξειδικευμένα προγράμματα και υπηρεσίες.
- Holistic spas, τα οποία διακατέχονται από μια συνολική και ολιστική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών.
- Cruise ship spas πρόκειται για υπηρεσίες ευεξίας που παρέχονται κατά τη διάρκεια μιας κρουαζιέρας στις εγκαταστάσεις του πλοίου/σκάφους.
- Structured spas, των οποίων στόχος είναι να επιτευχθεί ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα στον πελάτη, όπως η διακοπή του καπνίσματος μέσω ενός αυστηρού και προκαθορισμένου πρωτοκόλλου υπηρεσίας.
- Adventure spas, στα οποία προσφέρονται προγράμματα για αθλήματα όπως γκολφ, τένις, πεζοπορία, rafting.
- Mineral spring spa/bathhouses, τα οποία σχετίζονται με τον θερμαλισμό.
- Spa for 3rd age, στα οποία προσφέρονται επιπλέον προγράμματα εξειδικευμένης αντιγήρανσης.
- Exclusive spa/nip spa, στα οποία παρέχονται υπηρεσίες σε πολύ επιλεγμένο κοινό που έχει πρόσβαση με ιδιωτικό αεροσκάφος ή γιοτ.
- Wellness retreats και lifestyle & wellness centers είναι, επίσης, άλλες συναφείς ονομασίες για παρόμοια κέντρα.

Θα πρέπει όμως να τονιστεί, ότι ενώ τα spa αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του τουρισμού ευεξίας, η ευεξία δεν πρέπει να ταυτίζεται με τα spa facilities ούτε αυτά να αποτελούν τη μοναδική μορφή παρόχου. Τα spa έχουν ένα πολύ σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο ρολό στον τουρισμό ευεξίας, παρόλα ταύτα η ευεξία αποτελεί αντικείμενο και άλλων μορφών υποδομών και υπηρεσιών. Σε κάθε περίπτωση η εξασφάλιση της ποιότητας των χώρων, υπηρεσιών, καθώς και η πιστοποίηση των επαγγελματιών που την παρέχουν, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις αφενός για την προστασία του καταναλωτή, καθώς και για την προώθηση της ευεξίας του ατόμου δηλαδή την αναζωογόνηση, του σώματος και του πνεύματος.<sup>10</sup>

Παραδείγματα διεθνών παρόχων τουρισμού ευεξίας αναφέρονται στο Παράρτημα IV και παρόχων στην Ελλάδα στο Παράρτημα V.

## 3.6. Ο Ρόλος Των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

### 3.6.1. Εισαγωγή

Στην περίπτωση των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, οξεία ή χρόνια, αλλά και για τους υγιείς, το επίπεδο των ιατρικο-νοσηλευτικών υπηρεσιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή του τόπου διαμονής. Η πρόσβαση σε νοσοκομειακή περίθαλψη και εξειδικευμένες θεραπείες είναι αναγκαία, καθώς και η ύπαρξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και κέντρων με εξειδίκευση στη φροντίδα ασθενειών σχετιζόμενες με την τρίτη ηλικία (άνοια, οστεοπόρωση, ρευματοπάθειες κ.ά.) προκειμένου να παρέχεται συνέχεια στη φροντίδα και ιατρική κάλυψη ή στην αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών υγείας κατά τη διάρκεια της διαμονής τους.

Οι περισσότερες από τις ανάγκες υγείας σχετίζονται με χρόνια νοσήματα γιατί καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ανικανότητες και χρόνια προβλήματα υγείας για τα οποία να χρειάζονται υποστήριξη από οικογένειες, φίλους και υπηρεσίες περίθαλψης και ιατροκοινωνικής φροντίδας. Η παγκόσμια γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει σημαντικά τον απόλυτο αριθμό των ηλικιωμένων που θα έχουν ανάγκη από υπηρεσίες κυρίως για μακροχρόνια περίθαλψη.<sup>348</sup>

Πολλές χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα θα βιώσουν μεγαλύτερες αυξήσεις του ρυθμού της γήρανσης του πληθυσμού, ενώ σε μερικές από αυτές θα παρατηρηθεί διπλασιασμός του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας έως το 2050, και κυρίως των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες.<sup>349</sup> Στην πιο πρόσφατη έκθεση υγείας για τις χώρες του ΟΑΣΑ (2017), το 13% των ατόμων άνω των 65 ετών λαμβάνει μακροχρόνια περίθαλψη ενώ τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών αντιπροσωπεύουν κατά μέσο όρο περισσότερους από τους μισούς (52%) αποδέκτες μακροχρόνιας φροντίδας.<sup>4</sup>

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας κατέχουν στρατηγική σημασία στη προσέλκυση ηλικιωμένων για μακροχρόνια διαμονή-παραχείμαση σε μια άλλη χώρα και έχουν σημαντική επίδραση στη διάρκεια της διαμονής, τη συχνότητα των επισκέψεων και των συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας που θα χρειαστούν. Τα άτομα τρίτης ηλικίας επιλέγουν συχνά να μεταφερ-

θούν σε μια άλλη χώρα για παραχείμαση για να προστατέψουν την υγεία τους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Η διασφάλιση της ποιότητας ζωής, αλλά και της υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας κατά την παραχείμαση. Οι εγκαταστάσεις, το φυσικό περιβάλλον και η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν ένα βασικό κριτήριο επιλογής. Η ύπαρξη αποκλειστικής συνοδείας και η προσβασιμότητα τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών χώρων συμβάλει στην αντιλαμβανόμενη ελευθερία και στην κοινωνική ενσωμάτωση. Η ποιότητα ζωής εξάλλου είναι ένα σύνθετο ζήτημα που περιλαμβάνει την ικανοποίηση διαφορετικών αναγκών. Σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην ποιότητα ζωής είναι η σωματική ικανότητα και αυτονομία, η συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες, η κοινωνική ενσωμάτωση, η σεξουαλική ζωή και τρυφερότητα, η ανακούφιση από τον πόνο και τη δυσφορία, το αίσθημα ελέγχου του περιβάλλοντος, η ενεργητικότητα, ο αυτοσεβασμός και η ψυχολογική ευεξία. Κλειδιά για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής είναι η ανάπτυξη καλών σχέσεων με τους φροντιστές και περιθάλποντες, η διατήρηση θετικής εικόνας εαυτού, η ανάπτυξη και η διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και η προετοιμασία για το αβέβαιο μέλλον. Οι παραπάνω παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας ώστε να συνδυάζεται η ποιότητα της φροντίδας με την ποιότητα της ζωής.

### 3.6.2. Μακροχρόνια Περίθαλψη

Ως μακροχρόνια περίθαλψη (long term care) εννοούνται «οι δραστηριότητες που αναλαμβάνουν άλλοι για να εξασφαλίσουν ότι τα άτομα που κινδυνεύουν με σημαντική απώλεια των εγγενών ικανοτήτων τους, μπορούν να διατηρήσουν ένα επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, συμβατό με τα θεμελιώδη δικαιώματα, τις θεμελιώδεις ελευθερίες και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια»<sup>1</sup> Με άλλα λόγια, η μακροχρόνια περίθαλψη είναι απλώς ένα μέσο για να εξασφαλιστεί ότι οι ηλικιωμένοι με σημαντική απώλεια ικανότητας μπορούν ακόμα να βιώσουν μια υγιή γήρανση.

Η μακροχρόνια περίθαλψη μπορεί να παρέχεται σε διάφορους χώρους όπως στο σπίτι του ηλικιωμένου ατόμου, σε κέντρα κοινότητας, νοσοκομεία, ιδρύματα-γηροκομεία και άλλες δομές υγείας. Το εύρος και η ένταση της περίθαλψης και υποστήριξης που παρέχονται στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να διαφέρουν σε οποιαδήποτε από αυτές τις δομές.

Ειδικότερα, ως μακροχρόνια περίθαλψη στο σπίτι (long term care at home) ορίζεται η περίθαλψη που παρέχεται κατ' οίκον σε άτομα μεγάλης ηλικίας με περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους. Καθώς όλο και περισσότερα άτομα προτιμούν να λαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι, πολλές χώρες του ΟΟΣΑ έχουν εφαρμόσει προγράμματα και οφέλη για την υποστήριξη της κατ' οίκον φροντίδας, ιδίως για τους ηλικιωμένους,

όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στη χώρα μας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το ποσοστό των δικαιούχων ηλικίας άνω των 65 ετών που λαμβάνουν μακροχρόνια περίθαλψη στο σπίτι να έχει αυξηθεί τα τελευταία δέκα χρόνια στις χώρες του ΟΟΣΑ, φθάνοντας στο 67%.<sup>4</sup>

Αντίστοιχα, τα ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης (long term care institutions) αναφέρονται σε νοσηλευτικές και κλειστού τύπου υπηρεσίες υγείας που παρέχουν στέγαση και μακροχρόνια περίθαλψη ως πακέτο. Περιλαμβάνουν ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις, με κυρίαρχη τη μακροχρόνια φροντίδα για άτομα με μέτριους και σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς, όπως συμβαίνει συχνά με τα άτομα μεγάλης ηλικίας. Ένας δείκτης μέτρησης της χρήσης τέτοιων υπηρεσιών από ηλικιωμένα άτομα, είναι ο αριθμός των κλινών σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης και σε τμήματα μακροχρόνιας περίθαλψης σε νοσοκομεία. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ υπήρχαν 50 κρεβάτια μακροχρόνιας φροντίδας ανά 1.000 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω για το έτος 2015 (46 σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης και 4 σε τμήματα μακροχρόνιας περίθαλψης σε νοσοκομεία). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των κλινών μακροχρόνιας φροντίδας ανά 1.000 άτομα άνω των 65 ετών, δεν έχει αλλάξει από το 2005. Η παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης σε ιδρύματα μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από την κοινοτική φροντίδα για άτομα με εντατικές ανάγκες (ιδίως για τους ηλικιωμένους), τόσο λόγω οικονομικού κόστους όσο και λόγω του ότι οι επαγγελματίες στον συγκεκριμένο τομέα δεν χρειάζεται να πηγαίνουν σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Επιπλέον, ανάλογα με τις περιστάσεις, η μετακίνηση σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης μπορεί να είναι η πλέον ενδεδειγμένη επιλογή για άτομα που ζουν μόνα και απαιτούν 24ωρη φροντίδα και εποπτεία ή για άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές με περιορισμένη κατ' οίκον υποστήριξη.<sup>4,350</sup>

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι τα άτομα που προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες. Το ανθρώπινο δυναμικό που παρέχει μακροχρόνια περίθαλψη σε ηλικιωμένα άτομα περιλαμβάνει ένα ποικίλο φάσμα επαγγελμάτων και δεξιοτήτων. Στο ένα άκρο είναι οι μη εκπαιδευμένοι άτυποι φροντιστές (informal carers), οι οποίοι δεν λαμβάνουν εξωτερική υποστήριξη και δεν αμείβονται. Ως άτυποι φροντιστές θεωρούνται τα άτομα που παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια σε ηλικιωμένους, όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι και γείτονες. Περίπου τα δύο τρίτα των άτυπων φροντιστών φροντίζουν έναν γονέα ή έναν σύζυγο, με τους νεαρότερους (50–65 ετών) να είναι πιθανότερο να φροντίζουν κάποιον γονέα και τους μεγαλύτερους (≥65 ετών) να φροντίζουν κυρίως τον/την σύζυγο-σύντροφο. Επίσης, κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, το 60% των άτυπων φροντιστών που παρέχουν φροντίδα καθημερινά είναι γυναίκες. Οι περισσότεροι άτυποι φροντιστές χρειάζονται εκπαίδευση και κατάρτιση για την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου, την αναμενόμενη πρόοδο ή επιδείνωσή του και τρόπους για να τον βοηθήσουν να λειτουργεί

αυτόνομα στο σπίτι. Η εντατική φροντίδα και ενασχόληση με ηλικιωμένα άτομα έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα άγχους και συχνότερη εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας.<sup>4,350</sup>

Στο άλλο άκρο βρίσκονται οι πολύ καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες σε θέματα μακροχρόνιας φροντίδας (ειδικευμένοι νοσηλευτές και φροντιστές), που αμείβονται και παρέχουν φροντίδα κατ' οίκον ή σε ιδρύματα για άτομα τρίτης ηλικίας. Κατά μέσο όρο, περίπου το 1/3 των εργαζόμενων στη μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι ειδικευμένοι νοσηλευτές και τα άλλα 2/3 βοηθοί νοσηλευτών και παραϊατρικό προσωπικό με λιγότερη τυπική κατάρτιση. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκθεση υγείας για τις χώρες του ΟΑΣΑ (2017), κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 6 εξειδικευμένοι επαγγελματίες σε θέματα μακροχρόνιας φροντίδας ανά 1.000 άτομα άνω των 65 ετών. Επίσης, 9 στους 10 (89,7%) εργαζόμενους στο συγκεκριμένο τομέα είναι γυναίκες και εργάζονται με μερική απασχόληση. Καθώς ο μέσος όρος των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών στις χώρες του ΟΑΣΑ αυξήθηκε την περίοδο 2005-2015 κατά 24%, την ίδια χρονική περίοδο παρουσιάστηκε αύξηση στον αριθμό των εργαζομένων στη μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων κατά 18%. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι καθώς ο πληθυσμός εξακολουθεί να γερνά, η ανάγκη για εργαζόμενους στη μακροχρόνια φροντίδα θα αυξηθεί.<sup>4,350</sup>

Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας, παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στα διάφορα κράτη λόγω του διαφορετικού επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης και του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων, πρέπει να διέπονται από ορισμένες βασικές αρχές. Αυτές είναι:

- Η μακροχρόνια περίθαλψη πρέπει να είναι οικονομικά προσιτή και εύκολα προσβάσιμη, με ιδιαίτερη έμφαση στα φτωχά και περιθωριοποιημένα μεγάλης ηλικίας άτομα.
- Η μακροχρόνια φροντίδα πρέπει να υποστηρίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων, ιδίως εκείνων με περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους. Αυτό συνεπάγεται ότι η φροντίδα πρέπει να παρέχεται με τρόπο που να ενισχύει την αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων, να επιτρέπει την ελεύθερη έκφρασή τους και εάν είναι εφικτό την ικανότητά τους να κάνουν επιλογές.
- Όπου είναι δυνατόν, η μακροχρόνια φροντίδα θα πρέπει να ενισχύσει την εγγενή ικανότητα των ηλικιωμένων.
- Η μακροχρόνια περίθαλψη πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική. Θα πρέπει δηλαδή να είναι προσανατολισμένη γύρω από τις ανάγκες του ηλικιωμένου και όχι με βάση τη διάρθρωση των υπηρεσιών.
- Οι εργαζόμενοι στον τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης των ηλικιωμένων (αμειβόμενοι ή μη), θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με δίκαιο τρόπο έτσι ώστε να λαμβάνουν την κοινωνική θέση και αναγνώριση που τους αξίζει.

Οι εθνικές κυβερνήσεις πρέπει να αναλάβουν τη συνολική ευθύνη σχετικά με τη σωστά διαχείριση των υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης των ηλικιωμένων.<sup>348</sup>

Με βάση τις παραπάνω βασικές αρχές είναι δυνατόν να εφαρμοστούν συγκεκριμένες στρατηγικές για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος μακροχρόνιας περίθαλψης για τα άτομα τρίτης ηλικίας, ανεξάρτητα από τις επιμέρους μορφές που μπορεί να πάρει το σύστημα αυτό. Αυτές οι στρατηγικές περιλαμβάνουν:

- Τη δυνατότητα των ηλικιωμένων ατόμων να διατηρούν ή και να ενισχύουν τις επαφές με την κοινότητα (κοινωνικά δίκτυα), μειώνοντας τον κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης.
- Την υποστήριξη και ενίσχυση των δεξιοτήτων των αμειβόμενων και μη αμειβόμενων φροντιστών.
- Την προώθηση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας μέσω στρατηγικών διαχείρισης περιπτώσεων και ευρύτερων συνεργασιών.
- Τη δημιουργία δίκαιης και βιώσιμης χρηματοδότησης για μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων.

### 3.6.3. Διεθνή Δεδομένα

#### 3.6.3.1. Ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας κατά τη μακροχρόνια παραμονή-παρακείμεση

Η ανακουφιστική φροντίδα και η φροντίδα ηλικιωμένων είναι ένας τομέας που τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στην ύπαρξη ενός σημαντικού ποσοστού ηλικιωμένων που διαθέτουν την οικονομική δυνατότητα να χρηματοδοτήσουν τις αντίστοιχες υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλίσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τη δική τους αλλά και των ανθρώπων που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους.

Οι υπηρεσίες υγείας συνήθως προσφέρονται σε οργανωμένες μονάδες διαβίωσης ηλικιωμένων και χωρίζονται σε γενικές και εξειδικευμένες, ανάλογα με την ασθένεια. Ως γενικές υπηρεσίες ορίζονται οι υπηρεσίες παρακολούθησης και φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, που προσφέρονται εντός των μονάδων ή σε κέντρα υγείας και νοσοκομειακές μονάδες της περιοχής. Περιλαμβάνουν τον περιοδικό έλεγχο υγείας, την παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υπηρεσίες γενικής ιατρικής. Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας εξαρτώνται από τη φύση και το στάδιο της κάθε ασθένειας.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες υγείας σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορούν να προσφερθούν σε διαφορετικές δομές ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες που υπάρχουν. Οι γενικές προδιαγραφές περιλαμβάνουν κυρίως τα εξής:

- Την ύπαρξη νοσηλευτικού ιδρύματος σε κοντινή απόσταση για την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων υγείας.
- Την ύπαρξη δικτύου ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων με δυνατότητα κατ' οίκον επίσκεψης.
- Σύστημα κλήσης νοσηλευτικής υπηρεσίας. Συνήθως η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών καλύπτεται από εξωτερικό συνεργάτη του φορέα.
- Χρήση «έξυπνων συσκευών» και «έξυπνων σπιτιών» για την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση σε καταστάσεις ανάγκης.
- Υπηρεσία συνοδείας και υποστήριξης στις καθημερινές δραστηριότητες.

Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να λειτουργούν στο πλαίσιο των παρακάτω δομών:

- Κέντρο ημέρας: Η λειτουργία του κέντρου ημέρας περιλαμβάνει την παρακολούθηση και παροχή εξειδικευμένων παρεμβάσεων σε σχέση με την ασθένεια κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς διανυκτέρευση.
- Υποστηριζόμενη διαβίωση: Κατά την υποστηριζόμενη διαβίωση, ο ασθενής μπορεί να μένει σε ένα συγκρότημα κατοικιών ή διαμερισμάτων όπου παρέχεται, ως επιπλέον υπηρεσία, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα καθώς και παρακολούθηση από γιατρό.
- Μονάδα φροντίδας: Προσανατολίζεται κυρίως σε μη-αυτόνομους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη συνεχούς υποστήριξης και φροντίδας. Ο κάθε ηλικιωμένος παρακολουθείται από γενικό ιατρό και παρέχεται συνεχής νοσηλευτική φροντίδα.
- Φροντίδα ανάπαυλας - ξενώνας βραχύχρονης παραμονής (respite care): Πρόκειται για υπηρεσία που παρέχεται σε ηλικιωμένους ασθενείς για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα προκειμένου να απεμπλακούν/ ανακουφιστούν προσωρινά οι συγγενείς- φροντιστές από τη φροντίδα τους και να ξεκουραστούν.
- Φροντίδα ανάρρωσης και αποθεραπείας (convalescence care): Η φροντίδα ανάρρωσης και αποθεραπείας αποτελεί ένα ενδιάμεσο στάδιο φροντίδας που παρέχεται όταν κάποιος είναι αρκετά καλά για να αποχωρήσει από το νοσοκομείο αλλά όχι τόσο καλά ώστε να επιστρέψει σπίτι του.
- Φροντίδα τελικού σταδίου: Η φροντίδα τελικού σταδίου απευθύνεται σε ασθενείς με μη αναστρέψιμη κλινική κατάσταση και με μικρό χρόνο επιβίωσης. Παρέχεται 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα, διαχείριση πόνου, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη.
- Διαμερίσματα αυτόνομης διαβίωσης: Συμπληρωματικά στις παραπάνω υπηρεσίες, παρέχονται διαμερίσματα ή κατοικίες αυτόνομης διαβίωσης. Οι χώροι αυτόνομης διαβίωσης προορίζονται για τους υγιείς συντρόφους ή συνοδούς ασθενών που λαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες με διαμονή σε μία από τις άλλες μονάδες φροντίδας.
- Νοσηλευτικό ίδρυμα - κλινική: Για την εφαρμογή εξειδικευμένων υπηρεσιών που χρήζουν νοσοκομειακού περιβάλλοντος.
- Μονάδες ιαματικού τουρισμού/ Ιαματικά λουτρά: Σε μονάδες ιαματικού



τουρισμού προσφέρονται υπηρεσίες υγείας σε ηλικιωμένους τουρίστες που συνήθως πάσχουν από οστεοπόρωση ή άλλα ρευματοειδή νοσήματα (βλέπε κεφ. 3.4).

Η παράθεση αναλυτικής περιγραφής των χαρακτηριστικών και των παρεχόμενων υπηρεσιών ορισμένων εκ των παραπάνω δομών δίνεται στο κεφ 2.2.3.

### 3.6.3.2. Ειδικές προδιαγραφές ανάλογα με τη νόσο

Η προσέλκυση τουριστών με προβλήματα υγείας στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη δυνατότητα κάθε μονάδας να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες ανάλογα με την πάθηση. Στις συχνές παθήσεις σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας περιλαμβάνονται η άνοια, η αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση. Για κάθε μια από τις ασθένειες αυτές προσφέρονται διεθνώς εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.

#### Άνοια

Η άνοια, όπως ήδη αναφέρθηκε (βλέπε κεφ. 3.1.13), αποτελεί μία από τις πιο κοινές παθολογικές καταστάσεις που αφορούν τους ανθρώπους τρίτης ηλικίας και χρήζει εξειδικευμένης φροντίδας και παρέμβασης. Η ποικιλομορφία των συμπτωμάτων και οι έντονες διαφοροποιήσεις στη λειτουργικότητα του ασθενούς στα διαφορετικά στάδια εξέλιξης της νόσου, προϋποθέτουν κατάλληλες δομές και υπηρεσίες που να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές ανάγκες που προκύπτουν. Σε μια μονάδα που προσφέρει υπηρεσίες σε ανθρώπους με άνοια, η παροχή φροντίδας διαφοροποιείται ανάλογα και με το στάδιο της άνοιας. Συνήθως, οι ασθενείς χρειάζονται τακτική παρακολούθηση από νευρολόγο και νευροψυχολόγο, νοσηλευτική φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση, καθώς και συνδυασμένες φαρμακευτικές και μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Σε πολλές μονάδες διεθνώς ακολουθείται το μοντέλο των «κοινοτήτων συνεχιζόμενης φροντίδας» (continuing care communities), όπου ο επωφελούμενος δεν χρειάζεται να αλλάξει χώρο φροντίδας αν επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, αλλά παρέχονται αντίστοιχες υπηρεσίες σε διαφορετικές μονάδες εντός του συγκροτήματος.

Στο Παράρτημα VI παρατίθενται ορισμένες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρουν.

#### Ρευματοειδή Νοσήματα – Αρθρίτιδα – Οστεοπόρωση

Σε αντίθεση με την ύπαρξη εξειδικευμένων μονάδων και υπηρεσιών για τη φροντίδα ανθρώπων με άνοια, για τα ρευματοειδή νοσήματα δεν υπάρχουν αντίστοιχες μονάδες. Συνήθως οι υπηρεσίες προσφέρονται στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού σε οργανωμένες κλινικές και σε περιοχές που διαθέτουν υποδομές με ιαματικές πηγές. Στο Παράρτημα VI παρατίθενται ορισμένες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων για τα νοσήματα αυτά.

### 3.6.4. Ελληνικά Δεδομένα

Στην Ελλάδα, ο τομέας της μακράς διαμονή - παραχείμασης δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος και δεν υπάρχουν τουριστικές μονάδες ή κατοικίες που να προσφέρουν οργανωμένες υπηρεσίες υγείας σε ηλικιωμένους τουρίστες του εξωτερικού. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται κινητικότητα και πρόθεση για την οργάνωση και λειτουργία τέτοιων μονάδων παραχείμασης κυρίως στα ελληνικά νησιά (Ρόδος, Κρήτη, Κέρκυρα) από ιδιωτικά νοσηλευτήρια ή μέσω διεθνών συνεργασιών (λ.χ. Ελληνογερμανική Συνέλευση), όπως είναι το πρόγραμμα «Care tourism» στη Ρόδο,<sup>13</sup> το οποίο έχει ήδη αναφερθεί. Σε λειτουργία υπάρχουν και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων με εξειδίκευση στην άνοια, καθώς και ιατρικά κέντρα και ιαματικά λουτρά τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού και θεραπείες για την οστεοπόρωση και τα ρευματοειδή νοσήματα.

#### 3.6.4.1. Γενικές προδιαγραφές

Οι υφιστάμενες μονάδες παροχής υπηρεσιών σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας εξυπηρετούν κυρίως Έλληνες πολίτες και δεν διαθέτουν, στην πλειοψηφία τους, υποδομές και υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες τουριστών του εξωτερικού. Στα ελληνικά νησιά, με εξαίρεση την Κρήτη και τη Ρόδο, δεν παρατηρείται επάρκεια ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, ενώ σε πολλά απουσιάζουν εντελώς. Η ύπαρξη νοσηλευτικού ιδρύματος σε κοντινή απόσταση και η επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται σε σχετιζόμενες με την τρίτη ηλικία ασθένειες, είναι απαραίτητη. Επιπλέον, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη μέριμνα στην προσβασιμότητα και στην ασφάλεια των ξένων τουριστών. Το ευρυζωνικό δίκτυο αποτελεί από τις βασικές υποδομές ανάπτυξης τόσο ιατρικών υπηρεσιών (τηλεϊατρική) όσο και της λειτουργίας «έξυπνων σπιτιών» αυξάνοντας την αυτονομία των ηλικιωμένων, μειώνοντας το κόστος των υπηρεσιών και βελτιστοποιώντας την παρακολούθηση και την έγκαιρη παρέμβαση σε καταστάσεις ανάγκης.

#### Άνοια

Στην Ελλάδα λειτουργούν νόμιμες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων που προσφέρουν υπηρεσίες σε ανθρώπους που πάσχουν από άνοια ή από ασθένειες που χρήζουν νοσηλευτικής και ιατρικής παρακολούθησης. Ορισμένες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων αποτελούν εξειδικευμένους παρόχους φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια στην Ελλάδα και παρέχουν υπηρεσίες υγείας προσαρμοσμένες στις ανάγκες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν ιατρικά προβλήματα.

Σε μια από αυτές, στην «Άκτιος»<sup>360</sup> οι προσφερόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Συνεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα
- Καθημερινή παρακολούθηση από Γηρίατρο και Νευρολόγο ιατρό.

- Ασκήσεις νοπτικής ενδυνάμωσης
- Καθημερινές ομαδικές δραστηριότητες απασχόλησης
- Έμφαση στο διαιτολόγιο μεσογειακής διατροφής
- Υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας σε οργανωμένο φυσικοθεραπευτήριο
- Συνεργασία με ιδιωτική εταιρία μεταφοράς ασθενοφόρου
- Υπηρεσίες ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού

### **Ρευματοειδή Νοσήματα**

Στην Ελλάδα, ο κυριότερος προορισμός για τη θεραπεία ρευματοειδών παθήσεων είναι τα οργανωμένα ιαματικά λουτρά. Τα νερά ορισμένων από αυτά, όπως τα Λουτρά Αιδηψού, Τραϊανούπολης, Καστοριάς, Μεθάνων κ.ά., που αναφέρονται στο κεφ. 3.3, έχουν ιδιότητες που ενδείκνυνται για τη ρευματοπάθεια. Επιπλέον κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, όπως επίσης και υγειονομικές μονάδες πιστοποιημένες από τον οργανισμό TEMOS, παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε τουρίστες της περιοχής.<sup>361</sup> Οι προσφερόμενες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση ρευματοειδών νοσημάτων εστιάζουν:

- στην παροχή εξειδικευμένων θεραπειών ανακούφισης του πόνου
- στη φυσικοθεραπεία
- στις χειρουργικές παρεμβάσεις

### **Οστεοπόρωση**

Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού και της παραχείμασης δεν διαφέρει ιδιαίτερα από τις υπηρεσίες που προσφέρονται για τα ρευματοειδή νοσήματα. Τα ιαματικά λουτρά, όπως τα λουτρά Ηραίας και τα κέντρα αποκατάστασης, σε συνδυασμό με ιατρικά κέντρα, προσφέρουν υπηρεσίες με στόχο την ανακούφιση του πόνου και τη σωματική ενδυνάμωση. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Αντιμετώπιση καταγμάτων (χειρουργικά ή συντηρητικά)
- Σωματική ενδυνάμωση με φυσικοθεραπεία και γυμναστική
- Διαχείριση πόνου
- Ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής
- Υδροθεραπεία
- Έλεγχος οστικής πυκνότητας

### **3.6.5. Στρατηγική Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας Για Τη Προσέλκυση Τουριστών Τρίτης Ηλικίας - Το Παράδειγμα Προσφοράς Υπηρεσιών Σε Ανθρώπους Με Άνοια**

Η στρατηγική ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας κατά τη διαμονή μακράς διάρκειας - παραχείμαση με εξειδίκευση στους ανθρώπους με άνοια οφείλει αρχικά να εστιάσει στο δίπολο ασθενής - φροντιστής. Στη πλειοψηφία των τουριστών που αναζητούν υπηρεσίες για ανθρώπους με άνοια οι ενδια-

φερόμενοι δεν είναι οι πάσχοντες αλλά οι φροντιστές τους που κατά 98% είναι συγγενείς.<sup>362</sup>

Συνήθως οι άνθρωποι με άνοια δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τις ανάγκες τους λόγω της φύσης της ασθένειας τους και ούτε να αναζητήσουν τις κατάλληλες για αυτούς υπηρεσίες όπως συμβαίνει σε όλες τις υπόλοιπες ασθένειες. Η απόφαση για παραχείμαση σε μια άλλη χώρα λαμβάνεται από τον υγιή φροντιστή, ο οποίος αναζητά ένα μέρος που να προσφέρει υπηρεσίες για τον ίδιο και παράλληλα να προσφέρει εξειδικευμένες δομές και υπηρεσίες για τη φροντίδα του ασθενούς. Στον σχεδιασμό λοιπόν υπηρεσιών για ανθρώπους με άνοια είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν υπηρεσίες και δομές για τους συνοδούς/φροντιστές τους.

### 3.6.5.1. Γεωγραφική περιοχή

Η επιλογή τοποθεσίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συνδέεται με τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών υποδομών, όπως οι συγκοινωνίες και οι νοσοκομειακές δομές, με το κλίμα και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ευεξίας και ιατρικού τουρισμού. Περιοχές της νότιας Ελλάδας με ήπιο κλίμα, όπως η Κρήτη, η Μεσσηνία και η Ρόδος συνδυάζουν τα παραπάνω στοιχεία, καθώς διαθέτουν πυκνό δίκτυο συγκοινωνίας με την υπόλοιπη Ελλάδα και το εξωτερικό, τουριστικό ενδιαφέρον και αναπτυγμένες υπηρεσίες υγείας.

### 3.6.5.2. Διαμονή

Η διαμονή τόσο του φροντιστή όσο και του ασθενούς στην περίπτωση της άνοιας, είναι ένα περίπλοκο ζήτημα, καθώς πρέπει να συνδυάζει την ξεκούραση και την ευεξία για τον φροντιστή με την εξειδικευμένη φροντίδα και ασφάλεια για τον ασθενή. Μια ιδιαιτερότητα που συναντάται σε οποιαδήποτε εκφυλιστική πάθηση είναι η συνεχής διαφοροποίηση και επιδείνωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και η ανάγκη για δυναμική παρέμβαση. Οι ανάγκες ενός ανθρώπου με άνοια στα αρχικά στάδια της νόσου είναι τελείως διαφορετικές με τις ανάγκες ενός ανθρώπου σε μεσαίο ή τελικό στάδιο. Το μοντέλο των «κοινοτήτων συνεχιζόμενης φροντίδας» φαίνεται να είναι η πιο κατάλληλη δομή ανάπτυξης για ανθρώπους με άνοια. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της δομής είναι ότι προσφέρει εξειδίκευση στη φροντίδα και τη διαμονή ενός ατόμου με άνοια, καθώς οι διαφορετικές της μονάδες είναι προσαρμοσμένες στη φροντίδα ατόμων κατά τα διαφορετικά στάδια εξέλιξης της νόσου. Αυτός ο τρόπος οργάνωσης έχει πολλαπλά οφέλη για τους τουρίστες μακράς διαμονής, καθώς θα μπορούν να λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Σε οικονομικό επίπεδο, θα είναι πιο εύκολη η μακροχρόνια μίσθωση ή η αγορά κατοικίας πλησίον της δομής, καθώς θα είναι εξασφαλισμένη η φροντίδα του ασθενούς σε όλα τα στάδια της νόσου. Επιπλέον, το ίδιο το συγκρότημα θα μπορούσε να διαθέτει κατοικίες ή διαμερίσματα προς ενοικίαση στους συγγενείς των ασθενών με άνοια, εντός ή πλησίον του συγκροτήματος.

### 3.6.5.3. Υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους με άνοια βασίζονται σε 5 βασικούς άξονες και ακολουθούν το ολιστικό μοντέλο υγείας και φροντίδας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι πέντε άξονες περιλαμβάνουν την απασχόληση και τη νοπτική ενδυνάμωση, την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, τη διατροφή, την ιατρική παρακολούθηση και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Το Ολιστικό Μοντέλο Υγείας και Φροντίδας περιλαμβάνει τη διασφάλιση της νοπτικής και ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη κοινωνικών πόρων, τη μέριμνα για τη σωματική υγεία και αυτονομία, καθώς και τη διαθεσιμότητα οικονομικών πόρων για την παροχή των υπηρεσιών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρονται οφείλουν να καλύπτουν τους παραπάνω τομείς και να είναι ανεκτές οικονομικά για τον πληθυσμό στόχο.

Οι υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους με άνοια διαφοροποιούνται και εξειδικεύονται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και με το επίπεδο της καθημερινής λειτουργικότητας του ασθενούς. Η παροχή των υπηρεσιών δεν περιορίζεται στο πρότυπο της κλειστής μονάδας φροντίδας αλλά είναι δυναμική, ευέλικτη και εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση. Συγκεκριμένα, ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον, αλλά και στην ανάπτυξη υπηρεσιών στο πλαίσιο του κέντρου ημέρας, συμπληρωματικά στη λειτουργία της μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας για τη φροντίδα ανθρώπων με άνοια περιλαμβάνουν τις εξής:

#### **Απασχόληση, νοπτική ενδυνάμωση, κοινωνικοποίηση και άσκηση**

Η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας για την άνοια βασίζονται στο δίπολο φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις αναπτύσσονται υπηρεσίες απασχόλησης, νοπτικής ενδυνάμωσης και σωματικής άσκησης, ώστε να παραμένουν δραστήριοι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και να μειωθεί ο ρυθμός της νοπτικής τους έκπτωσης. Εξειδικευμένα προγράμματα νοπτικής ενδυνάμωσης, είτε στον υπολογιστή είτε με χαρτί και μολύβι προσαρμοσμένα στη γλώσσα και στις συνήθειες των ασθενών, βοηθούν στην εστιασμένη αντιμετώπιση και διατήρηση των νοπτικών λειτουργιών. Αντίστοιχα, ομαδικές και ατομικές δραστηριότητες απασχόλησης συμβάλουν στην κοινωνικοποίηση και στη διατήρηση κοινωνικής συμπεριφοράς, παράλληλα με την ψυχαγωγία και την απασχόληση. Επιπλέον, οι παραπάνω δραστηριότητες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας, όπως η άσκοπη περιπλάνηση, η ευερεθιστότητα, η απάθεια και η δυσκολία στον ύπνο, διοχετεύοντας την ενέργεια τους σε δημιουργικές δραστηριότητες. Η ανάπτυξη του κοινωνικού δικτύου, τόσο εντός του συγκροτήματος όσο και στο πλαίσιο της τοπικής κοινωνίας, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η κοινωνική ενσωμάτωση αποτελεί βασικό δείκτη της ποιότητας ζωής και παίζει σημαντικό ρόλο στην επέκταση του χρόνου παραμονής σε μια περιοχή. Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων με ανθρώπους που έχουν κοινά ενδιαφέροντα και καταγωγή, καθώς και ο συντονισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων (έξοδοι, γιορτές, τήρηση των παραδόσεων της χώρας τους

κ.ά.) συμβάλλουν στη βελτίωση και διατήρηση της ψυχικής τους υγείας και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Επιπλέον, δυνατότητα απρόσκοπτης διασύνδεσης με το διαδίκτυο μέσω ευρυζωνικών συνδέσεων θα βελτιώσει την επαφή με την επικαιρότητα της χώρας προέλευσης, καθώς και την επικοινωνία μέσω βιντεοσυνδιασκέψεων με τους οικείους που παραμένουν στο εξωτερικό. Με αυτό το τρόπο θα διατηρηθεί η επαφή με τους σημαντικούς άλλους που παραμένουν στη χώρα καταγωγής των φροντιστών και ασθενών.

### **Σωματική Ενδυνάμωση – Φυσικοθεραπεία**

Η σωματική ενδυνάμωση, παράλληλα με την εξειδικευμένη παροχή φυσικοθεραπείας, αποτελεί αναπόσπαστες υπηρεσίες που παρέχονται σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας με άνοια. Η διατήρηση της φυσικής κατάστασης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ηλικιωμένους, καθώς δρα προληπτικά στο ενδεχόμενο πτώσης και συμβάλει στη διατήρηση της ευεξίας και της αυτονομίας τους. Η αστάθεια αποτελεί ένα από τα πρώιμα κινητικά συμπτώματα των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων, και συχνά οδηγεί σε πτώσεις αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάγματος. Η παροχή συνεδριών φυσικοθεραπείας σε οργανωμένο χώρο και κατ' οίκον, αποτελεί βασική υπηρεσία στο πλαίσιο της αποκατάστασης.

### **Νοσηλευτική Φροντίδα**

Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ανθρώπους με άνοια περιλαμβάνει εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως η παρεντερική σίτιση και η φροντίδα κατακλίσεων και υπηρεσίες υποστήριξης της καθημερινότητας των ασθενών (λ.χ. στρώσιμο κρεβατιών, συνοδεία). Οι υπηρεσίες αυτές, ανάλογα με το αίτημα του φροντιστή, μπορούν να λάβουν χώρα στη μονάδα αλλά και στον χώρο που ζει (κατ' οίκον φροντίδα).

Ο νοσηλευτικός τομέας αναλαμβάνει την περιποίηση του ατόμου, την ατομική του υγιεινή, τη χορήγηση της φαρμακευτικής του αγωγής και τη μέτρηση των ζωτικών του σημείων, σύμφωνα με τις υποδείξεις του θεράποντος ιατρού. Η εκπαίδευση του προσωπικού στη παρεντερική σίτιση, καθώς και στην πρόληψη και φροντίδα κατακλίσεων, είναι απαραίτητη. Συχνά, οι ηλικιωμένοι με άνοια αντιμετωπίζουν διαταραχές στη σίτιση και στην απορρόφηση θρεπτικών συστατικών και σε πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου οι κλινήρεις ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων.

Στις κατ' οίκον υπηρεσίες ο νοσηλευτικός τομέας παρέχει υπηρεσίες στη συχνότητα και στο βαθμό που αιτούνται οι φροντιστές των ασθενών. Ιδιαίτερη βαρύτητα μπορεί να δοθεί στην εκπαίδευση των φροντιστών τόσο σε θέματα που άπτονται στη νοσηλευτική φροντίδα που μπορούν να προσφέρουν, όσο και στο τρόπο συμπεριφοράς σε ανθρώπους με άνοια.

### **Διατροφή**

Η Ελλάδα διαθέτει συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με αρκετές άλλες χώρες στο θέμα της διατροφής λόγω των ευεργετικών ιδιοτήτων της με-

σογειακής διατροφής και του ελαιόλαδου. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται οι προστατευτικές ιδιότητες της μεσογειακής διατροφής στη λειτουργία του εγκεφάλου και τα οφέλη της σε ανθρώπους με άνοια. Οι διατροφικές συνήθειες στη Μεσόγειο φαίνεται να συμβάλλουν στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου και στη διατήρηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της λειτουργικότητας του ατόμου. Η ανάπτυξη υπηρεσιών που εστιάζουν στη μεσογειακή διατροφή και προβάλλουν τα οφέλη της στη τρίτη ηλικία, μπορεί να προσελκύσει επιπλέον τουρίστες του εξωτερικού.

### **Ιατρική Παρακολούθηση**

Η διεθνής πρακτική επιτάσσει τη διασύνδεση των μονάδων με το δίκτυο δημόσιων μονάδων υγείας και πρόνοιας. Στην Ελλάδα, η διασύνδεση με τα δημόσια νοσοκομεία είναι δυσχερής ή δεν προβλέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Ωστόσο, το αντίστοιχο δίκτυο μπορεί να αντικατασταθεί σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, προσφέροντας παράλληλα υπηρεσίες από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Ενδεικτικά αναφέρονται ειδικότητες όπως νευρολόγος, παθολόγος-γηρίατρος, φυσίατρος, καρδιολόγος, δερματολόγος, χειρουργός, πνευμονολόγος και ενδοκρινολόγος.

### **Ποιότητα ζωής**

Η παροχή υπηρεσιών με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με άνοια, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των υπηρεσιών φροντίδας και υγείας. Η προσβασιμότητα στους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους, η σταθερότητα του πλαισίου και η ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου, η δυνατότητα επικοινωνίας στη μητρική γλώσσα και ο σεβασμός στα ήθη, τα έθιμα και τη θρησκεία κάθε ατόμου, αποτελούν ιδιαίτερες προβλέψεις των παρεχόμενων υπηρεσιών που ενισχύουν την ποιότητα ζωής των ξένων τουριστών στο διάστημα της διαμονής τους. Συμπληρωματικά, η δυνατότητα αποκλειστικής φροντίδας και συνοδείας, καθώς και η παροχή υπηρεσιών άθλησης, ευεξίας και καλλωπισμού, συμβάλλουν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

### **3.6.6. Αξιολόγηση Αναγκών**

Τα τελευταία χρόνια στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον σχετικά με την αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων του κράτους πρόνοιας. Η βασική πεποίθηση είναι ότι η «ορθή» αξιολόγηση για τις ανάγκες του πληθυσμού θα συμβάλει στην κάλυψη τους από το κράτος.<sup>17</sup> Οι στρατηγικές που ακολουθούνται από τους μηχανισμούς περίθαλψης διαφόρων κρατών δίνουν μεγάλη σημασία στις μεθόδους αξιολόγησης των αναγκών.

Αρκετές θεωρίες προτείνουν τρόπους για τη σωστή αξιολόγηση αναγκών. Είναι δύσκολο όμως να διακρίνει κανείς τις ανάγκες κάθε ατόμου και κάθε κοινωνικής ομάδας, αλλά και τον τρόπο για να τις καλύψει. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας κοινός λειτουργικός ορισμός της ανάγκης περιπλέκει την

κατάσταση. Από ό,τι φαίνεται, ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις ανάγκες αλλάζει με γνώμονα την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική τάξη και τις συνθήκες της ζωής τους. Η αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία μπορεί να είναι πολύ αναλυτική, με σκοπό την αποφυγή ή αναβολή της επιδείνωσης της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου και άρα της εξάρτησης, όπως επίσης της αξιολόγησης των τρεχουσών αναγκών για υποστήριξη σε διάφορους τομείς της ζωής τους.

Το ΙΚΠΙ έχει διαμορφώσει ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο εφαρμόζει την τελευταία διετία στις Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων, προκειμένου να αξιολογεί τις ανάγκες των ηλικιωμένων και ανάλογα να σχεδιάζει και να υλοποιεί δράσεις παρέμβασης για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους.



## 3.7. Νομικό Πλαίσιο – Θεσμικές Προϋποθέσεις Υπηρεσιών Υγείας

### 3.7.1. Εισαγωγή

Όπως ορίζεται στο Άρθρο 21 του Συντάγματος, το Κράτος, στο πλαίσιο της μέριμνας για την υγεία των πολιτών, εξασφαλίζει με ειδικά μέτρα την προστασία του γήρατος. Κατ' επέκταση, η προστασία και η μέριμνα των ηλικιωμένων εξασφαλίζεται με την ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και της αποκατάστασης και περίθαλψης αυτών. Τα ανωτέρω προγράμματα δύνανται να υλοποιούνται και από ιδιωτικούς φορείς κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα οι οποίοι θα πρέπει, σύμφωνα με τις καταστατικές τους διατάξεις, να έχουν σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη, περίθαλψη και πρόνοια των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και τα Κέντρα ημερήσιας φροντίδας, όπως ορίζονται στην κείμενη νομοθεσία, υπόκεινται σε σύστημα προηγούμενης αδειοδότησης. Η ύπαρξη συστήματος αδειοδότησης για τις προνοιακές αυτές δομές, που ιδρύονται από ιδιώτες και φορείς ιδιωτικού δικαίου στο πλαίσιο του Ν. 2345/1995 και των κανονιστικών αποφάσεων σε εκτέλεση αυτού, δικαιολογείται από επιτακτικό λόγο δημοσίου συμφέροντος. Κρίθηκε δε αναγκαίο να θεσπιστεί γιατί σε αντίθετη περίπτωση οι εν λόγω δομές θα μπορούσαν να ιδρύονται και να λειτουργούν ανεξέλεγκτα εις βάρος των φιλοξενουμένων και του κοινωνικού συνόλου.<sup>1</sup> Αντίστοιχα, η απαίτηση τήρησης συγκεκριμένης αναλογίας προσωπικού επιβάλλεται από την ισχύουσα νομοθεσία και δικαιολογείται για λόγους δημόσιας υγείας και κοινωνικής πολιτικής, δεδομένου ότι τα ηλικιωμένα άτομα ανήκουν σε ευάλωτη πληθυσμιακή κατηγορία. Συναφώς, η εφαρμοζόμενη διαδικασία αδειοδότησης εξασφαλίζει, μεταξύ άλλων, την τήρηση ελάχιστων κτιριακών προδιαγραφών, χωρίς τις οποίες ενδέχεται να τεθεί σε κίνδυνο η υγεία και η ασφάλεια των ηλικιωμένων στις παραπάνω δομές.

Επιπροσθέτως, η κείμενη νομοθεσία στην Ελλάδα ως προς τις προνοιακές δομές για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, προσδίδει ένα ιδιαίτερο χαρακτήρα σ' αυτές, καθώς τις χαρακτηρίζει ως δομές που επιτελούν πρωτίστως έναν κοινωνικό ρόλο. Παρόλο που καταβάλλεται μηνιαίο ποσό από τους φιλοξενούμενους ηλικιωμένους για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται,

αυτό που προέχει δεν είναι η αποκόμιση κέρδους, αλλά η προστασία των ανθρώπων που διαβιούν σ' αυτές.

### 3.7.2. Προϋποθέσεις Ίδρυσης Και Λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων Από Φορείς Ιδιωτικού Δικαίου Κερδοσκοπικού Ή Μη Χαρακτήρα

#### Υπουργική Απόφαση Π1γ/οικ.81551/25.6.2007

##### Ορισμοί

Σύμφωνα με το Άρθρο 1.α. της Υπουργικής Απόφασης (Υ.Α.) Π1γ/οικ.81551/25.6.2007, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι οι μονάδες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη).

ΥΑ Π1γ/οικ.81551/25.6.2007 (ΦΕΚ 1136/Β/25.6.2007), Τροποποίηση και συμπλήρωση των υπ' αριθμ. Π4Β/οικ. 3176/6.6.1996 (ΦΕΚ 455/τ. Β'/1996) και Π4β/οικ.4690/30.8.1996 (ΦΕΚ 833/τ. Β'/1996) υπουργικών αποφάσεων «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και Μ.Φ.Η. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα», αντίστοιχα. Με το Άρθρο 1.β. ορίζεται ότι Μ.Φ.Η. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι οι μονάδες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) χωρίς επιχειρηματικό κέρδος. Τα καταβαλλόμενα δε τροφεία στις μονάδες αυτές καλύπτουν τα έξοδα λειτουργίας τους και μόνο.

##### Υπηρεσίες και δραστηριότητες Μ.Φ.Η.

Με βάση το Άρθρο 1β εδ. β., οι Μ.Φ.Η. εξασφαλίζουν υποχρεωτικώς σ' αυτά:

- Υγιεινή διαμονή προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε κατηγορίας περιθαλπόμενων, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωσή τους.
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή ανάλογη με την κατάσταση της υγείας του κάθε περιθαλπόμενου, με ελάχιστο ημερήσιο όριο τις 1.600 θερμίδες τροφής με τη σωστή ποιοτική σύνθεση.
- Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητά τους, καθώς και την καθαριότητα των χώρων της Μονάδας.
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση, καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία. Η νοσηλεία θα περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτήριο.
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων (χειρολαβές, χειρολισθήρες, απλά και ειδικά μπαστούνια, περιπατητήρες κλπ.).
- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγία, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περίπτωση του περιθαλπόμενου. Φυσικοθεραπεία με την εφαρμογή απλών φυσιοθεραπευτικών

ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων ή μέριμνα για την περαιτέρω ειδική θεραπεία σε φυσικοθεραπευτήρια, αν κριθεί απαραίτητο, με σκοπό τη βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης τους, εφόσον αυτή κρίνεται επιστημονικά εφικτή.

- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους, σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.
- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Επίσης, στις μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα απαγορεύονται οι επιχειρηματικές δραστηριότητες με εξαίρεση εκείνες των οποίων το προϊόν χρησιμοποιείται προς όφελος των ηλικιωμένων, π.χ. καλλιέργεια οπωροκηπευτικών ή δωρεάν κόμμωση και κούρεμα των περιθαλπόμενων.

### Άδεια ίδρυσης

Η παραπάνω Υπουργική Απόφαση ορίζει το νομικό πλαίσιο για την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας των Μ.Φ.Η.

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 της Υ.Α.:

- Για την ίδρυση Μ.Φ.Η. είναι αναγκαία η ύπαρξη καταλλήλου οικοπέδου ή κτιρίου με την ανάλογη έκταση οικοπέδου.
- Οι Μ.Φ.Η. μπορούν να ιδρύονται μέσα σε αστικές περιοχές, αλλά και σε περιοχές εκτός σχεδίων πόλεων, αρκεί να υπάρχει το κατάλληλο οδικό δίκτυο για την απρόσκοπτη προσέγγιση των τροχοφόρων.
- Επιτρέπεται η εγκατάσταση των Μ.Φ.Η. σε οικοδομές, όταν τμήματα των οικοδομών αυτών χρησιμοποιούνται για άλλο σκοπό με την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει ξεχωριστή είσοδος-έξοδος για τη Μονάδα.
- Επιτρέπεται η εγκατάσταση των Μ.Φ.Η. σε οικοδομές, όταν τμήματα των οικοδομών αυτών χρησιμοποιούνται για άλλο σκοπό με την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει ξεχωριστή είσοδος-έξοδος για τη Μονάδα.
- Το γήπεδο της Μ.Φ.Η. πρέπει να εκπληρώνει τους όρους χρήσης γης της ισχύουσας πολεοδομικής νομοθεσίας, να απέχει 300 τουλάχιστον μέτρα από την περίμετρο εγκεκριμένης βιομηχανικής ζώνης, θορυβώδη εργαστήρια και εν γένει ανθυγιεινές και οχληρές εγκαταστάσεις, όπως αυτές χαρακτηρίζονται από την κατά νόμο αρμόδια Επιτροπή, σύμφωνα με τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις και να εξυπηρετείται από τα Δίκτυα παροχής πόσιμου νερού, ηλεκτρικού ρεύματος, και τηλεφώνου.
- Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τη Διεύθυνση ή το Τμήμα Πρόνοιας της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας του τόπου εγκατάστασης της μονάδας, μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών.
- Μετά την έγκριση των σχεδίων από λειτουργική άποψη, υποβάλλεται στην αρμόδια Πολεοδομία (ή Πολεοδομικό Γραφείο) ο πλήρης φάκελος για έκδοση της Οικοδομικής Άδειας (μαζί με τα εγκεκριμένα από πλευράς λειτουργικότητας σχέδια). Για τα υπάρχοντα κτίρια που έχουν νόμιμη

οικοδομική άδεια, ακολουθείται η ίδια διαδικασία, αλλά εκδίδεται από το αρμόδιο Γραφείο Πολεοδομίας η οικοδομική άδεια νέας χρήσης σύμφωνα με τις Διατάξεις του Άρθρου 5 του ΓΟΚ ν. 1577/1985 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

- Μετά την έκδοση άδειας δόμησης και την υποβολή της εγκεκριμένης πλήρους μελέτης στη Διεύθυνση (ή το τμήμα) Πρόνοιας, χορηγείται η άδεια ίδρυσης.

Ειδικότερα, οι Μ.Φ.Η. υπάγονται στις διατάξεις:

- Του Κτιριοδομικού Κανονισμού στην κατηγορία χρήσης «Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια» και
- Του Κανονισμού Πυροπροστασίας νέων κτιρίων στην κατηγορία «χρήσης Η».

Στον δε σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των χώρων της Μ.Φ.Η. θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο «Κανονισμός άρσης αρχιτεκτονικών εμποδίων από τα κτίρια Υγείας και Πρόνοιας, για τη διευκόλυνση της χρήσης τους από αναπήρους και άτομα μειωμένης κινητικότητας».

### Άδεια λειτουργίας

Το Άρθρο 3 ορίζει ότι:

- Όταν ολοκληρωθεί η κατασκευή και ο εξοπλισμός του κτιρίου και του περιβάλλοντα χώρου, για την άδεια λειτουργίας της Μ.Φ.Η. υποβάλλονται στη Διεύθυνση ή το Τμήμα Πρόνοιας της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας τα απαραίτητα δικαιολογητικά (όπως αυτά περιγράφονται στο Άρθρο).
- Εκδίδεται στη συνέχεια η άδεια λειτουργίας με απόφαση του Νομάρχη\*<sup>1</sup> (οι αρμοδιότητες αυτές έχουν περιέλθει πλέον στην Περιφέρεια), ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας Επιτροπής\*<sup>2</sup>, ότι η επιχείρηση συγκεντρώνει τους όρους και τις προϋποθέσεις της παρούσας απόφασης. Η παραπάνω απόφαση της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
- Η αναθεώρηση της άδειας λειτουργίας είναι απαραίτητη όταν μεταβάλλεται ένα από τα παρακάτω στοιχεία: α) Ιδιοκτησιακό καθεστώς β) Δυναμικότητα κλινών γ) Εσωτερικός Κανονισμός δ) Λειτουργία της Μ.Φ.Η. (διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων, κλπ.).
- Σε περίπτωση που στις Μ.Φ.Η. μεταβληθεί το ιδιοκτησιακό καθεστώς ή ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, αυτές οφείλουν μέσα σε διάστημα 6 μηνών να ενημερώσουν εγγράφως τη Διεύθυνση ή το Τμήμα Πρόνοιας της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, η οποία εκδίδει αναθεωρημένη Άδεια Λειτουργίας της επιχείρησης χωρίς καμιά άλλη διαδικασία. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.

\*1 Όπου αναφέρεται «Νομάρχης», «Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση» και σχετικά, βλ. Ν. 3852/2010 Άρθρο 283 παρ. 2, «Από την έναρξη λειτουργίας των περιφερειών καταργούνται οι ενιαίες νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις και τα νομαρχιακά διαμερίσματα. Οι περιφέρειες υπεισέρχονται, αυτοδικαίως, μετά την έναρξη ασκήσεως των αρμοδιοτήτων τους, σε όλα τα δικαιώματα, περιλαμβανομένων και των εμπραγμάτων, καθώς και στις υποχρεώσεις, των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων» και Άρθρο 283 παρ. 3 «Λοιπές Αρμοδιότητες Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, όπως είχαν οριστεί και ασκούσαν με διατάξεις τυπικών νόμων και κανονιστικών πράξεων και οι οποίες δεν έχουν απονεμηθεί στις περιφέρειες με το Άρθρο 186 του παρόντος, ούτε έχουν μεταβιβαστεί στις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις και τους δήμους ασκούνται, μετά την εγκατάσταση των οικείων αιρετών οργάνων από την περιφέρεια, με εξαίρεση θέματα διαχείρισης και προστασίας των δασών, καθώς και θέματα χωροταξίας και περιβάλλοντος, η άσκηση των οποίων περιέχεται στην Αποκεντρωμένη Διοίκηση».

\*2 ΥΑ Π1γ/οικ.81551/25.6.2007 (ΦΕΚ 1136/Β/25.6.2007), Τροποποίηση και συμπλήρωση των υπ' αριθμ. Π4Β/οικ. 3176/6.6.1996 (ΦΕΚ 455/τ. Β'/1996) και Π4β/οικ.4690/30.8.1996 (ΦΕΚ 833/τ. Β'/1996) υπουργικών αποφάσεων «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και Μ.Φ.Η. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα», αντίστοιχα.

- Οι Μ.Φ.Η. οι οποίες επιθυμούν αλλαγή στη δυναμικότητα των κλινών τους ή στην λειτουργία της μονάδας (διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων, κλπ.), οφείλουν να υποβάλουν στη Διεύθυνση ή στο Τμήμα Πρόνοιας της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας τα παρακάτω στοιχεία, υπογεγραμμένα από έχοντα τη σχετική αρμοδιότητα διπλωματούχο Μηχανικό: (α) έκθεση στην οποία θα περιγράφονται οι λειτουργικές τροποποιήσεις, καθώς και οι τροποποιήσεις χώρων και δυναμικότητας. (β) Κατόψεις στις οποίες θα έχουν αποτυπωθεί οι εν λόγω τροποποιήσεις. Στη συνέχεια, η Διεύθυνση ή το Τμήμα Πρόνοιας της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας εκδίδει αναθεωρημένη άδεια λειτουργίας (ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας επιτροπής). Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.
- Για τις Μ.Φ.Η. που έχουν λάβει άδεια λειτουργίας πριν από τη δημοσίευση της παρούσας, κάθε νέα προσθήκη κτισμάτων θα διέπεται μόνο ως προς τις διαστάσεις των θαλάμων, τον χώρο διημέρευσης, την τραπεζαρία και τις υπαίθριες εγκαταστάσεις από τις ρυθμίσεις του παρόντος κτιριολογικού προγράμματος.
- Οι Μ.Φ.Η. οι οποίες έχουν λάβει άδεια λειτουργίας πριν από τη δημοσίευση της παρούσας και έχουν προβεί σε τροποποιήσεις των εγκαταστάσεών τους που συνεπάγεται αύξηση ή μείωση των κλινών τους, οφείλουν να υποβάλουν στη Διεύθυνση ή το Τμήμα Πρόνοιας της οικείας Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας μέσα σε διάστημα ενός (1) έτους από τη δημοσίευση της παρούσας τα απαραίτητα στοιχεία (όπως αυτά περιγράφονται στο οικείο Άρθρο). Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.
- Σε περίπτωση μεταστέγασης Μ.Φ.Η. απαιτείται νέα άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας απόφασης.

### **Ειδικότερες προϋποθέσεις λειτουργίας:**

Τα Άρθρα 4 έως 13 της ανωτέρω Υ.Α. αναφέρονται στις προϋποθέσεις λειτουργίας των Μ.Φ.Η. και ειδικότερα στο κτιριολογικό πρόγραμμα (Άρθρο 4), στα μέτρα ασφάλειας (Άρθρο 5), στα χαρακτηριστικά θαλάμων (Άρθρο 6), στο λουτρό και στις ειδικές κατασκευές (Άρθρο 7), στο μαγειρείο και στους χώρους αυτού (Άρθρο 8), στο δάπεδο και στις επιστρώσεις επικαλύψεις (Άρθρο 9), στη θέρμανση, στον αερισμό και στον φωτισμό (Άρθρο 10), στις εγκαταστάσεις (Άρθρο 11), στα βιβλία και στοιχεία της Μονάδας (Άρθρο 12) και στο προσωπικό (Άρθρο 13).

Περαιτέρω, το Άρθρο 15 παρέχει την εποπτεία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ως προς την πιστή εφαρμογή των κειμένων διατάξεων για την ίδρυση και λειτουργία τους, στις αρμόδιες κατά τόπους Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, οι οποίες οφείλουν να ελέγχουν ανελλιπώς τις Μονάδες αυτές και να ορίζουν σε κάθε μια απ' αυτές ένα Κοι-

ωνικό Σύμβουλο σύμφωνα με την παρ. 4 του Άρθρου 1 του Ν. 2345/1995.

Επίσης, η νομοθεσία που ρυθμίζει τις προϋποθέσεις για την αδειοδότηση των προαναφερθεισών προνοιακών δομών (Μ.Φ.Η. και Κ.Η.Φ.Η.) δεν εισάγει διακρίσεις (άμεσα ή έμμεσα στο πεδίο της ιθαγένειας ή της επιχειρηματικότητας) εις βάρος των κοινοτικών υπηκόων. Οι ενδιαφερόμενοι που επιθυμούν να ιδρύσουν μονάδες ΚΗΦΗ θα πρέπει να απευθύνονται στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των κατά τόπους περιφερειακών ενοτήτων των περιφερειών της χώρας.

### **3.7.3. Προϋποθέσεις Ίδρυσης Και Λειτουργίας Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων Από Φορείς Ιδιωτικού Δικαίου Κερδοσκοπικού Ή Μη Χαρακτήρα – Υ.α. Π1γ/Αγπ/Οικ. 14963/9.10.2001**

#### **Ορισμοί**

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) ρυθμίζονται από την Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/9.10.2001 «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας (Κ.Η.Φ.Η.) από Δημοτικές Επιχειρήσεις του Άρθρου 277 και επόμενα του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.), Διαδημοτικές Επιχειρήσεις και Ενώσεις Δημοτικών Επιχειρήσεων και φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα», όπως τροποποιήθηκε δυνάμει α) της Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.57048/19.6.2002 και β) της Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.11801/5.2.2003.

Το Άρθρο 1 της ως άνω Υ.Α. ορίζει ότι Κ.Η.Φ.Η. είναι οι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει.

Σκοπός των Κ.Η.Φ.Η. είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών.

Για τη λειτουργία κάθε Κ.Η.Φ.Η. είναι απαραίτητη η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας. Τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ-Λέσχες Φιλίας που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται, επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

#### **Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας**

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 της Υ.Α. για τη λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση (πλέον Περιφέρειας). Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας χορη-

γείται από τη Διεύθυνση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου εγκατάστασης του Κέντρου (πλέον Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της αρμόδιας Περιφέρειας), μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών.

Εν συνεχεία, εκδίδεται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας με απόφαση του Νομάρχη (πλέον στην Περιφέρεια), ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας Επιτροπής καταλληλότητας ότι το Κέντρο πληροί τους όρους και τις προϋποθέσεις της παρούσας απόφασης (η Επιτροπή καταλληλότητας για τα Κ.Η.Φ.Η. ορίζεται όπως και η επιτροπή για τις Μ.Φ.Η.).

### **Τεχνικές προδιαγραφές, προσωπικό, ευθύνη νομικών προσώπων και έλεγχος**

Το Άρθρο 3 της Υ.Α. περιγράφει τις συγκεκριμένες τεχνικές προδιαγραφές που θα πρέπει να πληροί το κτίριο για την άνετη και ασφαλή διαβίωση και μετακίνηση των ηλικιωμένων.

Το κτίριο του Κέντρου θα πρέπει να είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού, του Κτιριοδομικού Κανονισμού—κατηγορία χρήσης Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια—καθώς και του εκάστοτε ισχύοντα κανονισμού πυροπροστασίας. Επίσης, όλοι οι χώροι του Κέντρου πρέπει να είναι προσπελάσιμοι από όλους τους χρήστες και να έχουν δάπεδο αντιολισθητικό που να καθαρίζεται εύκολα.

Αντίστοιχα, το Άρθρο 6 της ως άνω Υ.Α.<sup>\*3</sup> ορίζει ότι στο κέντρο θα απασχολείται κατ' ελάχιστο ένας νοσηλευτής, επιμελητές πρόνοιας ή κοινωνικοί φροντιστές ή απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή ΙΕΚ ή υποχρεωτικής εκπαίδευσης με αποδεδειγμένη κατάρτιση ή/και εμπειρία στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε ηλικιωμένους, ένας οδηγός στην περίπτωση που το Κέντρο διαθέτει μέσο μεταφοράς των ηλικιωμένων και ένα βοηθητικό προσωπικό με συναφή εμπειρία. Το ανωτέρω προσωπικό ισχύει για Κέντρα δυναμικότητας μέχρι 25 άτομα. Για επιπλέον άτομα το προσωπικό αυξάνεται αναλόγως. Στο Κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (π.χ κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κλπ). Το προσωπικό που θα απασχοληθεί στο Κέντρο θα υποβάλλει πιστοποιητικό υγείας, το οποίο θα ανανεώνεται κάθε χρόνο.

Επίσης, το Άρθρο 7 της παραπάνω Υ.Α. ορίζει ότι τα νομικά πρόσωπα στο όνομα των οποίων θα εκδοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, ευθύνονται για την άρτια οργάνωση και απρόσκοπτη λειτουργία αυτών και υποχρεώνονται να συμμορφώνονται με τις, κάθε φορά, παρεχόμενες οδηγίες από την εποπτεύουσα Αρχή. Σύμφωνα δε με το Άρθρο 9 της προαναφερθείσας Υ.Α., ο έλεγχος για την καλή λειτουργία των Κέντρων διενεργείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες της Περιφέρειας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Άρθρου 1 Ν. 2345/1995 περί οργανωμένων υπηρεσιών παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις.

<sup>\*3</sup> Όπως τροποποιήθηκε με την Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.57048/19.6.2002, η οποία τροποποιήθηκε εκ νέου με την Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.11801/5.2.2003.

### 3.7.4. Νομοθετήματα Συναφή Με Την Παροχή Οργανωμένων Υπηρεσιών Προστασίας

Σύμφωνα με το Άρθρο 1 Ν.Δ. 162/1973, η προστασία των υπερηλίκων και των εκ χρόνιων παθήσεων πασχόντων ατόμων ανήκει στην αρμοδιότητα του υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών. Τα δε επόμενα άρθρα του διατάγματος αναφέρονται αναλυτικά στο περιεχόμενο της προστασίας των υπερηλίκων από τις αρμόδιες υπηρεσίες κέντρων δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων για την προστασία υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων.

#### **N. 2345/1995 περί οργανωμένων υπηρεσιών παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.**

- Το Άρθρο 1 Ν. 2345/1995 ορίζει ότι τα σωματεία, οργανισμοί, ιδρύματα, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, ενώσεις προσώπων και γενικά φορείς μη υπαγόμενοι στον δημόσιο τομέα, που ασκούν κοινωνική πρόνοια, καθώς και ιδιώτες, δεν επιτρέπεται να παρέχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχέση με την προστασία του παιδιού ή ατόμων με ειδικές ανάγκες (παιδιών και ενηλίκων) ή ηλικιωμένων ή ανιάτων ή χρονίως πασχόντων ατόμων ή να ασκούν παρεμφερείς δραστηριότητες, πριν από την έκδοση σχετικής άδειας λειτουργίας από την οικεία Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας.
- Σύμφωνα με το Άρθρο 2 Ν. 2345/1995, με αποφάσεις του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ορίζονται, με την επιφύλαξη των διατάξεων του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού και των Ειδικών Οικοδομικών Κανονισμών που ισχύουν στην περιφέρεια, οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία φορέων κοινωνικής πρόνοιας ιδιωτικού δικαίου.
- Με τις ίδιες αποφάσεις ορίζονται οι υπεύθυνοι για τη σύμφωνα με τον νόμο λειτουργία, ο τρόπος άσκησης της εποπτείας και της επιστημονικής αξιολόγησης του έργου τους από τις υπηρεσίες του Υπουργείου και τις οικείες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις (πλέον Περιφέρειες), τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και κάθε σχετική λεπτομέρεια.
- Σύμφωνα με το Άρθρο 3 Ν. 2345/1995, με αποφάσεις που εκδίδονται από τους υπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας και δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ορίζονται τα της συστάσεως και λειτουργίας πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων επιτροπών που θα αποφαινούνται για την καταλληλότητα των χώρων και τις άλλες προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη λήψη άδειας λειτουργίας κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου.
- Σύμφωνα με το Άρθρο 4 Ν. 2345/1995, με απόφαση του Νομάρχη (πλέον στην Περιφέρεια) ορίζεται σε κάθε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας ένας κοινωνικός λειτουργός ή άλλος κοινωνικός επιστήμονας που υπηρετεί σε αυτή ως κοινωνικός σύμβουλος. Ο κοινωνικός σύμβουλος ασκεί επίβλεψη και συνεχή παρακολούθηση



των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιδιώτες και τους φορείς της παρ. 1 του παρόντος Άρθρου και του Άρθρου 3 του παρόντος νόμου ως προς την ποιότητα και την επάρκεια των υπηρεσιών αυτών.\*<sup>4</sup>

- Το Άρθρο 5 Ν. 2345/1995 ορίζει ότι οι οίκοι ευγηρίας, τα Γηροκομεία και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και οι άδειες λειτουργίας θα εκδίδονται από τότε και έπειτα μόνο με τη χρήση αυτού του τίτλου.

\*4 Βλ. και Άρθρο 186, παρ. II Z, Άρθρο 18 Ν. 3852/2010 «18. Η άσκηση αρμοδιοτήτων σχετικών με τον Κοινωνικό Σύμβουλο, κατ' εφαρμογή της παρ. 4 του Άρθρου 1 του ν. 2345/1995, καθώς και αρμοδιοτήτων ελέγχου του ιδρύματος ή της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) και των Φορέων παιδικής προστασίας, περιλαμβανομένης της σύνταξης σχετικών εκθέσεων και διατύπωσης αντίστοιχων προτάσεων».

#### **Ν. 4052/2012 – Διατάξεις Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Με το Άρθρο 27 παρ. 23 Ν. 4052/2012 προστίθεται παράγραφος 7 στο Άρθρο 1 του Ν.2345/1995 ως ακολούθως: «7. Για τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου της παραγράφου 1 που λειτουργούν κατά την ψήφιση του παρόντος νόμου, μέχρι την έκδοση των υπουργικών αποφάσεων της παραγράφου 2, οι τροποποιήσεις των αδειών λειτουργίας τους ή οι επεκτάσεις των κτιριακών τους υποδομών γίνονται με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ίσχυαν όταν εκδόθηκε η αρχική άδεια λειτουργίας τους ή σε κάθε άλλη περίπτωση ύστερα από έγκριση σκοπιμότητας του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

#### **Υπουργικές Αποφάσεις**

Το βασικό Ν. 2345/1995 συμπληρώνουν μια σειρά νομοθετημάτων, διατάξεων και εγκυκλίων που εφαρμόζονται σε κάθε προνοιακή δομή ξεχωριστά. Παρατίθενται οι κυριότερες Υπουργικές Αποφάσεις σχετικά με τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας:

- Με την Υ.Α. Δ27/οικ.7603/329/1.4.2013 τροποποιείται η παράγραφος 4 του Άρθρου 1 της Υ.Α. Π1γ/οικ. 81551/25.6.2007 ως εξής: «Το ανώτατο όριο δυναμικότητας εκατό (100) κλινών ως προϋπόθεσης για την έκδοση άδειας λειτουργίας κάθε Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα καταργείται».
- Με την Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.123831/9.11.2011 σχετικά με τη διεκπεραίωση και μέσω των Ενιαίων Κέντρων Εξυπηρέτησης (ΕΚΕ) της διαδικασίας χορήγησης άδειας ίδρυσης, λειτουργίας και αναθεώρησης των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού χαρακτήρα από ιδιώτες, σε εκτέλεση των διατάξεων του Ν. 3844/2010, ορίζεται η προθεσμία έκδοσης άδειας ίδρυσης, λειτουργίας και αναθεώρησης άδειας λειτουργίας των Μ.Φ.Η.
- Ειδικότερα, κατ' επιταγή της ανωτέρω Υ.Α., ως προθεσμία ορίζεται το ανώτατο όριο των εξήντα ημερών από την περιέλευση του αιτήματος και όλων των απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία.
- Σε περίπτωση παρέλευσης άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας, θεωρείται ότι η αίτηση του ενδιαφερόμενου έχει γίνει σιωπηρώς δεκτή και η άδεια έχει εκδοθεί, σύμφωνα με την παρ. 4 του Άρθρου 14 του Ν. 3844/2010. Ο ενδιαφερόμενος, στην προαναφερόμενη περίπτωση

ση της σιωπηρής έγκρισης, μπορεί να ζητήσει σχετική βεβαίωση από την έκδοση της πράξης διοικητική αρχή, σύμφωνα με την παρ. 4 του Άρθρου 10 του Ν. 3230/2004.

- Με την ως άνω Υ.Α., στον αιτούντα (φυσικό ή νομικό πρόσωπο), όταν θεωρεί ότι χωρίς νόμιμη αιτία δεν γίνεται δεκτή η αίτηση του ή ότι η διοίκηση καθυστερεί ανατιολόγητα, παρέχεται η δυνατότητα προσφυγής στην τακτική δικαιοσύνη κατά της πράξης ή της παράλειψης της διοικητικής αρχής προς την οποία έχει υποβληθεί η αίτηση του.
- Με την Υ.Α. Π1γ/οικ.80794/3.8.2011 τροποποιείται και συμπληρώνεται η Υ.Α. Π1γ/οικ. 81551/25.6.2007 και η Υ.Α. Π1γ/οικ.129673/28.9.2009 σχετικά με τις πρωινές, απογευματινές και βραδυνές βάρδιες των νοσηλευτών.
- Με την Υ.Α. Π2γ/οικ.59633/16.06.2011 καθορίζεται η μορφή του Αριθμού Μητρώου στο Εθνικό Μητρώο και στο Μητρώο Περιφερειακών Ενοτήτων Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- Με την Υ.Α. Π1γ/οικ.129673/2.10.2009 η παράγραφος 4 του Άρθρου 11 της Υ.Α. Π1γ/οικ. 81551/25.6.2007 τροποποιείται ως εξής: «Φορητές συσκευές συμπύκνωσης οξυγόνου, μία μέχρι 25 κλίνες, όπως και φορητή συσκευή αναρρόφησης μία μέχρι 25 κλίνες, η χρήση της οποίας θα γίνεται πάντα παρουσία του γιατρού της μονάδας».
- Η Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.57048/19.6.2002, η οποία τροποποιήθηκε εκ νέου με την Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.11801/5.2.2003 σχετικά με το ελάχιστο προσωπικό των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.
- Η Υ.Α. 2824/11.09.1979 ρυθμίζει τον τρόπο συγκροτήσεως των Επιτροπών γνωματεύσεως (πλέον Επιτροπές Καταλληλότητας) για έκδοση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Επιχειρήσεων περιθάλψεως υπερηλίκων και από κινητική αναπηρία ανιάτως πασχόντων ατόμων.
- Σύμφωνα με την παράγραφο 3 της ως άνω Υ.Α., η συγκροτούμενη από τον οικείο Νομάρχη (πλέον στην Περιφέρεια) Επιτροπή απαρτίζεται: α) Από ένα ιατρό κατά προτίμηση υγιεινολόγο της Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας. β) Από ένα τεχνικό δημόσιο υπάλληλο της Νομαρχίας και γ) Από ένα Κοινωνικό Λειτουργό της Διευθύνσεως ή Τμήματος Κοινωνικής Προνοίας. Έργο της Επιτροπής αυτής είναι η γνωμοδότηση, μετά από αυτοψία, εάν πληρούνται οι οριζόμενες από τις διατάξεις του Π.Δ. 692/1979 προϋποθέσεις και όροι εξ απόψεως θέσεως, επάρκειας προσωπικού, καταλλήλου διαρρυθμίσεως του κτιρίου, εξοπλισμού, υποχρεώσεων και παροχής υπηρεσιών προς τούς περιθαλπόμενους, επιφανείας των χώρων, εγκαταστάσεων υγιεινής, μηχανολογικών και ηλεκτρικών εγκαταστάσεων, χώρων ψυχαγωγίας, φυσιοθεραπείας, απασχολήσεως, εστίασεως, μαγειρείων, πλυντηρίων, κοινοχρήστων και ακαλύπτων χώρων, προκειμένου να χορηγούνται οι οριζόμενες από το νόμο άδειες ίδρύσεως, άδειες λειτουργίας και οι προσωρινές άδειες λειτουργίας των Επιχειρήσεων.

### 3.7.5. Κέντρα Θαλασσοθεραπείας, Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας Και Κέντρα Ιαματικού Τουρισμού

**Με την Υ.Α. 1506/7.2.2018 καθορίζονται οι τεχνικές και λειτουργικές προδιαγραφές ανέγερσης, μετατροπής και επέκτασης Κέντρων Θαλασσοθεραπείας (Κ.Θ.).**

Κατά το Άρθρο 1 της ως άνω Υ.Α., οι τεχνικές και λειτουργικές προδιαγραφές των κέντρων θαλασσοθεραπείας διασφαλίζουν: α) Τη χωροθέτηση των κέντρων θαλασσοθεραπείας με κριτήριο την κάλυψη και στήριξή τους από πλευράς γενικής υποδομής, καθώς και ειδικής τουριστικής υποδομής. β) Την άρτια διάταξη και διαμόρφωση των χώρων τους για την κάλυψη των αναγκών των σύγχρονων συστημάτων θαλασσοθεραπείας, με μέτρο αναλογικότητας κέντρα θαλασσοθεραπείας με δυναμικότητα 100 ατόμων ημερησίως με δεκάωρη (10) λειτουργία. γ) Την ασφάλεια των χρηστών και του απασχολούμενου στις υπηρεσίες των Κ.Θ. προσωπικού.

Κατά την παράγραφο 2 του Άρθρου 1, τα Κέντρα Θαλασσοθεραπείας είναι εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής, κατά την έννοια της παραγράφου 3 του Άρθρου 1 του Ν. 4276/2014, με ειδικό εξοπλισμό, στις οποίες γίνεται χρήση θερμαινόμενου θαλασσινού νερού, άμμου, λάσπης ή ηφαιστειακών λίθων, φυκιών και άλλων θαλάσσιων ουσιών για λόγους υγείας, προληπτικούς ή θεραπευτικούς, υπό ιατρική παρακολούθηση και σε συνδυασμό με το θαλάσσιο περιβάλλον.

Τα Κέντρα Θαλασσοθεραπείας ιδρύονται είτε αυτοτελώς είτε σε συνδυασμό με νέα ή λειτουργούντα κύρια ξενοδοχειακά καταλύματα της παραγράφου 2.α. του Άρθρου 1 του Ν. 4276/2014, κατηγορίας 4 και 5 αστέρων. Προϋποθέσεις για την ανέγερση Κέντρου Θαλασσοθεραπείας είναι το συμβατό με τον σκοπό και τη λειτουργία του θαλάσσιου περιβάλλοντος από την περιοχή του οποίου εξασφαλίζεται η χωρίς αλλοιώσεις μεταφορά του θαλασσινού νερού. Τα Κέντρα Θαλασσοθεραπείας δύνανται να συνοδεύονται από αθλητικές εγκαταστάσεις τηρώντας τις εκάστοτε προβλεπόμενες προδιαγραφές.

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 της ως άνω Υ.Α., στο πλαίσιο της περιβαλλοντικής αδειοδότησης του έργου, η Ειδική Υπηρεσία Προώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) γνωμοδοτεί ως προς την καταλληλότητα του οικοπέδου/γηπέδου στο οποίο θα ανεγερθεί το Κέντρο Θαλασσοθεραπείας στην αρμόδια για την έκδοση Απόφασης Έγκρισης Περιβαλλοντικών Όρων (ΑΕΠΟ) περιβαλλοντική αρχή του Κεφαλαίου Α' του Ν. 4014/2011. Η γνωμοδότηση εκδίδεται για το σύνολο της έκτασης, ανεξαρτήτως αν σε αυτήν περιλαμβάνονται τμήματα που υπάγονται σε ειδικά καθεστώτα προστασίας, για τα οποία εφαρμόζονται οι ειδικές διατάξεις που τα διέπουν. Η γνωμοδότηση για την καταλληλότητα του οικοπέδου/γηπέδου εκδίδεται στο όνομα του φορέα διαχείρισης του Κέντρου Θαλασσοθεραπείας.

Τα κέντρα θαλασσοθεραπείας κατασκευάζονται σύμφωνα με τις επιτρεπόμενες χρήσεις και τους όρους και περιορισμούς δόμησης που καθορίζονται για την περιοχή από τις γενικές και ειδικές πολεοδομικές και κτιριοδομικές διατάξεις. Το κέντρο θαλασσοθεραπείας ανεγείρεται από ένα φορέα διαχείρισης σε οικόπεδο ή γήπεδο που ανήκει σε έναν ή περισσότερους ιδιοκτήτες εξ' αδιαιρέτου. Ο φορέας διαχείρισης δύναται να είναι κύριος ή μισθωτής ή υπομισθωτής του οικοπέδου/γήπεδου ή να έλκει δικαιώματα επ' αυτού δυνάμει άλλης σύμβασης. Σε περίπτωση μίσθωσης ή υπομίσθωσης όλου ή τμήματος της έκτασης, η συμφωνηθείσα από τους συμβαλλόμενους διάρκεια της σύμβασης δεν μπορεί να είναι μικρότερη των δέκα (10) ετών. Σε περίπτωση εξ' αδιαιρέτου συγκυριότητας, δεν εκδίδεται γνωμοδότηση για καταλληλότητα οικοπέδου/γήπεδου χωρίς τη δηλωμένη συναίνεση του συνόλου των εξ' αδιαιρέτου συγκυριών. Επίσης, κέντρο θαλασσοθεραπείας δεν ανεγείρεται σε οικόπεδο/γήπεδο με εγκαταστάσεις και δραστηριότητες μέσης και/ή υψηλής όχλησης, όπως αυτές ορίζονται στις ισχύουσες πολεοδομικές διατάξεις.

Για τη χορήγηση της άδειας δόμησης απαιτείται προηγούμενη χορήγηση έγκρισης δόμησης από την Υπηρεσία Δόμησης του οικείου δήμου. Η ως άνω έγκριση χορηγείται με αίτηση του ενδιαφερόμενου μέσω του Πολεοδομικού Γραφείου της Ειδικής Υπηρεσίας Προώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) και συνοδεύεται από τα κατά νόμο προβλεπόμενα δικαιολογητικά (κοινή Υ.Α. 7533/13.02.2012 όπως ισχύει).

Τα Κέντρα Θαλασσοθεραπείας λειτουργούν με Ειδικό Σήμα Λειτουργίας (Ε.Σ.Λ.), που εκδίδεται από την Ειδική Υπηρεσία Προώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) του Άρθρου 12 του Ν. 4002/2011, μετά την ολοκλήρωση της αδειοδοτικής διαδικασίας των σταδίων Α' και Β' του παρόντος Άρθρου που περιλαμβάνει επιμέρους στάδια και εγκρίσεις και την αποπεράτωση της κατασκευής του έργου.

Η διαδικασία χορήγησης Ειδικού Σήματος Λειτουργίας (Ε.Σ.Λ.) σε Κέντρα Θαλασσοθεραπείας μπορεί να διεκπεραιώνεται, πέραν των αρμόδιων υπηρεσιών τουρισμού, και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) που λειτουργούν ως Ενιαία Κέντρα Εξυπηρέτησης (Ε.Κ.Ε.) και ηλεκτρονικά μέσω του δικτύου euگو (για τα ελληνικά ΕΚΕ μέσω της διεύθυνσης <http://www.ermis.gov.gr>).<sup>364</sup>

Ενιαία Ε.Σ.Λ. Κέντρων Θαλασσοθεραπείας εντός ξενοδοχείων που λειτουργούν ως ενιαίες επιχειρήσεις, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Υ.Α. Τ/2364/26.06.1997 «Προϋποθέσεις έκδοσης χορήγησης ειδικού σήματος λειτουργίας σε επιχειρήσεις κέντρων θαλασσοθεραπείας» όπως ισχύει, εξακολουθούν να τελούν εν ισχύ.

**Η Υ.Α. 2704/27.2.2018 καθορίζει τις τεχνικές και λειτουργικές προδιαγραφές ανέγερσης, μετατροπής και επέκτασης Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας και Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού.**

Κατά το Άρθρο 1, ιαματική πηγή είναι η φυσική ανάβλυση ή άντληση ιαματικού φυσικού πόρου με τεχνικό έργο, όπως από γεώτρηση, φρέαρ, τάφρο ή σήραγγα (φυσική ή τεχνητή) ή φυσική δημιουργία ιαματικού πηλού ή ηφαιστειακών λίθων.

Ως ιαματικοί φυσικοί πόροι θεωρούνται φυσικά νερά (ψυχρά ή θερμά), ατμοί, φυσικά αέρια, πηλοί ή ηφαιστειακών λίθων, που έχουν αναγνωρισμένες ιαματικές ιδιότητες. Ιαματικός τουρισμός είναι ειδική μορφή παροχής τουριστικών υπηρεσιών σε περιοχές των οποίων κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η χρήση αναγνωρισμένων ιαματικών φυσικών πόρων σε ειδικές εγκαταστάσεις.

Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας (Μ.Ι.Θ.) είναι ειδικές εγκαταστάσεις με κατάλληλη υποδομή και εξοπλισμό, στις οποίες γίνεται χρήση ιαματικών φυσικών πόρων υπό ιατρική παρακολούθηση για λόγους υγείας (προληπτικούς ή θεραπευτικούς) ή και αναζωογόνησης ιδίως με υδροθεραπεία, ποσιθεραπεία, εισπνοθεραπεία, ρινοπλύσεις, ατμόλουτρα, πηλοθεραπεία, καταιονισμούς ή άλλες επιστημονικώς αναγνωρισμένες μεθόδους.

Κέντρα Αναζωογόνησης (Spa) είναι ειδικές εγκαταστάσεις με κατάλληλη υποδομή και εξοπλισμό, στις οποίες γίνεται χρήση είτε ιαματικών φυσικών πόρων, είτε θερμαινόμενου θαλασσινού νερού, είτε θερμού φυσικού νερού με προσθήκες ιαματικών φυσικών πόρων, είτε ζεστού φυσικού νερού με την προσθήκη πηλών ή ηφαιστειακών λίθων, βοτάνων, φυτών, αρωμάτων, ηφαιστειακής ή χαλαζιακής άμμου, φωτός, θερμότητας, μασάζ, ατμόλουτρων διαφόρων τύπων, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών αναζωογόνησης, ευεξίας και αισθητικής του σώματος.

Κέντρα ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού (Κ.Ι.Τ.-Θ.) είναι ειδικές τουριστικές εγκαταστάσεις παροχής υπηρεσιών ιαματικού τουρισμού με κατάλληλη υποδομή και εξοπλισμό, στις οποίες εντάσσονται μονάδες ιαματικής θεραπείας ή και εγκαταστάσεις θαλασσοθεραπείας και αναζωογόνησης, στις οποίες γίνεται οπωσδήποτε χρήση ιαματικών φυσικών πόρων. Στο Κέντρο Ιαματικού τουρισμού – θερμαλισμού απαιτείται να υπάρχει: α) συνδυασμός τουλάχιστον δύο διαφορετικών μονάδων ιαματικής θεραπείας, ή β) συνδυασμός μίας ή περισσότερων μονάδων ιαματικής θεραπείας με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω δύο είδη εγκαταστάσεων: κέντρο θαλασσοθεραπείας, κέντρο αναζωογόνησης. Εάν η μονάδα ιαματικής θεραπείας δεν συνοδεύεται από καμία από τις παραπάνω μορφές εγκαταστάσεων, ή από άλλη μονάδα ιαματικής θεραπείας, τότε οι σχετικές εγκρίσεις, καθώς και το Ειδικό Σήμα Λειτουργίας, χορηγούνται σε επιχείρηση εκμετάλλευσης «μονάδας ιαματικής θεραπείας» και ακολουθούνται οι προβλεπόμενες αντίστοιχες διαδικασίες.

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 της ως άνω Υ.Α., στο πλαίσιο της περιβαλλοντικής αδειοδότησης του έργου, η Ειδική Υπηρεσία Προώθησης και Αδειοδότησης

Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) γνωμοδοτεί ως προς την καταλληλότητα του οικοπέδου/γηπέδου στο οποίο θα ανεγερθεί η Μονάδα Ιαματικής Θεραπείας ή το Κέντρο Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού στην αρμόδια για την έκδοση Απόφασης Έγκρισης Περιβαλλοντικών Όρων (ΑΕΠΟ) περιβαλλοντική αρχή του Κεφαλαίου Α' του ν. 4014/2011 (Α' 209). Η γνωμοδότηση εκδίδεται για το σύνολο της έκτασης, ανεξαρτήτως αν σε αυτήν περιλαμβάνονται τμήματα που υπάγονται σε ειδικά καθεστώτα προστασίας, για τα οποία εφαρμόζονται οι ειδικές διατάξεις που τα διέπουν. Η γνωμοδότηση για την καταλληλότητα του οικοπέδου/γηπέδου εκδίδεται στο όνομα του φορέα διαχείρισης της Μονάδας Ιαματικής Θεραπείας ή του Κέντρου Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού. Σε ό,τι αφορά τους όρους καταλληλότητας οικοπέδου/γηπέδου για την ανέγερση Μονάδας Ιαματικής Θεραπείας ή Κέντρου Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού (ΚΙΤ-Θ), οι Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας και τα Κέντρα Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού κατασκευάζονται σύμφωνα με τις επιτρεπόμενες χρήσεις και τους όρους και περιορισμούς δόμησης που καθορίζονται για την περιοχή από τις γενικές και ειδικές πολεοδομικές και κτιριοδομικές διατάξεις.

Οι Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας και τα Κέντρα Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού ανεγείρονται από φορέα διαχείρισης σε οικόπεδο ή γήπεδο που ανήκει σε έναν ή περισσότερους ιδιοκτήτες εξ αδιαιρέτου. Ο φορέας διαχείρισης δύναται να είναι κύριος ή μισθωτής ή υπομισθωτής του οικοπέδου/γηπέδου ή να έλκει δικαιώματα επ' αυτού δυνάμει άλλης σύμβασης. Σε περίπτωση μίσθωσης ή υπομίσθωσης όλου ή τμήματος της έκτασης, η συμφωνηθείσα από τους συμβαλλόμενους διάρκεια της σύμβασης δεν πρέπει να είναι μικρότερη των δέκα (10) ετών. Σε περίπτωση εξ αδιαιρέτου συγκυριότητας, δεν εκδίδεται γνωμοδότηση για καταλληλότητα οικοπέδου/γηπέδου χωρίς τη δηλωμένη συναίνεση του συνόλου των εξ αδιαιρέτου συγκυρίων.

Για τη χορήγηση της άδειας δόμησης απαιτείται προηγούμενη χορήγηση έγκρισης δόμησης από την Υπηρεσία Δόμησης του οικείου Δήμου, η οποία χορηγείται με αίτηση του ενδιαφερόμενου μέσω του Πολεοδομικού Γραφείου της Ειδικής Υπηρεσίας Προώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) και συνοδεύεται από τα κατά νόμο προβλεπόμενα δικαιολογητικά (Υ.Α. 7533/13.02.2012, όπως ισχύει). Η άδεια δόμησης χορηγείται από την ΕΥΠΑΤΕ σύμφωνα με τις διαδικασίες του Ν. 4067/2012 (Α' 99), όπως ισχύει, ύστερα από αίτηση του φορέα διαχείρισης ή του νόμιμου εκπροσώπου της επιχείρησης της Μονάδας Ιαματικής Θεραπείας ή του Κέντρου Ιαματικού Τουρισμού, που συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά, δηλώσεις και μελέτες, σύμφωνα με την κείμενη πολεοδομική νομοθεσία.

Οι Μονάδες Ιαματικής Θεραπείας λειτουργούν με Ειδικό Σήμα Λειτουργίας (Ε.Σ.Λ.), που εκδίδεται από την Ειδική Υπηρεσία Προώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επενδύσεων (ΕΥΠΑΤΕ) του Άρθρου 12 του Ν. 4002/2011,

μετά την ολοκλήρωση της αδειοδοτικής διαδικασίας και περιλαμβάνει επιμέρους στάδια και εγκρίσεις, και την αποπεράτωση της κατασκευής του έργου.

### **3.7.6. Διασυνοριακή Πρόσβαση Ευρωπαίων Πολιτών Και Υπηκόων Τρίτων Χωρών Στις Προνοιακές Δομές Φιλοξενίας Και Περιθαλψής Ηλικιωμένων**

Ως προς την υπηκοότητα των Ευρωπαίων πολιτών που σκοπεύουν στην απόλαυση υπηρεσιών τόσο στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων όσο και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, δεν τίθεται διάκριση εις βάρος των κοινοτικών υπηκόων, καθώς τούτο θα έρχονταν σε αντίθεση με θεμελιώδεις αρχές του ενωσιακού δικαίου σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων.

Ως προς τους ηλικιωμένους τρίτων χωρών (εκτός Ευρώπης), σε περίπτωση που επιθυμούν να εισέλθουν στην Ελλάδα με σκοπό τη φιλοξενία και φροντίδα τους σε προνοιακές μονάδες ηλικιωμένων, θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με την αντίστοιχη θεώρηση εισόδου (visa).

### **3.7.7. Όροι Και Προϋποθέσεις Για Την Άσκηση Της Δραστηριότητας Του Ιατρικού Τουρισμού**

#### **Υ.Α. 272/26.11.2013, Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για την άσκηση της δραστηριότητας του ιατρικού τουρισμού**

Κατά το Άρθρο 1 Υ.Α. 272/26.11.2013, πάροχος ιατρικού τουρισμού είναι δημόσιος ή ιδιωτικός φορέας παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος λειτουργεί νομίμως και παρέχει συνολικά ή κατά τμήμα ή μονάδα υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της παρούσας Υ.Α. Επίσης, Μητρώο Παροχών Ιατρικού Τουρισμού (ΜΗ.Π.Ι.Τ.) συνιστάται και τηρείται στον Ε.Ο.Τ., στο οποίο εγγράφονται οι πάροχοι ιατρικού τουρισμού σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας.

Σύμφωνα με το Άρθρο 2, στο Μητρώο Παροχών Ιατρικού Τουρισμού, το οποίο τηρείται στον Ε.Ο.Τ. ηλεκτρονικά, καταχωρίζονται τα στοιχεία των παρόχων ιατρικού τουρισμού, οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και τα δικαιολογητικά της παρ. 1 του Άρθρου 3. Μετά την εγγραφή στο Μητρώο σύμφωνα με τις διατάξεις του Άρθρου 3, χορηγείται στους παρόχους ιατρικού τουρισμού Ειδικό Σήμα Ιατρικού Τουρισμού. Τα χαρακτηριστικά και ο τύπος του Ειδικού Σήματος, καθώς και οι λεπτομέρειες τήρησης του Μητρώου, καθορίζονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Ε.Ο.Τ.

Επίσης, για την εγγραφή στο οικείο Μητρώο και τη χορήγηση του Ειδικού Σήματος Ιατρικού Τουρισμού απαιτούνται: α) Επικυρωμένο αντίγραφο της βεβαίωσης λειτουργίας του φορέα παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμι-

ας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή άδειας ίδρυσης και λειτουργίας όπου απαιτείται. β) Βεβαίωση πιστοποίησης του φορέα παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ή τμήματος ή μονάδος αυτού από φορέα εξειδικευμένο στην πιστοποίηση παροχής υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού ή ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Η πιο πάνω βεβαίωση πρέπει να προσκομίζεται μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα. γ) Επικυρωμένο αντίγραφο ασφάλισης για ζητήματα επαγγελματικής ευθύνης του ιδιωτικού φορέα παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των ιατρών επιστημονικών υπευθύνων και συνεργαζόμενων ιατρών, οι οποίοι απασχολούνται σε αυτόν, ή συνεργάζονται/συμβάλλονται με αυτόν ως εξωτερικοί συνεργάτες. Της πιο πάνω υποχρέωσης εξαιρούνται οι δημόσιοι φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Μετά τον έλεγχο των δικαιολογητικών, οι ενδιαφερόμενοι αποστέλλουν εντός πέντε εργασίμων ημερών στην αρμόδια υπηρεσία του Ε.Ο.Τ. τον φάκελο, συνοδευόμενο από βεβαίωση περί μη ανακλήσεως της βεβαίωσης λειτουργίας ή της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας όπου απαιτείται. Ο Ε.Ο.Τ. υποχρεούται εντός πέντε εργασίμων ημερών να εγγράψει στο Μητρώο τον φορέα παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να χορηγήσει το Ειδικό Σήμα Ιατρικού Τουρισμού. Το Ειδικό Σήμα Ιατρικού Τουρισμού είναι αορίστου διάρκειας. Τα δικαιολογητικά των οποίων η ισχύς λήγει αντικαθίστανται υποχρεωτικά τουλάχιστον ένα μήνα πριν την λήξη τους. Επιπλέον, σύμφωνα με το Άρθρο 5, οι πάροχοι ιατρικού τουρισμού υπόκεινται στις ισχύουσες διατάξεις για την ιατρική διαφήμιση και την ιατρική δεοντολογία.

#### **Ν. 4213/2013, Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/4.4.2011) και άλλες διατάξεις.**

Σκοπός του παρόντος νόμου (Άρθρο 1 Οδηγίας 2011/24/ΕΕ) είναι η προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/4.4.2011), όπως ειδικότερα προσδιορίζεται δυνάμει της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/52/ΕΕ της Επιτροπής της 20ής Δεκεμβρίου 2012 σχετικά με τη θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών, οι οποίες εκδίδονται σε άλλα κράτη-μέλη (L 356/68/22.122012). Η δε υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία.

Σύμφωνα με το Άρθρο 4 του ως άνω νόμου, στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, οι αρμόδιες εθνικές αρχές διασφαλίζουν ότι:



- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν τις σχετικές πληροφορίες για να βοηθήσουν τους μεμονωμένους ασθενείς να κάνουν συνειδητές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων της επιλογής θεραπείας, της διαθεσιμότητας, της ποιότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν υποχρεούνται σε χρήση ξένων γλωσσών, εφόσον δεν το επιθυμούν. Επίσης, οι πάροχοι εκδίδουν αναλυτικά τιμολόγια και παρέχουν στους ενδιαφερόμενους, κατόπιν αιτήσεως, σαφείς πληροφορίες για τις τιμές, καθώς επίσης και για την άδεια τους ή το καθεστώς καταχώρησης τους, την ασφαλιστική τους κάλυψη ή άλλους τρόπους ατομικής ή συλλογικής προστασίας όσον αφορά στην επαγγελματική τους ευθύνη, σύμφωνα με όσα ορίζει η εθνική νομοθεσία.
- Για τη θεραπεία που παρέχεται στην Ελλάδα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υπάγονται υποχρεωτικά σε σύστημα ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης ή εγγύηση ή παρόμοια ρύθμιση που είναι ισοδύναμη ως προς το σκοπό της και κατάλληλη για τη φύση και τον βαθμό του κινδύνου είτε μέσω των οικείων επαγγελματικών συλλόγων είτε ατομικά είτε με ευθύνη του φορέα απασχόλησης τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας θα προσδιοριστεί κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με την παραπάνω υποχρέωση των παροχών υγειονομικής περίθαλψης.
- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στο ελληνικό έδαφος εφαρμόζουν στους ασθενείς από άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης τον ίδιο πίνακα αμοιβών υγειονομικής περίθαλψης που ισχύει και για ασθενείς σε συγκρίσιμη ιατρική κατάσταση που υπάγονται στο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Σε περίπτωση που δεν έχει καθοριστεί τιμή αποζημίωσης για ιατρικές πράξεις ή εξετάσεις, η τιμή πρέπει να υπολογίζεται με αντικειμενικά και χωρίς διακρίσεις κριτήρια. Την ευθύνη για τη συμμόρφωση στην ανωτέρω υποχρέωση φέρουν οι οικείες επαγγελματικές ενώσεις. Οι ανωτέρω προβλέψεις δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις που επιτρέπουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ορίζουν τις τιμές τους, υπό τον όρο ότι δεν επιβάλλουν διακρίσεις εις βάρος των ασθενών από άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Σε περίπτωση πρόκλησης βλάβης από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, οι ασθενείς μπορούν να υποβάλουν παράπονα στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, διατηρώντας το δικαίωμά τους στην παροχή δικαστικής προστασίας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- Το θεμελιώδες δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, προστατεύεται σύμφωνα με τα εθνικά μέτρα εφαρμογής των διατάξεων του ενωσιακού δικαίου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως δε με το Ν. 2472/1997 και το Ν. 3471/2006 καθώς και με την πρόσφατη οδηγία της Ε.Ε. (2016/679)
- Για την εξασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψης, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία έχουν δικαίωμα σε γραπτή ή ηλεκτρονική ιατρική καταγραφή της εν λόγω θεραπείας και πρόσβαση σε τουλάχιστον

στον ένα αντίγραφο του φακέλου αυτού, σύμφωνα με τα εθνικά μέτρα εφαρμογής των διατάξεων του ενωσιακού δικαίου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως δε το Ν. 2472/1997 (Α 50) και το Ν. 3471/2006.

Επίσης, απαγορεύεται η διάκριση λόγω εθνικότητας εις βάρος ασθενών άλλων κρατών-μελών της Ευρώπης. Η αρχή αυτή δεν θίγει τη δυνατότητα της Ελλάδας, ως κράτους-μέλους, να θεσπίσει μέτρα σχετικά με την πρόσβαση στη θεραπεία με σκοπό να καλύψει τη θεμελιώδη ευθύνη της να εξασφαλίσει ικανοποιητική και μόνιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στο έδαφος της, εφόσον αυτά δικαιολογούνται από επιτακτικούς λόγους δημοσίου συμφέροντος. Τα εν λόγω μέτρα περιορίζονται στα απολύτως αναγκαία και αναλογικά, δεν μπορούν να συνιστούν μέσο αυθαίρετων διακρίσεων και δημοσιοποιούνται εκ των προτέρων.

Κατά το Άρθρο 6 του Νόμου, η Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ορίζεται ως Εθνικό Σημείο Επαφής (Ε.Σ.Ε.) για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και συνεπικουρείται στο έργο της από τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας.

Το Ε.Σ.Ε. παρέχει στους ασθενείς, κατόπιν αίτησης τους, πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους για τη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα πληροφορίες:

- Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών εκ μέρους τους ή τυχόν υφιστάμενους περιορισμούς στην άσκηση του επαγγέλματός τους, για τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές που τυχόν εφαρμόζονται από αυτούς, καθώς και για τις διατάξεις σχετικά με την εποπτεία και την αξιολόγηση των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτές ισχύουν βάσει της κείμενης νομοθεσίας και όπως θα καθοριστούν από την υπουργική απόφαση του Άρθρου 4.
- Για τις προϋποθέσεις επιστροφής των εξόδων σύμφωνα με το Άρθρο 7 παράγραφος 6, τις διαδικασίες πρόσβασης και καθορισμού των δικαιωμάτων αυτών.
- Για τις διαθέσιμες νομικές και διοικητικές επιλογές για τη διευθέτηση διαφορών, σε περίπτωση που οι ασθενείς θεωρούν ότι τα δικαιώματά τους δεν έχουν γίνει σεβαστά ή έχουν υποστεί βλάβη σύμφωνα με το Άρθρο 9.

Το Άρθρο 9 προσδιορίζει τις διοικητικές διαδικασίες για τη χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Με απόφαση του υπουργού Υγείας, μετά από πρόταση των αρμόδιων Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ, ορίζεται η διαδικασία επιστροφής των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, ο προηγούμενος έλεγχος των παραστατικών και ο χρόνος διεκπεραίωσης των αιτήσεων για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Κατά την εξέταση της αίτησης για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνεται υπόψη:

- η συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση του ασθενούς
- ο επείγων χαρακτήρας και οι ατομικές περιστάσεις

Η διοικητική απόφαση που εκδίδεται σχετικά με τη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και την επιστροφή των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης που παρασχέθηκε σε άλλο κράτος-μέλος πρέπει να είναι πλήρως αιτιολογημένη είτε αφορά αποδοχή αίτησης είτε απόρριψη αυτής. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης, ο ενδιαφερόμενος ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να προσβάλει την απορριπτική απόφαση ενώπιον της δευτεροβάθμιας επιτροπής του Άρθρου 32 παρ. 6 του Ν. 3863/2010. Ο ενδιαφερόμενος ασφαλισμένος δικαιούται να προσβάλλει την απορριπτική απόφαση της δευτεροβάθμιας επιτροπής ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων σύμφωνα με το Άρθρο 7 του Ν. 702/1977.

Ο οικείος φορέας παροχών ασθένειας σε είδος χορηγεί στον ασθενή γραπτή επιβεβαίωση του μέγιστου ποσού που θα επιστραφεί κατ' εκτίμηση. Η εκτίμηση αυτή λαμβάνει υπόψη την κλινική περίπτωση του ασθενούς, επισημαίνοντας τις ιατρικές διαδικασίες που ενδέχεται να εφαρμοσθούν.

Το δε Άρθρο 10 ρυθμίζει την αναγνώριση των συνταγών που έχουν εκδοθεί σε άλλο κράτος-μέλος της Ευρώπης Κατά την παράγραφο 1, αν ένα φαρμακευτικό προϊόν έχει άδεια κυκλοφορίας, σύμφωνα με την Οδηγία 2001/83/ΕΚ (Κ.Υ.Α. 3222/29.4.201) ή τον Κανονισμό 726/2004, οι συνταγές που εκδίδονται για αυτό το προϊόν σε άλλο κράτος-μέλος για έναν κατονομαζόμενο ασθενή εκτελούνται σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία και οποιοδήποτε περιορισμοί αναγνώρισης των ατομικών συνταγών απαγορεύονται, εκτός εάν αυτοί:

- περιορίζονται στα απολύτως αναγκαία και αναλογικά προς τη διαφύλαξη της ανθρώπινης υγείας και δεν εισάγουν διακρίσεις ή
- βασίζονται σε θεμιτές και αιτιολογημένες αμφιβολίες ως προς τη γνησιότητα, το περιεχόμενο ή τη δυνατότητα κατανόησης μιας ατομικής συνταγής.

#### **Ν. 4276/2014, Απλούστευση διαδικασιών λειτουργίας τουριστικών επιχειρήσεων**

Σύμφωνα με το Άρθρο 26 του παραπάνω νόμου, οι ειδικοί όροι, οι προϋποθέσεις, η σύσταση και τήρηση Μητρώου Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού στο Υπουργείο Τουρισμού, η χορήγηση Διακριτικού Σήματος Ιατρικού Τουρισμού, η πιστοποίηση των Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού και κάθε άλλο σχετικό ζήτημα που αφορά στον ιατρικό τουρισμό, ρυθμίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εσωτερικών, Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Υγείας και

Τουρισμού. Με την ίδια απόφαση ορίζεται το ύψος του παραβόλου υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου, το οποίο καταβάλλεται για την εγγραφή στο Μητρώο Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού. Ο πάροχος ιατρικού τουρισμού, ο οποίος παραβιάζει τις διατάξεις περί ιατρικού τουρισμού, διαγράφεται από το Μητρώο Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού και ανακαλείται το Διακριτικό Σήμα Ιατρικού Τουρισμού.

### 3.7.8. Συμπεράσματα

Ενώ ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί παγκοσμίως μια εναλλακτική μορφή τουρισμού με σημαντική ανάπτυξη παγκοσμίως, λόγω κυρίως της τάσης για αναζήτηση οικονομικότερης περίθαλψης και υψηλότερης ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και για μείωση των αποστάσεων και κατάργηση των συνόρων στην Ευρώπη, το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα παραμένει ατελές και δύσκαμπτο, χωρίς την αναγκαία διασύνδεση.

Το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις μονάδες φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων, με αναφορές σε πλείστες νομοθετικές ρυθμίσεις (νόμοι, διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις, εγκύκλιοι κλπ.) διέπει τη δημιουργία και λειτουργία των μονάδων αυτών, καθώς και το σύστημα αδειοδότησης και εποπτείας τους. Πάρα ταύτα, η παραπάνω καταγραφή και ανάλυση αναδεικνύει – εκτός της νομοθετικής ένδειας περί του ιατρικού τουρισμού – την ιδιαίτερη ανάγκη σύνδεσης του υφιστάμενου νομικού πλαισίου για τις μονάδες φροντίδας, περίθαλψης και υπηρεσιών αναζωογόνησης ηλικιωμένων με τις κείμενες διατάξεις για τον ιατρικό τουρισμό.

Η απουσία της διασύνδεσης δυσχεραίνει ουσιαστικά το έργο τόσο των δυνητικών παρόχων υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού υπό τη μορφή φροντίδας και περίθαλψης σε ηλικιωμένους υπηκόους τρίτων χωρών, αλλά και αποτελεί τροχοπέδη στους εν δυνάμει ηλικιωμένους που προτίθενται να απολαύσουν τις υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.

Επιπλέον, αν και από το 2013 υπάρχει η δυνατότητα διαμόρφωσης ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου για τον ιατρικό τουρισμό με βάση την Κοινή Υπουργική Απόφαση κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 1 του Άρθρου 20 του Ν. 4179/2013, (η οποία στη συνέχεια αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του Άρθρου 26 του Ν. 4276/2014 με εξουσιοδότηση για έκδοση νέας ΚΥΑ), η έκδοση των αναγκαίων εγκυκλίων για την υλοποίηση της ακόμα εκκρεμεί. Όμοια παρατηρούνται, σχετικά με τη δημιουργία, σύσταση και τήρηση Μητρώου παρόχων ιατρικού τουρισμού, τη χορήγηση διακριτικού σήματος ιατρικού τουρισμού και την πιστοποίηση των Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού, όπως επίσης και για την απλούστευση των διαδικασιών λειτουργικής αδειοδότησης τουριστικών επιχειρήσεων.

Αντιθέτως, σε ορισμένες μεμονωμένες περιπτώσεις το εθνικό πλαίσιο λειτουργεί ελκυστικά και είναι αρκετά ευέλικτο στον ιατρικό τουρισμό με κα-

ρακτηριστικά παραδείγματα τη νομοθεσία περί ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δωρεάς ωαρίων και παρένθετης μητρότητας.

Επίσης, ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες των μονάδων φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων υπηκόων τρίτων χώρων, ισχύει το σύστημα των εθνικών θεωρήσεων (visas), για τους δε πολίτες της Ευρώπης δεν εισάγεται καμία διάκριση σε βάρος τους, καθώς τούτο θα ήταν αντίθετο στην αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων εντός της Ένωσης.

Σχετικά δε με τη δημιουργία τέτοιων μονάδων φροντίδας και περίθαλψης ηλικιωμένων εντός ξενοδοχειακών συγκροτημάτων, η σχετική άδεια ίδρυσης και λειτουργίας δίδεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες, οι οποίες υποχρεούνται να ελέγξουν εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις και οι χωροταξικές προβλέψεις για την ίδρυση και λειτουργία των μονάδων αυτών από φορείς ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

### 3.7.9. Προτάσεις

Οι βασικότερες προτάσεις σε θεσμικά και κανονιστικά θέματα περιλαμβάνουν τα εξής:

- Αναγκαιότητα αποσύνδεσης των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων και κέντρων ημερήσιας νοσηλείας από ιδρύματα προνοιακού χαρακτήρα και δυνατότητα λειτουργίας διαφορετικών ειδών επιχειρήσεων στο πλαίσιο αυτών ή σε διασύνδεση με αυτά (καταστήματα εμπορικά, καλωπισμού, ευεξίας, ψυχαγωγίας, φαγητού κλπ.).
- Αναγκαιότητα σύνδεσης του υφιστάμενου νομικού πλαισίου για τις μονάδες φροντίδας, περίθαλψης και υπηρεσιών αναζωογόνησης ηλικιωμένων με τις κείμενες διατάξεις για τον ιατρικό τουρισμό και τον τουρισμό υγείας. Δυνατότητα αδειοδότησης και λειτουργίας ιατρικών υπηρεσιών (ιατρείων, πολυϊατρείων, φυσιοθεραπευτηρίων κλπ.) στο πλαίσιο λειτουργίας τουριστικών υποδομών ή/ και διασύνδεση του σκοπού λειτουργίας των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων με το επιχειρηματικό αντικείμενο του τουρισμού υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας.
- Διαμόρφωση προϋποθέσεων (λειτουργίας και διαθεσιμότητας υποδομών και υπηρεσιών) για τη δυνατότητα επέκτασης της τουριστικής περιόδου σε περιοχές εκτός των αστικών κέντρων.
- Αξιοποίηση διεθνών προδιαγραφών που προσδιορίζουν τη φιλικότητα κοινοτήτων / δομών ως προς τις ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας (π.χ. οδηγός του ΠΟΥ για global age-friendly cities).
- Διευκόλυνση διαδικασιών έγκρισης βίζας για μακρόχρονη παραμονή (εθνική βίζα)
- Αναβάθμιση τουριστικού προϊόντος σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας στις τουριστικές περιοχές μέσα από τον έλεγχο:
  - της διαχείρισης επειγόντων περιστατικών

- της διαχείρισης των υγειονομικών αναγκών χρονίως πασχόντων – ηλικιωμένων τουριστών
- της διασύνδεσης ξενοδοχειακών δομών- καταλυμάτων με υπηρεσίες υγείας
- της δημιουργίας περιφερειακών υγειονομικών σταθμών εντός των ξενοδοχείων
- της νομιμότητας λειτουργιών υγείας στις τουριστικές περιοχές

### **Πίνακας Νομοθεσίας**

#### **Δίκαιο της Ε.Ε.**

Κανονισμός 810/2009

Κανονισμός 726/2004

Οδηγία 2011/24/ΕΕ Οδηγία 2001/83/ΕΚ

#### **Προεδρικά Διατάγματα**

Π.Δ. 121/2017

Π.Δ. 10/2016

Π.Δ. 692/1979

#### **Νόμοι**

Ν. 4276/2014

Ν. 4251/2014

Ν. 4213/2013

Ν. 4067/2012

Ν. 4052/2012

Ν. 4014/2011

Ν. 4002/2011

Ν. 3863/2010

Ν. 3844/2010

Ν. 3852/2010

Ν. 3471/2006

Ν. 3230/2004

Ν. 2472/1997

Ν. 2345/1995

Ν. 702/1977

Ν.Δ. 162/1973

#### **Υπουργικές Αποφάσεις**

Υ.Α. 2704/27.2.2018

Υ.Α. 1506/7.2.2018

Υ.Α. 272/26.11.2013

Υ.Α. Δ27/οικ.7603/329/1.4.2013

Υ.Α. 7533/13.02.2012

Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.123831/9.11.2011

Υ.Α. Π1γ/οικ.80794/3.8.2011

Υ.Α. Π2γ/οικ.59633/16.06.2011  
Υ.Α. Π1γ/οικ.129673/2.10.2009  
Υ.Α. Π1γ/οικ.129673/28.9.2009  
Υ.Α. Π1γ/οικ.81551/25.6.2007  
Υ.Α. Π1γ/ΓΠ/οικ.11801/5.2.2003  
Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.57048/19.6.2002  
Υ.Α. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/9.10.2001  
Υ.Α. Π4Β/οικ. 3176/6.6.1996  
Υ.Α. Π4β/οικ.4690/30.8.1996  
Υ.Α. 2824/11.09.1979

## 3.8. Σύστημα Παρακολούθησης-Δείκτες Ανάπτυξης Και Αξιολόγησης-Πιστοποίηση

### 3.8.1. Δείκτες Στις Υπηρεσίες Τουρισμού Υγείας

#### 3.8.1.1. Δείκτες υγείας

Δείκτης είναι μια ποσοτική ή ποιοτική ένδειξη που εκφράζει την απόσταση που μας χωρίζει από την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου (ή το αποτέλεσμα μιας πολιτικής). Οι δείκτες βοηθούν να αναλύουμε και να συγκρίνουμε τις επιδόσεις πληθυσμιακών ή γεωγραφικών ομάδων, και είναι χρήσιμοι για τον καθορισμό προτεραιοτήτων πολιτικής. Οι δείκτες υγείας είναι ένα σύνολο δεδομένων (πίνακες, γραφικές παραστάσεις, χάρτες) για την κατάσταση της υγείας, τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, οι οποίοι καθιστούν δυνατή την παρακολούθηση και τη σύγκριση.<sup>365</sup> Οι δείκτες υγείας που βασίζονται σε αξιόπιστα και συγκρίσιμα δεδομένα συμβάλλουν καθοριστικά στον σχεδιασμό στρατηγικών και πολιτικών για τη βελτίωση της υγείας, καθώς και στην παρακολούθηση της εφαρμογής τους.

Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν τα κύρια εργαλεία απεικόνισης της λειτουργίας ενός τμήματος/ μιας διεργασίας/ μιας υπηρεσίας, και είναι χρήσιμοι για την εξαγωγή συμπερασμάτων σύγκρισης (benchmarking), αλλά και συμμόρφωσης σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας (βλ. κεφ. 3.9). Επίσης, οι δείκτες ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών των εξεταζόμενων λειτουργιών.<sup>366,367</sup>

#### 3.8.1.2. Κριτήρια επιλογής δεικτών

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι:

- Η χρησιμότητα (usefulness): Ο δείκτης θα πρέπει να εκφράζει μια σημαντική παράμετρο, να συνδράμει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.



- Η εγκυρότητα (validity): Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Σε αντίθετη περίπτωση, υφίσταται συγχυτικό σφάλμα (bias) ή συστηματικό σφάλμα.
- Η αξιοπιστία (reliability): Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία.
- Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability): Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών με ευρεία έκταση εφαρμογής και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες.
- Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness): Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει τον βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές. Η ανταποκρισιμότητα ενός δείκτη έχει ιδιαίτερη σημασία όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- Η ειδικότητα (specificity): Πρόκειται για την αναλογία των ορθά αρνητικών ευρημάτων μιας μέτρησης στο σύνολο όσων δεν διαθέτουν το συγκεκριμένο εύρημα.
- Η ευαισθησία (sensitivity): Πρόκειται για την αναλογία των ορθά θετικών ευρημάτων μιας μέτρησης στο σύνολο εκείνων που διαθέτουν το συγκεκριμένο εύρημα.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των ιατρικών διαδικασιών και των κλινικών αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών, καθώς και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικώς αποδεκτά πρότυπα καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι στατικό. Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται, οι δείκτες και οι μηχανισμοί, υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση.

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι δείκτες υγείας μπορούν να αποτελέσουν μέσω σύγκρισης για εγχώριες υγειονομικές μονάδες, καθώς και σε εθνικό επίπεδο, δηλαδή για σύγκριση συστημάτων υγείας ανάμεσα σε χώρες. Τέτοιοι δείκτες είναι προσβάσιμοι σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη, από διάφορους οργανισμούς όπως ο ΠΟΥ, ο ΟΟΣΑ, Eurostat και από άλλους φορείς.<sup>368,369,370</sup>

### 3.8.1.3. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη

Η Ευρώπη έχει πραγματοποιήσει ενέργειες που στοχεύουν στην παραγωγή συγκρίσιμων δεδομένων για την υγεία και τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, τις ασθένειες και τα συστήματα υγείας. Αυτό το εγχείρημα βασίζεται σε κοινούς δείκτες της Ευρώπης για την υγεία, για τους οποίους υπάρχει συμφωνία όλων των κρατών μελών όσον αφορά τους ορισμούς, τη συγκέντρωση και τη χρήση δεδομένων. Οι δείκτες αυτοί είναι:

- **οι ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI)<sup>1</sup>**: δέσμη με περισσότερους από 60 (εύλογα συγκρίσιμους) δείκτες που παρουσιάζονται στο εργαλείο δεδομένων Heidi.

- **ο δείκτης ετών υγιούς ζωής (HLY)7:** εκφράζει το προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία ή χρόνια ανικανότητα (βλ. κεφ. 3.1.1)
- **άλλοι δείκτες υγείας:** υγεία σε περιφερειακό επίπεδο, υγεία σε αστικό περιβάλλον, ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (HCQI), βιώσιμη ανάπτυξη (SDI), περιβάλλον και υγεία, υγεία των νέων, κοινωνική προστασία και τοξικομανία.

### Εργαλείο δεδομένων ECHI

Το εργαλείο δεδομένων ECHI παρέχει στοιχεία σχετικά με τους ευρωπαϊκούς δείκτες υγείας. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να παρουσιάζονται σε διάφορες μορφές, όπως γραμμικό ή ακιδωτό διάγραμμα, χάρτη ή πίνακα. Μπορούν επίσης να μετατρέπονται σε εικόνα ή να τηλεφορτώνονται ως αρχείο δεδομένων. Το εργαλείο αυτό παρέχει τη δυνατότητα πολλαπλής επιλογής δεικτών.

Από τους συνολικά 88 ευρωπαϊκούς βασικούς δείκτες υγείας (ECHI), υπάρχουν διαθέσιμα και συγκρίσιμα δεδομένα για σχεδόν 60 δείκτες υγείας. Όπου κρίνεται σκόπιμο, τα στοιχεία παρέχονται κατά φύλο και ηλικία, καθώς και κατά κοινωνικοοικονομική κατάσταση και κατά περιφέρεια. Οι βασικοί δείκτες υγείας ομαδοποιούνται με βάση τις παρακάτω κατηγορίες:

- Δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση (π.χ. πληθυσμός, ποσοστό γεννήσεων, συνολική ανεργία)
- Κατάσταση υγείας (π.χ. βρεφική θνησιμότητα, HIV/AIDS, τραυματισμοί από τροχαία)
- Καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία (π.χ. τακτικοί καπνιστές, κατανάλωση/ διαθεσιμότητα φρούτων)
- Παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας: υγειονομικές υπηρεσίες (π.χ. εμβολιασμός παιδιών, νοσοκομειακές κλίνες, δαπάνες για την υγεία)
- Πολιτικές στον τομέα της υγείας: προαγωγή της υγείας (π.χ. πολιτικές για την υγιεινή διατροφή)

### Έτη υγιούς ζωής

Τα στοιχεία για τα έτη υγιούς ζωής (ή «προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία ή χρόνια ανικανότητα») δείχνουν τον αριθμό ετών που αναμένεται να ζήσει χωρίς αναπηρίες ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας. Ο δείκτης ετών υγιούς ζωής βρίσκεται στον πυρήνα των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών Δεικτών, καθώς η σημασία του αναγνωρίζεται και στη Συνθήκη της Λισαβόνας.

Ο δείκτης χρησιμοποιείται για:

- την παρακολούθηση της υγείας ως παράγοντα παραγωγικότητας/ οικονομίας
- την εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ζωής
- τη μέτρηση της απασχολησιμότητας των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας

- την παρακολούθηση της προόδου που σημειώνεται όσον αφορά την ποιότητα και τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την πρόσβαση σ' αυτή.<sup>371</sup>

### Λοιποί δείκτες υγείας

Κατά την κατάρτιση προτάσεων για την υγεία οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής χρειάζονται στοιχεία για ευρύ φάσμα παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι κοινωνικοί, οικονομικοί και διοικητικοί παράγοντες. Η Ευρώπη συγκεντρώνει δείκτες για πολλούς από αυτούς τους παράγοντες όπως:<sup>372</sup>

- Δείκτες βιώσιμης ανάπτυξης
- Δείκτες για το περιβάλλον και την υγεία
- Δείκτες κοινωνικής προστασίας της Ευρώπης, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες για την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής φροντίδας-πρόνοιας.
- Δείκτες τοξικομανίας

#### 3.8.1.4. Συστήματα ταξινόμησης

Τα συστήματα ταξινόμησης, με τις έννοιες και τους ορισμούς που περιέχουν, αποτελούν εργαλεία χάρη στα οποία οι καταχωρίσεις δεδομένων γίνονται με εναρμονισμένο τρόπο, έτσι ώστε τα δεδομένα να είναι συγκρίσιμα. Με βάση τα συστήματα ταξινόμησης μπορούν να καταρτίζονται σχετικοί πίνακες. Τα κυριότερα συστήματα ταξινόμησης είναι τα εξής:<sup>373</sup>

- Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) δημοσιεύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Πρόκειται για ένα σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται ευρέως για την ταξινόμηση και κωδικοποίηση όλων των νοσημάτων. Η 10η αναθεώρησή της (ICD-10) χρησιμοποιείται από τα κράτη-μέλη του ΠΟΥ από το 1994. Η 11η αναθεώρηση της ταξινόμησης ολοκληρώθηκε το 2018.
- Ο ευρωπαϊκός πίνακας της Eurostat με 86 αιτίες θανάτου βασίζεται στην ICD-10.
- Ο Διεθνής Κατάλογος για την Ταξινόμηση της Νοσοκομειακής Νοσηρότητας βασίζεται επίσης στην ICD-10 και χρησιμοποιείται από την Eurostat, τον ΠΟΥ, τον ΟΟΣΑ και τη NOMESCO για τη συγκέντρωση και παρουσίαση στοιχείων με βάση τα εξιτήρια των νοσοκομείων. Είναι διαθέσιμος στα αγγλικά, τα γαλλικά και τα γερμανικά.
- Υπάρχουν πολλά συστήματα ταξινόμησης για την καταχώριση των κλινικών διαδικασιών, όπως για τη ταξινόμηση χειρουργικών επεμβάσεων της NOMESCO (NCSP).
- Η Διεθνής Κατάταξη Λογαριασμών Υγείας (ICHA) αποτελεί τη βάση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (SHA). Το SHA είναι ένα διεθνώς

αναγνωρισμένο εργαλείο που ανέπτυξαν από κοινού ο ΟΟΣΑ, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο ΠΟΥ, και χρησιμοποιείται για την περιγραφή, τη συνοπτική παρουσίαση και την ανάλυση των δαπανών για την υγεία, καθώς και της χρηματοδότησής τους.

Άλλα συστήματα ταξινόμησης:

- Η Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων, Αναπηριών και Υγείας (ICF) είναι ένα σύστημα που βασίζεται σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο νόσων και αναπηρίας. Δημοσιεύεται από τον ΠΟΥ και εγκρίθηκε το 2001 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας.
- Η Διεθνής Τυποποιημένη Ταξινόμηση Επαγγελμάτων (ISCO), που υπάγεται στην ΔΟΕ (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας) είναι ένα εργαλείο που χρησιμεύει για την κατάταξη των επαγγελμάτων σε σαφώς διακριτές ομάδες, ανάλογα με τα καθήκοντα που συνεπάγεται κάθε επάγγελμα. Χρησιμοποιείται για τον ορισμό των επαγγελμάτων στον τομέα της υγείας.
- Η Διεθνής Τυποποιημένη Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης (ISCED), έκδοση 1997, έκδοση 2011.
- Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) είναι η τυποποιημένη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες του τομέα της ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ. Συντάχθηκε από την American Psychiatric Association (APA).
- Το DRG (Diagnosis Related Groups/Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες) είναι ένα σύστημα που επιτρέπει την εκτίμηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ταξινόμησης των ασθενών με βάση δημογραφικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά χαρακτηριστικά. Το σύστημα DRG χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του κόστους των ιατρικών πράξεων.
- Οι Ταξινομήσεις των Σπάνιων Νόσων – Orphanodes είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο Orphanet.
- Ορισμοί των μεταδοτικών νόσων σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC).

Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι ίδιες οι χώρες προβαίνουν σε συγκριτική αξιολόγηση της κατάστασης ή / και των επιδόσεων της χώρας με άλλες χώρες ή/και μέσο όρο της Ευρώπης, με βάση ένα κοινό σύνολο δεικτών, με σκοπό την πιθανή κάλυψη κενών ή την αντιμετώπιση κρίσιμων περιοχών. Χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία και η Ισπανία φαίνεται να ασχολούνται λιγότερο με τέτοιου είδους συγκρίσεις και αυτό το γεγονός πιθανόν να οφείλεται σε πρακτικούς λόγους (π.χ. διαφορές όσον αφορά τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των δεδομένων σε εσωτερικές περιοχές). Επίσης, σε αυτές τις χώρες η συγκριτική αξιολόγηση πραγματοποιείται περισσότερο σε επίπεδο εσωτερικών περιφερειών, όπως είναι η περίπτωση, για παράδειγμα, της Αγγλίας και της Σκωτίας. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι υπάρχει περιορισμένο ενδιαφέρον για εκθέσεις συγκριτικής αξιολόγησης και στις Σκανδιναβικές χώρες, όπου οι συγκρίσεις πραγματοποιούνται κυρίως στο εσωτερικό της κάθε χώρας (περιφέρειες/δήμοι).

Στην αντίπερα όχθη βρίσκονται κράτη-μέλη της Ευρώπης που έχουν πραγματοποιήσει τα τελευταία χρόνια συστηματική μελέτη αξιολόγησης με βάση τους δείκτες ECHI, όπως η Ολλανδία, η Γαλλία και η Ρουμανία. Συνεπώς, ο διεθνής τουρίστας πριν επιλέξει τον προορισμό του για να λάβει εκεί ιατρικές υπηρεσίες, θα αναζητήσει τους δείκτες ποιότητας και κλινικής αποτελεσματικότητας, και κάθε άλλο σχετιζόμενο στοιχείο ένδειξης ασφάλειας και αξιοπιστίας της χώρας δυνητικού προορισμού. Στην Τουρκία είναι καλά εμπεδωμένο το σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης και συλλογής στοιχείων αναφορικά με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις (ενιαία από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλεύτρια) που εφαρμόζεται από το υπουργείο Υγείας.

### **3.8.1.5. Σημαντικοί δείκτες ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και αντοχής στην Ευρώπη - Η κατάσταση στην Ελλάδα**

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), τον Νοέμβριο 2012,<sup>10</sup> διεξήγαγε πιλοτική έρευνα σημειακού επιπολασμού σχετικά με τον επιπολασμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της χρήση αντιβιοτικών σε δείγμα 19.888 ασθενών. Τα κύρια σημεία της έρευνας ήταν τα ακόλουθα:

- Το 7,1% παρουσίασαν ενδονοσοκομειακή λοίμωξη.
- Το 34,6% μολύνθηκαν από τουλάχιστον έναν αντιμικροβιακό παράγοντα.
- Μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού επικρατούν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, με 28,1% ασθενείς με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και 61,4% σε ασθενείς που κάνουν χρήση αντιμικροβιακών παρασκευασμάτων.
- Η πνευμονία και άλλες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού αποτελούν τα πιο συνηθισμένα είδη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (25,7%).

Οι λοιμώξεις που παρουσιάζουν αντοχή στα αντιβιοτικά αποτελούν παράγοντα που επιβαρύνουν κάθε σύστημα υγείας παγκοσμίως. Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών, απαιτούνται χρονοβόρες και κοστοβόρες θεραπείες, μεγαλύτερη παραμονή στην υγειονομική μονάδα, περισσότερη ιατρική παρακολούθηση και υγειονομική περίθαλψη και πολλές φορές οδηγούν σε αναπηρία ή ακόμα και θάνατο. Ο εκτιμώμενος αριθμός ασθενειών και θανάτων από λοιμώξεις ανθεκτικού αντιβιοτικού τύπου στην Ευρώπη ανέρχονταν το 2012 σε τουλάχιστον 2.049.442 ασθενείς και 23.000 θανάτους.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι η Ελλάδα κατέχει πρώτες θέσεις σε ό,τι αφορά τη μεγάλη αντοχή που έχουν αναπτύξει τα ενδονοσοκομειακά κυρίως μικρόβια στα τελευταία γενιάς αντιβιοτικά. Οι ειδικοί στην Ευρώπη επισημαίνουν ότι η κατάχρηση των καινούριων αντιβιοτικών οδηγεί σταδιακά στην αχρήστευση τους, μιας και δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπίσουν μεγάλη γκάμα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

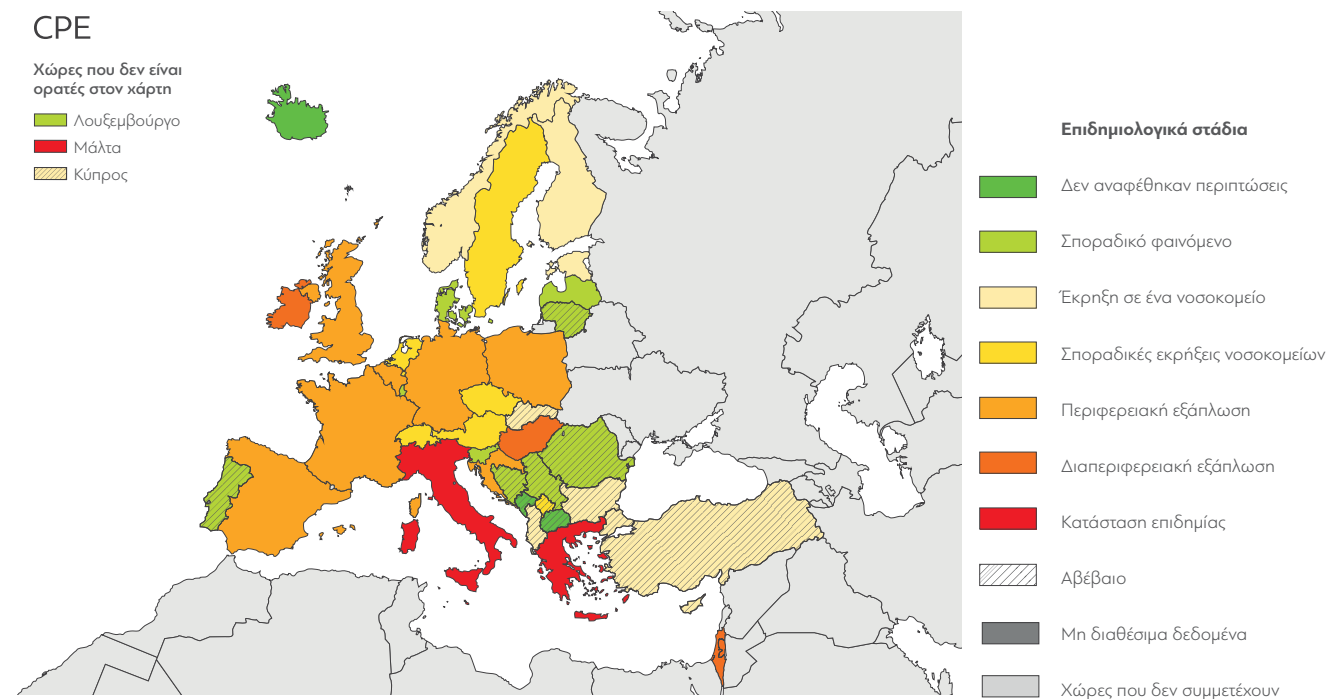
Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία που παρουσίασε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC)<sup>374,375,376</sup>

στην Ελλάδα τα πιο σημαντικά προβλήματα αντοχής στα αντιβιοτικά τα προκαλούν τα gram (+) μικρόβια *S aureus* και *Enterococcus* και τα gram (-) *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Avinetobacter*.

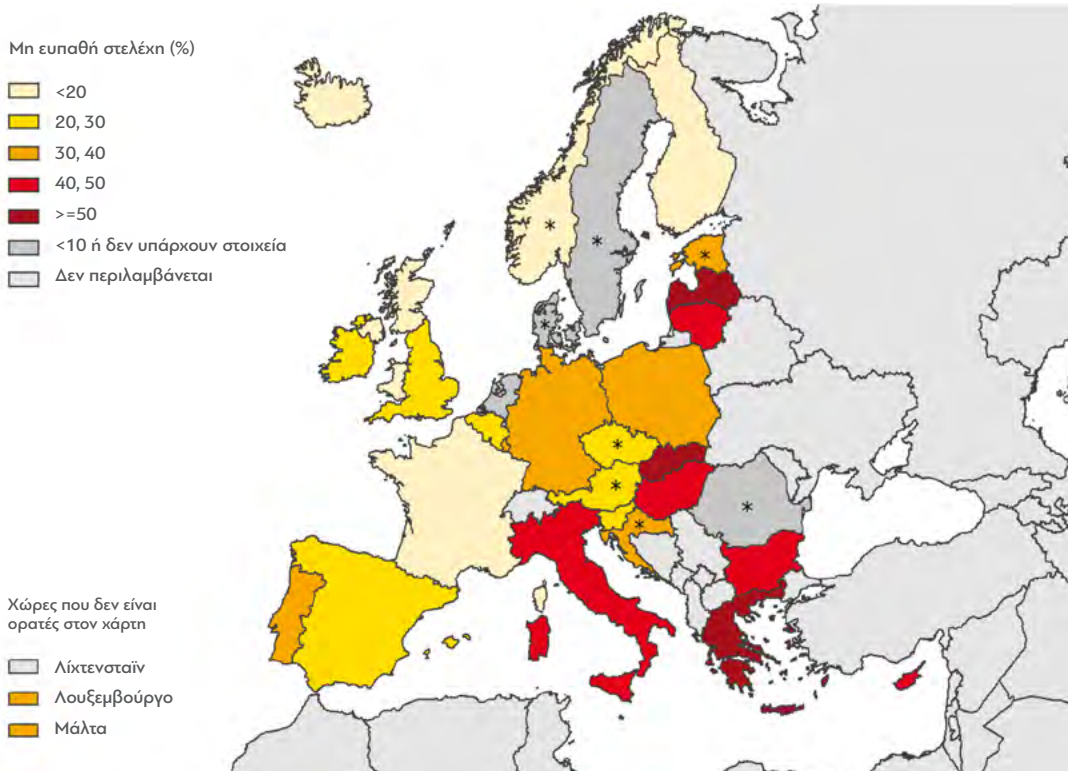
Όσον αφορά το μικρόβιο *Klebsiella*, η αντίστασή του στα αντιβιοτικά (φθοριοκινολόνες, κεφαλοσπορίνες και αμινογλυκοσίδες) τρίτης γενιάς, ήταν στην Ελλάδα πάνω από 50% το 2013, ενώ το 2016 μειώθηκε από 25% έως 50%. Όμως, η Ελλάδα παραμένει στην κορυφή της Ευρώπης από το 2013 έως σήμερα στην αντοχή της *Klebsiella* σε μια άλλη ομάδα αντιβιοτικών τις Καρβαπενέμες, καθώς το ποσοστό αντοχής στη συγκεκριμένη ομάδα αντιβιοτικών ξεπερνά το 50%. Σημειώνεται ότι η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ευρώπης στην οποία εξακολουθεί να συμβαίνει αυτό, καθιστώντας την αντίσταση της *Klebsiella* ως το πιο σημαντικό πρόβλημα ανθεκτικότητας στην Ελλάδα.

Στην έρευνα των Glasner κ.ά.<sup>377</sup> σε 39 ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με την ανθεκτικότητα των *Carbapenem-producing Enterobacteriaceae* (CRE) (εντεροβακτηριδίων), παρατηρείται πως σε κράτη της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, όπως η Ισπανία, η Γαλλία, η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει περιορισμένη επίπτωση σε τοπικό επίπεδο, ενώ σε χώρες της Μεσογείου, όπως η Ιταλία και η Ελλάδα, η επίπτωση είναι σημαντικά υψηλή δηλαδή παρατηρείται ενδημική κατάσταση (Χάρτης 1).

**Χάρτης 1: Συνολική Ευρωπαϊκή Κατάσταση Όσον Αφορά Το CPE Στην Ευρώπη (2013)**



## Χάρτης 2: Ποσοστά Ανθεκτικότητας Εντεροβακτηριδιακών Στελεχών Σε Κεφαλοσπορίνες Τρίτης Γενιάς Στην Ευρώπη (2013)



Πηγή: Glasner κ.ά., 2013

Διαθέσιμο στο: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

Στο παραπάνω χάρτη (Χάρτης 2) παρατηρούμε ότι σε χώρες όπως η Ιταλία, η Βουλγαρία κ.ά. το ποσοστό ανθεκτικότητας των εντεροβακτηριδιακών πολυανθεκτικών στελεχών κυμαίνεται μεταξύ 40% – 50%, ενώ σε χώρες όπως η Λετονία και η Ελλάδα το ποσοστό αυτό ξεπερνάει το 50%.

Πιο συγκεκριμένα το κολοβακτηρίδιο *Escherichia coli* (*E.coli*), παρουσιάζει από το 2013 έως το 2016 στην Ελλάδα, αντίσταση στα αντιβιοτικά (κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς) από 10% έως 25%. Σε χειρότερη μοίρα βρίσκονται γειτονικές μας χώρες, όπως η Ιταλία, η Βουλγαρία και η Κύπρος. Τα ποσοστά αντίστασης ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό σε ολόκληρη την Ευρώπη, αλλά είναι υψηλότερα στη νότια και νοτιοανατολική Ευρώπη απ' ό,τι στη βόρεια Ευρώπη.

### 3.8.1.6. Δείκτες αναφορικά με τον προορισμό τουρισμού υγείας

Κρίνεται σκόπιμο να τονισθεί ότι σε πολλές χώρες, οι οποίες διαφημίζονται και προωθούνται ως προορισμοί ιατρικού τουρισμού, μπορεί να μην υπάρχει ενιαία εθνική στρατηγική ή οργανωμένο σύστημα για τη συλλογή δεδομένων και υπολογισμό αξιόπιστων δεικτών υγείας. Έτσι, προκύπτει συχνά αδυναμία σύγκρισης μεταξύ των χωρών που ορθώς παρουσιάζουν

τα στοιχεία και τα δεδομένα τους με τις χώρες που παρουσιάζουν εικονικά ή μη αξιόπιστα δεδομένα.

Πέραν των δεικτών υγείας που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιοπιστία της χώρας, γενικότεροι δείκτες ή αξιολογήσεις που επηρεάζουν την επισκεψιμότητά της θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στην εθνική στρατηγική για την προώθηση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα. Τέτοιοι δείκτες είναι:

**Επικινδυνότητα για κοινωνικές αναταραχές:**<sup>379</sup> Η Ελλάδα τοποθετείται στην κόκκινη ζώνη από πλευράς επικινδυνότητας για κοινωνικές αναταραχές και διαδηλώσεις (Σχήμα 8).

**Σχήμα 8: Κατηγοριοποίηση Χωρών Με Βάση Τον Κίνδυνο Κοινωνικών Αναταραχών (2014)**

Πολύ Χαμηλό Ρίσκο	Χαμηλό Ρίσκο		Μέτριο Ρίσκο		Υψηλό Ρίσκο		Πολύ Υψηλό Ρίσκο
Αυστρία	Αυστραλία	Ναμίμπια	Αγκόλα	Ακτή Ελεφαντοστού	Αλβανία	Μιανμάρ	Αργεντινή
Δανία	Μποτσουάνα	Νέα Ζηλανδία	Αρμενία	Τζαμάικα	Αλγερία	Νικαράγουα	Μπαχρέιν
Ιαπωνία	Καναδάς	Πολωνία	Αζερμπαϊτζάν	Κένυα	Λευκορωσία	Πακιστάν	Μπαγκλαντές
Λουξεμβούργο	Χιλή	Σενεγάλη	Βέλγιο	Κουβέιτ	Βραζιλία	Παναμά	Βολιβία
Νορβηγία	Κόστα Ρίκα	Σγκαπούρη	Βρετανία	Λετονία	Βουλγαρία	Περου	Βοσνία
Ελβετία	Τσεχία	Σλοβακία	Κολομβία	Λιθουανία	Μπουργκίνα Φάσο	Φιλιππίνες	Αίγυπτος
	Φινλανδία	Σουηδία	Κονγκό	Μάλτα	Καμερούν	Πορτογαλία	<b>Ελλάδα</b>
	Γερμανία	Ταϊβάν	Κούβα	Μοζαμβίκη	Τσαντ	Ρουμανία	Ιράκ
	Χονγκ Κόνγκ	Γκάμπια	Εκουαδόρ	Ολλανδία	Κίνα	Νότια Αφρική	Λίβανο
	Ισλανδία	Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα	Ελ Σαλβαδόρ	Ομάν	Κροατία	Ισπανία	Λιβύη
	Λεσότο	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Νέα Γουινέα	Παραγουάη	Κύπρος	Σρι Λάνκα	Νιγηρία
	Μαλαισία	Ουρουγουάη	Εσθονία	Κατάρ	Αιθιοπία	Τυνησία	Σουδάν
	Μαυρίκιος		Γαλλία	Ρωσία	Γουατεμάλα	Τουρκμενιστάν	Συρία
			Γκαμπόν	Ρουάντα	Ιράν	Τουρκία	Βενεζουέλα
			Γεωργία	Σαουδική Αραβία	Ιορδανία	Ουκρανία	Υεμένη
			Ουγγαρία	Σερβία	Καζακστάν	Μεξικό	Ζιμπάμπουε
			Ινδία	Σεϋκέλλες	Κιργιστάν	Μολδαβία	
			Ινδονησία	Σλοβενία	Β. Μακεδονία	Μαρόκο	
			Ιρλανδία	Νότια Κορέα	Μαδαγασκάρη		
			Ισραήλ	Τανζανία			
			Ιταλία	Ταϊλάνδη			
			Ζάμπια	Βιετνάμ			

Πηγή: The Economist, 2014

Διαθέσιμο στο: <https://www.economist.com/blogs/theworldin2014/2013/12/social-unrest-2014>

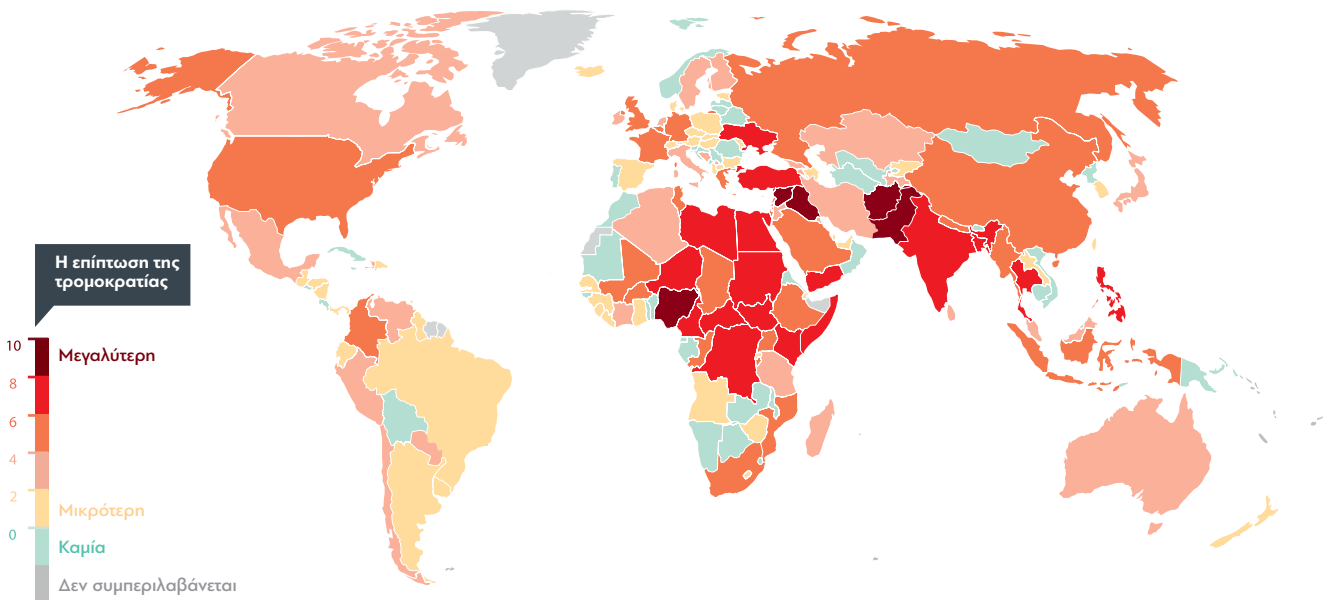
**Global Conflict Risk Index:**<sup>380</sup> Το Global Conflict Risk Index είναι μια ποσοτική εκτίμηση του κινδύνου σύγκρουσης βασισμένη σε open source δεδομένα και στη μέθοδο στατιστικής παλινδρόμησης που αναπτύχθηκε



από το Κοινό Κέντρο Ερευνών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σε συνεργασία με ομάδα εμπειρογνομώνων. Η Ελλάδα δεν εντάσσεται μέσα σε αυτόν τον κατάλογο λόγω μη ύπαρξης κινδύνου σύγκρουσης.

**Global Terrorism Index:**<sup>381</sup> Το Global Terrorism Index (GTI) είναι δείκτης που παρέχει συνοπτική περίληψη των κυριότερων παγκόσμιων τάσεων στην τρομοκρατία από το 2000. Πρόκειται για μια προσπάθεια να ταξινομηθούν συστηματικά οι χώρες του κόσμου σύμφωνα με την τρομοκρατική δραστηριότητα. Ο δείκτης συνδυάζει έναν αριθμό παραγόντων που συνδέονται με τρομοκρατικές επιθέσεις. Η Ελλάδα το 2017 ήταν στην 46η θέση από τις 163 χώρες που μελετήθηκαν (Χάρτης 3).

### Χάρτης 3: Κατηγοριοποίηση Της Ελλάδας Με Βάση Τον Κίνδυνο Τρομοκρατικών Ενεργειών (2017)



Πηγή: Global Terrorism Index, 2017

Διαθέσιμο στο: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Global%20Terrorism%20Index%202017%20%284%29.pdf>

#### 3.8.1.7. Ο ρόλος της δημόσιας υγείας στην επιλογή του προορισμού

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 Άρθρο 1 και 2 «Η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...». Οι βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας συνίστανται:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προώθηση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής συχνότητας νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Το προφίλ της δημόσιας υγείας και το επίπεδο των σχετικών επιδημιολογικών δεικτών μιας χώρας αποτελούν δείκτη βαθμού επικινδυνότητας και επισφάλειας, ειδικότερα στο πλαίσιο της διαμόρφωσης της εικόνας μιας χώρας ως ιδανικού προορισμού ιατρικού τουρισμού. Κατά την επιλογή της χώρας–προορισμού για ιατρικό ταξίδι, ένας ιατρικός τουρίστας κατά κανόνα θα επιλέξει μια χώρα στην οποία το σύστημα υγείας θα παρέχει ασφάλεια και οι αρχές του θα την καθιστούν κατάλληλο, ασφαλή και αξιόπιστο προορισμό.

Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αρμόδια όργανα εξέδωσαν επιστημονικά πορίσματα αναφορικά με νέους κινδύνους για την ασφάλεια της δημόσιας υγείας εξαιτίας της μετακίνησης πληθυσμών και ειδικότερα λόγω της ανάπτυξης και περαιτέρω εξάπλωσης των εφαρμογών της διασυνοριακής φροντίδας.

Η εικόνα της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, όπως εξάλλου και του ΕΣΥ, όπως έχει διαμορφωθεί, αλλά κυρίως με τον τρόπο που παρουσιάζεται στα διεθνή μέσα στο διάστημα της οικονομικής κρίσης, πλήττει τη χώρα και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό ιατρικού τουρισμού, παρά τους καλούς δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Η αναβάθμιση των πολιτικών δημόσιας υγείας και η αντιμετώπιση των προβλημάτων χρηματοδότησης, διοίκησης και στελέχωσης του ΕΣΥ θα συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού.

### **3.8.2. Διαπίστευση – Πιστοποίηση Υπηρεσιών Υγείας Στο Πλαίσιο Του Τουρισμού Υγείας**

#### **3.8.2.1. Εισαγωγή**

Στη σημερινή αγορά του τουρισμού υγείας, λόγω της καθολικής αρχής για την αναγκαιότητα διασφάλισης ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, παρατηρείται αυξανόμενη εμπορική σημασία της διεθνούς διαπίστευσης και των πιστοποιήσεων της υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε σχέση με τον ιατρικό τουρισμό και τη διεθνοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Η απόκτηση διεθνούς πιστοποίησης έχει γίνει ισχυρή ένδειξη της δέσμευσης ενός οργανισμού υγείας σε υψηλής ποιότητας φροντίδα και ασφάλεια των ασθενών.

Εάν ένα νοσοκομείο ή κλινική επιθυμεί απλά να βελτιώσει τις υπηρεσίες προς τους ασθενείς, ανεξαρτήτως προέλευσης των ασθενών που περιθάλπει (εντός ή εκτός χώρας), ή ακόμη κι όταν επιθυμεί να προσελκύσει ιατρικούς τουρίστες, προσφεύγει στην υιοθέτηση ενός συστήματος διεθνούς πιστοποίησης. Το ερώτημα που τίθεται είναι με ποια κριτήρια προβαίνει στην επιλογή εξωτερικού συστήματος πιστοποίησης και αξιολόγησης από τους αντίστοιχους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στο πεδίο αυτό, όπως είναι όλοι όσοι αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

Κανείς δεν μπορεί σαφέστατα να ισχυριστεί ότι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατέχει το μονοπώλιο της αριστείας και κανένας υγειονομικός πάροχος δεν μπορεί να τεκμηριώσει μέσω οιασδήποτε συστήματος πιστοποίησης ότι έχει συνολικό και απόλυτο έλεγχο της ποιότητας.

### **3.8.2.2. Πιστοποίηση και διαπίστευση των δομών υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών τουρισμού υγείας**

Η πιστοποίηση των υπηρεσιών στον τουρισμό υγείας είναι ο κλάδος εκείνος που ασχολείται με τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους διεθνείς ασθενείς και με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που αυτοί εντέλει λαμβάνουν.<sup>383,384,385</sup>

Ο όρος πιστοποίηση έχει οριστεί ως «μια διαδικασία τεκμηριωμένης αυτό-ανάλυσης και εξωτερικής αξιολόγησης που χρησιμοποιείται από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για να εκτιμηθεί με ακρίβεια το επίπεδο της απόδοσης ποιότητας σε σχέση με καθιερωμένα πρότυπα, προκειμένου εν συνεχεία να εφαρμόσουν μεθόδους διαρκούς βελτίωσης».

Με τον όρο διαπίστευση νοείται η επίσημη αναγνώριση από έναν αρμόδιο φορέα, ο οποίος ονομάζεται οργανισμός διαπίστευσης (accreditation body), ότι ένας οργανισμός είναι ικανός να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή λειτουργίες (πχ διαδικασίες πιστοποίησης κατά ISO 9001).

Η διαπίστευση και πιστοποίηση μονάδων/υπηρεσιών υγείας είναι επί της ουσίας ο κλάδος εκείνος που ασχολείται με τη βελτίωση της συνολικής εξυπηρέτησης και φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και με την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας και των υπηρεσιών που αυτοί λαμβάνουν. Τα συστήματα διαπίστευσης και πιστοποίησης είναι δομημένα με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να παρέχουν αντικειμενικές μετρήσεις και εκτιμήσεις στο πλαίσιο εξωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας και των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας (επιθεώρηση τρίτου ανεξάρτητου μέρους).

Παρόλο που η πιστοποίηση συχνά χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τη διαπίστευση, υπάρχει μια σημαντική διάκριση. Ενώ η διαπίστευση ισχύει μόνο για οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, η πιστοποίηση μπορεί να

ισχύει και για έναν ειδικό επαγγελματία, όπως γιατρό, νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας ή εργαζόμενο.

Όταν εφαρμόζεται σε μεμονωμένους επαγγελματίες, η πιστοποίηση συνήθως συνεπάγεται ότι το άτομο έχει λάβει πρόσθετη εκπαίδευση και κατάρτιση και απέδειξε την ικανότητά του σε ένα πεδίο εξειδίκευσης πέρα από τις ελάχιστες απαιτήσεις που καθορίζονται για την άδεια. Όταν εφαρμόζεται σε έναν οργανισμό ή σε μέρος ενός οργανισμού, όπως ένα εργαστήριο, η πιστοποίηση συνήθως συνεπάγεται ότι ο οργανισμός διαθέτει πρόσθετες υπηρεσίες, τεχνολογίες ή δυνατότητες πέραν αυτών που βρίσκονται σε παρόμοιες οργανώσεις.

Με την ακριβή απόδοση του όρου, τα διεθνή συστήματα αξιολόγησης και ποιοτικού ελέγχου ιατρικών υπηρεσιών που εφαρμόζονται διεθνώς είναι συστήματα πιστοποίησης και όχι διαπίστευσης, παρότι έχει επικρατήσει και ο όρος διαπίστευση.

Τα συστήματα διαπίστευσης αναπτύσσονται συνήθως με συναίνεση εμπειρογνομόνων του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και αναθεωρούνται περιοδικά προκειμένου να παραμένουν ενημερωμένα με τη σύγχρονη νοστροπία σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, την πρόοδο της τεχνολογίας και τις θεραπείες και τις αλλαγές στην πολιτική για την υγεία. Οφείλουν να έχουν ως επίκεντρο της αξιολόγησής τους κατά κύριο λόγο τον ασθενή και τη διαχείριση του ιατρικού τουρίστα μέσα από το σύστημα υγείας. Η διεργασία αυτή περιλαμβάνει τον τρόπο πρόσβασης στη φροντίδα, την κλινική αντιμετώπιση του και τη μέριμνα για τη μετανοσοκομειακή του φροντίδα, καθώς και την ποιότητα των υποστηρικτικών υπηρεσιών που παρέχονται σε αυτόν, όπως η διαμονή και παραμονή του σε ξενοδοχειακή μονάδα, η μετάβαση από και προς το αεροδρόμιο/λιμάνι κ.ά. Επίσης, τα συστήματα διαπίστευσης αξιολογούν τη συνολική επιχειρηματική απόδοση και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, όχι μόνο όσον αφορά την περίθαλψη των ασθενών, αλλά και την εκπαίδευση του προσωπικού και τη συμμόρφωση με τα κριτήρια ασφάλειας. Επιπλέον, αξιολογούν θέματα σχετικά με την κλινική διακυβέρνηση, τα διοικητικά θέματα και τη δημοσιονομική διαχείριση, την ερευνητική δραστηριότητα, τα ισχύοντα πρότυπα δεοντολογίας κλπ.

Σε κάθε περίπτωση, οι φορείς διαπίστευσης και πιστοποίησης θα πρέπει να είναι ανεξάρτητοι από κυβερνητικούς και άλλους φορείς και θα πρέπει να αξιολογούν τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης ολιστικά και όχι μόνο ορισμένες υπηρεσίες ή τμήματα εντός της μονάδας υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις που πιστοποιούνται τμήματα μονάδων που εμπλέκονται στις παροχές του τουρισμού υγείας, καθώς και όλες οι σχετιζόμενες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Εξάλλου, σύμφωνα με την ΚΥΑ για τον καθορισμό όρων και προϋποθέσεων για την άσκηση της δραστηριότητας του ιατρικού τουρισμού (Κ.Υ.Α. αριθμ. 27217/26.11.2013)

παρέχεται ρητώς η δυνατότητα να πιστοποιείται μόνο τμήμα ή μονάδα του φορέα φροντίδας υγείας.

Η μερική πιστοποίηση τμημάτων των δομών αυτού του τύπου θα πρέπει να είναι αναγνωρίσιμη δημοσίως ως διακριτή πιστοποίηση τμήματος, τόσο από το σύστημα πιστοποίησης όσο και από το νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, είναι διαφορετικό να αναφέρεται το νοσοκομείο ως πιστοποιημένο κατά ISO 9001 και διαφορετικό ζήτημα το να έχουν πιστοποιηθεί τα βιοπαθολογικά ή απεικονιστικά του εργαστήρια κατά ISO 9001 (δήλωση του πεδίου πιστοποίησης).

Ορισμένα από τα καίρια στοιχεία προς εξέταση που διασφαλίζουν την ορθή λειτουργία των μονάδων του τουρισμού υγείας από τα διεθνή συστήματα πιστοποίησης είναι:

- Τα πρότυπα διαχείρισης και διακυβέρνησης της εκάστοτε μονάδας.
- Η δέσμευση της μονάδας για διαρκή βελτίωση και ανατροφοδότηση από τις διορθωτικές και βελτιωτικές ενέργειες.
- α πρότυπα επιχειρησιακής ηθικής και δεοντολογίας που υφίστανται εντός της μονάδας.
- Τα ηθικά πρότυπα και δεοντολογικά πλαίσια λειτουργίας του επιστημονικού προσωπικού, καθώς και η προσωπική και συλλογική τους δέσμευση για τη φροντίδα των ασθενών.
- Η ποιότητα και το επίπεδο εξειδίκευσης του επιστημονικού προσωπικού, το επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισής του.
- Η τεκμηρίωση των δράσεων διαρκούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και ανάπτυξης του προσωπικού.
- Η ποιότητα και τα πρότυπα δεοντολογίας του διοικητικού προσωπικού, καθώς και την ατομική και συλλογική τους δέσμευση για τη φροντίδα των τουριστών υγείας.
- Η πορεία και η μεθοδολογία διαχείρισης, εποπτείας και ελέγχου των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων για τις υγειονομικές μονάδες.
- Η φυσική ασφάλεια στις υποδομές της μονάδας.
- Οι διαδικασίες πρόληψης μετάδοσης ενδημιών και η απομόνωση δυνητικά μολυσματικών περιστατικών. Η μονάδα μπορεί να βρίσκεται σε χώρα όπου το περιβάλλον και το κλίμα μπορεί να φέρουν έναν τουρίστα υγείας σε επαφή με μολυσματικές και / ή τροπικές ασθένειες με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένος.
- Η απόδειξη ύπαρξης ενός ισχυρού, οργανωμένου και αδιάβλητου συστήματος για την αντιμετώπιση των καταγγελιών που ενδέχεται να υποβάλλει ο τουρίστας υγείας.

Η προετοιμασία μιας μονάδας που δραστηριοποιείται στον κλάδο του τουρισμού υγείας για την πιστοποίηση είναι μια δύσκολη και επίπονη διαδικασία. Σε ένα ελάχιστο επίπεδο θα πρέπει η μονάδα να είναι πλήρως εξοικειωμένη με τα ισχύοντα διεθνή πρότυπα, προκειμένου να αναθεωρήσει τις τρέχουσες και εφαρμοζόμενες διαδικασίες και πολιτικές της σε

σχέση με τα πρότυπα και να τεθούν υπό βελτίωση περιοχές οι οποίες υστερούν. Εν συνεχεία, η μονάδα θα πρέπει να είναι σε συμμόρφωση με τα ισχύοντα πρότυπα σε όλη τη διάρκεια της πιστοποίησης, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι οι επιθεωρητές εποπτεύουν τη μονάδα για τρία συναπτά χρόνια από την αρχική εφαρμογή και πιστοποίηση των διαφόρων πεδίων αξιολόγησης.

Μια άλλη σημαντική διάσταση της υγειονομικής φροντίδας που επιβάλλει την εφαρμογή όρων διασφάλισης ποιότητας είναι η οικονομική (value for money). Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο των συνεργασιών τους με νοσοκομεία ανά τον κόσμο ζητούν –προκειμένου για τη σύναψη συμβάσεων και σταθερού πλαισίου συνεργασίας μαζί τους- πιστοποιήσεις και διαπιστεύσεις ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

Μια σειρά από χώρες διαμόρφωσαν τα δικά τους εθνικά συστήματα διαπίστευσης των εγχώριων ιατρικών υπηρεσιών. Λαμβάνοντας τις ΗΠΑ ως παράδειγμα, αρκετοί οργανισμοί παρέχουν πιστοποίηση για εγχώριους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ αυτών το Πρόγραμμα Διαπίστευσης Υγείας στην Κοινότητα (CHAP), ο Οργανισμός Joint Commission, το Πρόγραμμα DNV, η Επιτροπή Διαπίστευσης για την Υγεία, Inc (ACHC), ο Οργανισμός Healthcare Quality Association on Accreditation (HQAA).

Κάποιες χώρες βασίζονται για τη διαπίστευση των ιατρικών υπηρεσιών τους σε συστήματα που προέρχονται από άλλες χώρες αλλά έχουν διεθνή εμπέδωση στον χώρο της αξιολόγησης. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτό, συμπεριλαμβανομένου του κόστους, της πρόθεσης για μέγιστη και αποτελεσματική βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης με αξιοποίηση πραγματικών εμπειριών και ‘καλών πρακτικών’ από άλλες χώρες, ή για την ανάδειξη του διεθνούς προφίλ των υπηρεσιών σε νέες αγορές της υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτή του ιατρικού τουρισμού.

Τα επικρατέστερα διεθνή συστήματα διαπίστευσης και πιστοποίησης ιατρικών υπηρεσιών λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τα ζητήματα αυτά στην αξιολόγηση των ιατρικών παρόχων. Η πιστοποίηση των παρόχων που δραστηριοποιούνται στη διεθνή αγορά και διεκδικούν μερίδιο στον ιατρικό τουρισμό είναι η βασική προϋπόθεση για την ένταξή τους σε μια δεξαμενή παρόχων, οι οποίοι μπορούν να προβάλλονται και να προωθούνται με αξιώσεις για διαφορετικές κατηγορίες θεραπειών/ιατρικών παρεμβάσεων/εξειδικεύσεων. Οι πάροχοι μέσα από τις διεργασίες της πιστοποίησης οφείλουν να αναπτύξουν και να εφαρμόζουν τις απαιτούμενες εκείνες παραμέτρους απόδειξης αξιοπιστίας στην κλινική πρακτική, τη διοίκηση και λειτουργία.<sup>385,386</sup>

Παρακάτω αναφέρονται οι οργανισμοί διαπίστευσης της υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες χώρες:

- Αυστραλία:
  - Australian Council on Healthcare Standards International (ACHSI)
  - Australian General Practice Accreditation Limited (AGPAL)
- Καναδάς:
  - Accreditation Canada (AC)
- Γαλλία:
  - HAS (Haute Autorité de Santé)
- Ευρώπη:
  - OECD Accreditation and Designation Programme (AC)
- Ινδία:
  - National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH)
- Ιαπωνία:
  - Japan Council for Quality Health Care
- Νέα Ζηλανδία:
  - Quality Health New Zealand (QHNZ); Τα πρότυπα ποιότητας του QHNZ βασίζονται σε αυτά της Αυστραλίας και του Καναδά.
- Σαουδική Αραβία:
  - Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions (CBAHI), Jeddah.
- Σλοβενία:
  - American Accreditation Commission International (AACI)
- Ηνωμένο Βασίλειο:
  - QHA Trent Accreditation
  - UKAF (the United Kingdom Accreditation Forum)
- Ηνωμένες Πολιτείες:
  - Joint Commission International (JCI)
  - ACHC International (Accreditation Commission for Health Care)
  - American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)
  - DNV Healthcare
  - Global Healthcare Accreditation (GHA)
  - Medical Travel Quality Alliance (Mtqua)
- Τουρκία:
  - SAS Accreditation (Standards of Accreditation in Health) by Turkish Ministry of Health
- Γουατεμάλα:
  - Health & Wellness Tourism Commission
- Γερμανία:
  - Temos International

Στην περίπτωση των διεθνών συστημάτων πιστοποίησης, ορισμένα από αυτά αποτελούν τεχνικά πρότυπα αναφορικά με τη συμμόρφωση των υπηρεσιών και τον τρόπο εφαρμογής έκαστου κριτηρίου και προδιαγραφής ποιότητας, όπως ο Διεθνής Οργανισμός Διαπίστευσης Ιατρικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ - Joint Commission International (JCI). Σκοπός του JCI είναι η

βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και η πιστοποίηση φορέων υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Άλλα συστήματα πιστοποίησης, όπως είναι το σύστημα διαπίστευσης Temos (Accreditation standard), λειτουργούν στο πλαίσιο προσαρμογής του οργανισμού στη διαδικασία υιοθέτησης του προτύπου με την προϋπόθεση ότι η μεθοδολογία εκπλήρωσης έκαστου ποιοτικού στόχου και έκαστης προδιαγραφής είναι επαρκώς τεκμηριωμένη και εφαρμοσμένη. Το σύστημα TEMOS είναι ένα διεθνές σύστημα πιστοποίησης ιατρικών υπηρεσιών και εν γένει υπηρεσιών υγείας, μοναδικό για την ειδικότερη αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών διαχείρισης διεθνών ασθενών και ιατρικού τουρισμού.

### 3.8.2.3. Ενδεικτικοί σημαντικοί διεθνείς φορείς

**International Society for Quality in Health Care - (ISQua):** Είναι ένας οργανισμός- ομπρέλα για τη συνέργεια και την επιστημονική συνδρομή οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες πιστοποίησης και διαπίστευσης ιατρικών υπηρεσιών (οι μεγαλύτεροι και σημαντικότεροι των οποίων προαναφέρθηκαν). Ο ISQua είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης μη κερδοσκοπική, η οποία έχει μέλη σε πάνω από 70 χώρες. Οι υπηρεσίες που παρέχει ο Οργανισμός συνίστανται στην καθοδήγηση (επιστημονική και τεχνοκρατική) επαγγελματιών υγείας, παρόχων υπηρεσιών υγείας, ερευνητών, πρακτόρων, policy makers και αποδέκτες των υπηρεσιών (οργανισμούς ασθενών), προκειμένου να πετύχουν προηγμένη ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο ίδιος ο Οργανισμός δεν εκτελεί ελέγχους και αξιολογήσεις διαπίστευσης ή πιστοποίησης σε φορείς υγείας.

**Global Healthcare Travel Council (GHTC):** Το GHTC είναι μια πλατφόρμα καθοδήγησης και συντονισμού για την υγειονομική περίθαλψη ταξιδιωτών και είναι υπεύθυνο για την παροχή καθοδήγησης σε παγκόσμια θέματα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τη διαμόρφωση της ατζέντας για την έρευνα στον τομέα της υγείας, τη θέσπιση προτύπων και δεοντολογίας, τη διατύπωση επιλογών πολιτικής βάσει στοιχείων, την παροχή τεχνικής υποστήριξης σε χώρες, την παρακολούθηση και αξιολόγηση των τάσεων της υγειονομικής περίθαλψης και γενικά σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Μέχρις στιγμής έχει 21 επίσημα μέλη-χώρες και η Ελλάδα είναι ένα από αυτά.

### 3.8.2.4. Συστήματα πιστοποίησης παρόχων υπηρεσιών υγείας

Τα κύρια διεθνή πρότυπα διαχείρισης ποιότητας είναι τα εξής:

**ISO 9001:2015 - Σύστημα ποιότητας και διαχείρισης:** Το ISO 9001 είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα πρότυπα το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους τύπους επιχειρήσεων και οργανισμών ανεξάρτητα από το μέγεθος και τη δραστηριότητά τους. Περιλαμβάνει ένα δομημένο



σύστημα το οποίο αποσκοπεί στη διαμόρφωση ενός πλαισίου λειτουργίας στην επιχείρηση, ώστε να παρέχει προϊόντα ή/και υπηρεσίες με βάση τις ανάγκες του πελάτη.

### **SN/BS EN 15224:2016 Σύστημα διαχείρισης ποιότητας στις Υπηρεσίες**

**Υγείας:** Το πρότυπο SN/BS EN 15224 αποτελεί το Ευρωπαϊκό πλαίσιο προδιαγραφών για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να ανταποκρίνονται με επάρκεια στις ειδικές ανάγκες των ασθενών και τις ιδιαίτερες συνθήκες των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομεία, κλινικές, εσωτερικά και εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα) και των εξειδικευμένων ιατρικών μονάδων, όπως κέντρα εξωσωματικής-αναπαραγωγικής ιατρικής, οδοντιατρικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας κλπ.

Κατά την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης κατά SN/BS EN 15224, η ασφάλεια του ασθενή εκλαμβάνεται ως πρωταρχικός στόχος από τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και επομένως, κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη μιας ισχυρής κουλτούρας για την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών συνυφασμένη με την επιχειρησιακή στρατηγική κάθε μονάδας υγείας.

**ISO 14001- Σύστημα περιβαλλοντικής διαχείρισης:** Το Διεθνές Πρότυπο ISO 14001 καθορίζει τις απαιτήσεις για την ανάπτυξη και την εφαρμογή Συστήματος Περιβαλλοντικής Διαχείρισης. Το πρότυπο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε είδος δραστηριότητας και σε κάθε μέγεθος οργανισμού, δεδομένου ότι κάθε επιχείρηση επηρεάζει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται.

**ISO 50001 – Σύστημα Διαχείρισης Ενέργειας:** Το πρότυπο ISO 50001 αποτελεί το ειδικό πλαίσιο προδιαγραφών, που αναπτύχθηκε από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO), για τον σχεδιασμό και την πιστοποίηση συστημάτων ενεργειακής διαχείρισης και προσαρμόζεται στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά κάθε οργανισμού, ανεξαρτήτως μεγέθους, τομέα δραστηριοποίησης και της γεωγραφικής του εγκατάστασης.

Το πρότυπο ISO 50001 καθορίζει τις απαιτήσεις για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και παρακολούθηση ενός συστήματος ενεργειακής διαχείρισης, του οποίου σκοπός είναι να παρέχεται η δυνατότητα στην επιχείρηση-οργανισμό να ακολουθεί συστηματική προσέγγιση για την επίτευξη διαρκούς βελτίωσης της ενεργειακής επίδοσης, η οποία συνίσταται επιμέρους στην ενεργειακή αποδοτικότητα, την ενεργειακή ασφάλεια, τη βελτιούμενη χρήση ενέργειας και τη βελτίωση στην κατανάλωση ενεργειακών πόρων.

**ISO 27001 - Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών:** Το πρότυπο ISO 27001 είναι ένα διεθνές πρότυπο για την ασφάλεια πληροφοριών και αποτελεί το πλαίσιο προδιαγραφών για Συστήματα Διαχείρισης

Ασφάλειας Πληροφοριών (ISMS). Οι Οργανισμοί που πληρούν τις προδιαγραφές του προτύπου, υποβάλλοντας αίτηση πιστοποίησης έχουν τη δυνατότητα μετά την επιτυχή ολοκλήρωση μιας αναλυτικής διαδικασίας ελέγχου να λάβουν επίσημο Πιστοποιητικό διασφάλισης συμμόρφωσης από τον Διαπιστευμένο Φορέα για το εν λόγω πρότυπο.

**OHSAS 18001 - Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας:** Το πλαίσιο προδιαγραφών OHSAS 18001 αποτελεί ένα διεθνώς εφαρμοσμένο βρετανικό πρότυπο για τα συστήματα διαχείρισης επαγγελματικής υγιεινής και ασφάλειας. Αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται προκειμένου να υποστηρίξει τις επιχειρήσεις κάθε κλάδου να θέσουν σε άμεση ισχύ μέτρα και παρεμβάσεις για την ενίσχυση της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων τους. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο και δημοφιλές ως σύστημα διαχείρισης υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία. Όλοι οι οργανισμοί παγκοσμίως αναγνωρίζουν την ανάγκη να ελέγχουν και να επιβλέπουν τις επιδόσεις υγείας και ασφάλειας στο πλαίσιο της λειτουργίας τους, μέσω των συστημάτων εργασιακής υγείας και ασφάλειας (ΣΔΥΑΕ). Το πρότυπο αναμένεται να αντικατασταθεί πλήρως έως την πλήρη εφαρμογή του νέου ISO 45001: 2018 Occupational Health and Safety Management Systems.

**ISO 22000 & HACCP - Συστήματα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων:** Το ISO 22000 είναι ένα πρότυπο που αναπτύχθηκε από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης με αντικείμενο την ασφάλεια τροφίμων, και καθορίζει τις απαιτήσεις για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ασφάλειας τροφίμων το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- Διαδραστική επικοινωνία
- Αρχές διαχείρισης του συστήματος
- Προαπαιτούμενα προγράμματα
- Αρχές του συστήματος HACCP

**ISO 37001:2016 Διαχείριση καταπολέμησης της δωροδοκίας και της διαφθοράς:** Το πρότυπο ISO 37001:2016 καλλιεργεί κλίμα κατά της δωροδοκίας εντός οποιουδήποτε οργανισμού, με σκοπό την ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της διαφάνειας, που θα οδηγήσει στη γενική βελτίωση της ροής εργασιών ενός οργανισμού. Επίσης, καθορίζει τις απαιτήσεις και παρέχει καθοδήγηση για ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο ώστε να βοηθά τον εκάστοτε οργανισμό να προλαμβάνει, να ανιχνεύει και να χειρίζεται ενδεχόμενες περιπτώσεις δωροδοκίας και να συμμορφώνεται με τους νόμους κατά της δωροδοκίας και εν γένει της διαφθοράς.

**Ευρωπαϊκός κανονισμός για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR):** Με τον συγκεκριμένο κανονισμό, η Ευρώπη στοχεύει στην ενίσχυση του ελέγχου των προσωπικών δεδομένων από τους ίδιους τους πολίτες, αλλά και στον προσδιορισμό των αρχών διατήρησης και ανάκτησής τους.

**SA 8000 – Σύστημα Διαχείρισης Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης:** Το πλαίσιο προδιαγραφών SA 8000 αποτελεί ένα διεθνές πρότυπο πιστοποίησης που ενθαρρύνει τους οργανισμούς να αναπτύξουν, να διατηρούν και να εφαρμόζουν κοινωνικά ευρέως αποδεκτές πρακτικές στους χώρους παραγωγής και εργασίας. Το σύστημα SA 8000 είναι βασισμένο στις αρχές και τους κανόνες των διεθνών κανονισμών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αποτυπώνονται στις συμβάσεις του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας, τη Συνθήκη των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τα δικαιώματα του παιδιού και την καθολική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Μετρά την επίδοση των επιχειρήσεων σε οκτώ βασικές περιοχές κοινωνικής ευθύνης: την παιδική εργασία, τον εξαναγκασμό στην εργασία, την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, τον συνδικαλισμό και τις συλλογικές διαπραγματεύσεις, τη διάκριση, τις πειθαρχικές πρακτικές, το ωράριο απασχόλησης και τις αποζημιώσεις.

**Πιστοποίηση δομών για προσβασιμότητα ΑμεΑ:** Υπολογίζεται ότι τα άτομα με αναπηρία είναι το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού και το 12% είναι τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Οι πάροχοι τουρισμού υγείας, που θα φιλοξενήσουν/εξυπηρετήσουν τουρίστες τρίτης ηλικίας, θα πρέπει να έχουν διαμορφώσει τις δομές τους με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να υπάρχει προσβασιμότητα ατόμων με δυσκολίες στη μετακίνηση και μάλιστα να είναι πιστοποιημένες από κάποιο τρίτο ανεξάρτητο φορέα.

**Εξειδικευμένη πιστοποίηση ξενοδοχειακών μονάδων – HSTAR I & II standards:** Η πιστοποίηση HSTAR I- Blue Service certification για τη διασφάλιση της υγείας και ασφάλειας των πελατών στον τομέα της φιλοξενίας, απευθύνεται στις ξενοδοχειακές επιχειρήσεις, σε τουριστικά καταλύματα και clubs, καθώς επίσης σε υποδομές φιλοξενίας αθλητικών διοργανώσεων (στάδια), σε διοργανωτές φεστιβάλ και εκδηλώσεων ευρείας συμμετοχής. Επίσης, συνιστά σφραγίδα εμπιστοσύνης για τη ξενοδοχειακή μονάδα και τις μαζικές, ευρείας κλίμακας, διοργανώσεις, η οποία διασφαλίζει αξιόπιστες λύσεις στη διαχείριση των υγειονομικών αναγκών και την κάλυψη έκτακτων υπηρεσιών περίθαλψης των επισκεπτών και φιλοξενούμενων.

Το πρόγραμμα πιστοποίησης **HSTAR II- BLUE SERVICE FOR EXCELLENCE** αναπτύχθηκε ειδικά για τους τουρίστες με χρόνια προβλήματα υγείας, τους ευαίσθητους πελάτες και τους ιατρικούς τουρίστες/τουρίστες υγείας, με στόχο την ποιοτική κι ασφαλή εξυπηρέτησή τους από τις επιχειρήσεις φιλοξενίας.

**Πιστοποίηση Συντονιστών-Διαμεσολαβητών ιατρικού τουρισμού:** Σημαντική θέση στη διαδικασία διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας των τουριστών υγείας κατέχουν οι πράκτορες ιατρικού τουρισμού. Ο φορέας πιστοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών Temos, με εξειδίκευση στον ιατρικό τουρισμό, δύναται να παρέχει πιστοποίηση σε Διαμεσολαβητές Ιατρικού Τουρισμού (σύμφωνα με το πρότυπο Quality in International Medical Travel Coordination για οργανισμούς/εταιρείες και Πιστοποίηση για Επαγ-

γελματίες Συντονιστές-Διαμεσολαβητές Ιατρικού Τουρισμού σύμφωνα με το παγκόσμιο πρότυπο ISO 17024) (βλ. κεφ. 3.2.).

### **3.8.3. Συγκεκριμένα Προβλήματα Παροχής Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας Από Την Ελλάδα Στο Πλαίσιο Του Τουρισμού Υγείας**

#### **3.8.3.1. Η Ελλάδα στην παγκόσμια κατάταξη ποιότητας υγείας**

Η ποιότητα και διαθεσιμότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχει βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου μετά το 1990. Όμως, από την άλλη, έχουν αυξηθεί οι ανισότητες τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και στο εσωτερικό τους. Ερευνητές του ινστιτούτου μετρήσεων και αξιολόγησης της υγείας του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον δημιούργησαν έναν νέο παγκόσμιο δείκτη (healthcare access and quality index) και βαθμολόγησαν από το 0 έως το 100, 195 χώρες ανάλογα με την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψής και του βαθμού στον οποίο έχει πρόσβαση ο πληθυσμός σε αυτήν.<sup>386</sup>

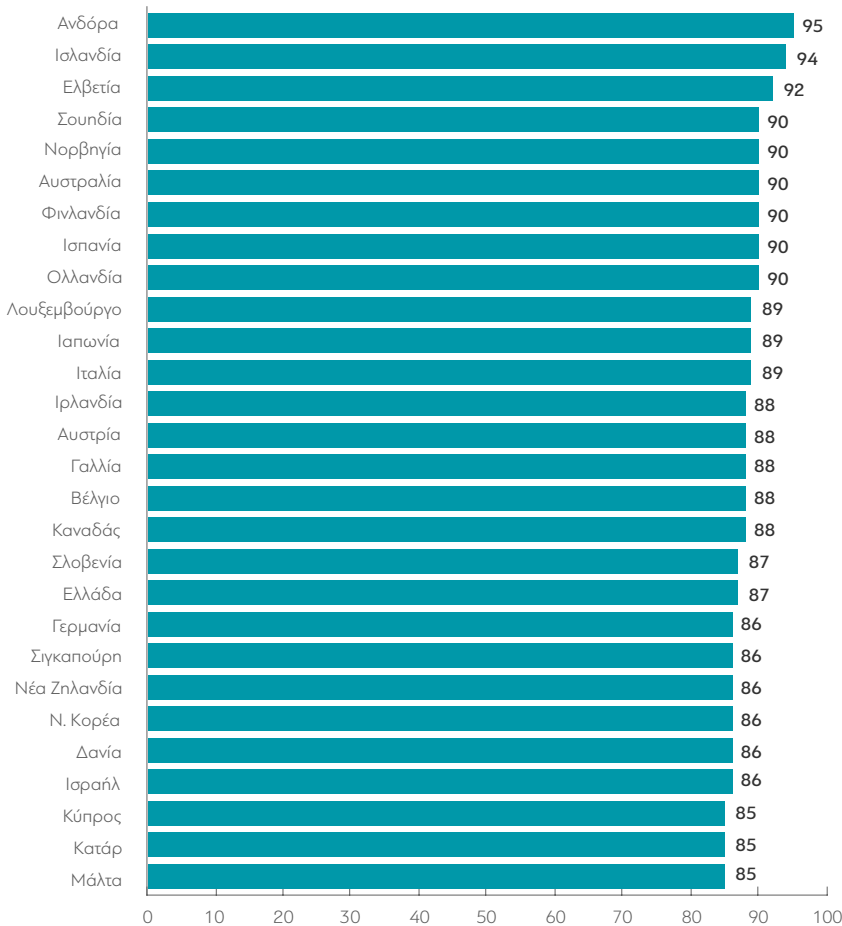
Ο δείκτης έλαβε υπόψη στοιχεία της περιόδου 1990-2015 και βασίστηκε στη θνησιμότητα που υπάρχει σε κάθε χώρα για 32 παθήσεις, η οποία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Σε παγκόσμιο επίπεδο ο δείκτης εμφανίζει αύξηση από 40,7 το 1990 σε 53,7 το 2015, καθώς οι 167 από τις 195 χώρες εμφάνισαν διαχρονικά βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Όμως, την ίδια περίοδο, το χάσμα ανάμεσα στις χώρες με τις καλύτερες και τις χειρότερες ιατροφαρμακευτικές επιδόσεις διευρύνθηκε κατά σχεδόν πέντε μονάδες από 23,1 - 84,7 το 1990 (απόκλιση 61,6) σε 28,6 - 94,6 το 2015 (απόκλιση 66).

Το 2015 το υψηλότερο σκορ εμφάνισε η Ανδόρρα (94,6) και ακολούθουσαν κατά σειρά η Ισλανδία (93,6), η Ελβετία (91,8), η Σουηδία (90,5), η Νορβηγία (90,5), η Αυστραλία, η Φινλανδία, η Ισπανία και η Ολλανδία. Στην τελευταία θέση βρίσκεται η Κεντροαφρικανική Δημοκρατία (28,6). Γενικότερα οι χώρες της Ευρώπης βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις και της υποσαχάριας Αφρικής στις χαμηλότερες (Διάγραμμα 14).

Η Ελλάδα με 87 μονάδες βρίσκεται στην 20ή θέση της παγκόσμιας κατάταξης, ακριβώς πάνω από τη Γερμανία (86). Η Κύπρος βρίσκεται στην 27η θέση (85 μονάδες), οι ΗΠΑ στην 36η (81 μονάδες) και η Τουρκία στην 81η (76).

Η Ελλάδα βαθμολογήθηκε με 100 (άριστα) στην αντιμετώπιση ασθενειών, όπως οι γαστρεντερίτιδες, η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, η ιλαρά, η επιληψία και η σκωληκοειδίτιδα. Χαμηλότερες είναι οι επιμέρους βαθμολογίες της χώρας μας στον καρκίνο του δέρματος, πλην του μελανώματος (62), στον καρκίνο των όρχεων (67), στο λέμφωμα Hodgkin (31), στη λευχαιμία (62), στην ισχαιμική καρδιακή νόσο (61), στην αγγειακή εγκεφαλική νόσο (72).

#### Διάγραμμα 14: Αξιολόγηση Υγιονομικής Περιήλαψης: Οι 20 Κορυφαίες Επιδόσεις (2017)



Πηγή: The Lancet (2017)

#### 3.8.3.2. Έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας

Τυπικοί δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν είναι διαθέσιμοι στην Ελλάδα. Παρότι υπάρχουν επιτροπές ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία επιφορτισμένες να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας.<sup>387,388</sup>

Ορισμένοι εθνικοί φορείς ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά εστιάζουν κυρίως σε ρυθμιστικές δραστηριότητες και όχι τόσο στην εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας. Ένα ζήτημα που προκαλεί αυξανόμενη ανησυχία είναι τα υψηλά ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σύμφωνα με μελέτες, τα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση συσκευών στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι

υψηλά, ενώ μεγάλη είναι και η διαφοροποίηση μεταξύ νοσοκομείων όσον αφορά τον συνολικό αριθμό των περιστατικών λοίμωξης (κυμαίνονται από 230 έως 450 ανά μήνα).

Η Ελλάδα καταγράφει, επίσης, πολύ υψηλά ποσοστά μικροβιακής αντοχής, γεγονός που οδήγησε σε κυβερνητική δράση το 2013.<sup>389</sup> Η χώρα όπως ήδη αναφέρθηκε (βλ. κεφάλαιο 3.6.), κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αντιβιοτικών και μικροβιακής αντοχής στην Ευρώπη. Το 2013 νέα νομοθεσία δρομολόγησε ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική, η οποία περιλαμβάνει τη θέσπιση ετήσιων σχεδίων δράσης, ενισχυμένη υποχρεωτική επιτήρηση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ορθή χρήση των αντιβιοτικών. Η εφαρμογή της βρίσκεται σε εξέλιξη και βασίζεται στη διαθεσιμότητα επαρκών πόρων και στην αυξανόμενη ευαισθητοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

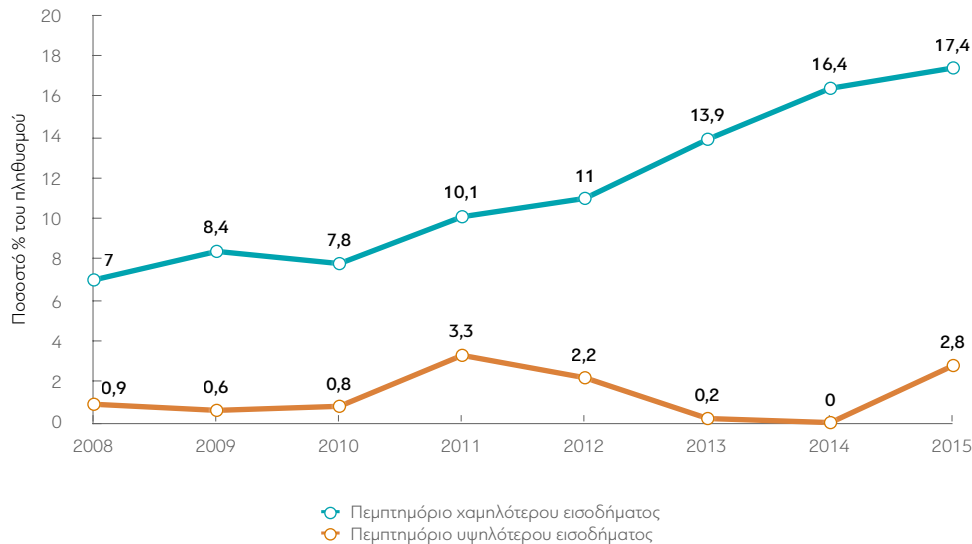
### 3.8.3.3. Αύξηση μη ικανοποιούμενης ανάγκης

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στον σχεδιασμό και την ορθολογική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, κάτι που έχει επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και στην πρόσβαση. Υπάρχει μεγάλη ανισορροπία στην κατανομή των υλικών πόρων και του ιατρικού προσωπικού μεταξύ αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών, καθώς και μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στα πολύ υψηλά καταγεγραμμένα επίπεδα μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη – το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρώπης.<sup>390</sup>

Στην Ελλάδα, η αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία και είναι πλέον η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρώπη (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της Ευρώπης). Η διαφοροποίηση μεταξύ του υψηλότερου πεμπτημορίου εισοδήματος (3,9%) και του χαμηλότερου (18,7%) είναι πολύ μεγάλη, στοιχείο που υπογραμμίζει την άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες που βιώνουν οι διάφορες εισοδηματικές ομάδες.

Το κόστος αναφέρεται ως η συχνότερη αιτία μη ικανοποιούμενης ανάγκης στην Ελλάδα και αφορά ενδεχομένως όχι μόνο οικονομικές δυσκολίες στην προσιτότητα των υπηρεσιών, αλλά και μεταβολές στο εισόδημα των νοικοκυριών και στα μοντέλα κατανάλωσης, όπως επίσης και στις προτιμήσεις των χρηστών. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω υψηλού κόστους υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2015 (από 4,2% σε 10,9%), ενώ ιδιαίτερα μεγάλες είναι οι ανισότητες ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα (Διάγραμμα 15).<sup>29</sup> Στο φτωχότερο πεμπτημόριο έφτασε στο 17,4%, το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη, όπου ο μέσος όρος είναι μόλις 4,1%.

### Διάγραμμα 15: Αυξανόμενο Χάσμα Ανισότητας Στην Αυτοαναφερόμενη Μη Ικανοποιούμενη Ανάγκη Λόγω Κόστους (2016)



Πηγή: Karanikolos και Kentikelenis, 2016

Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

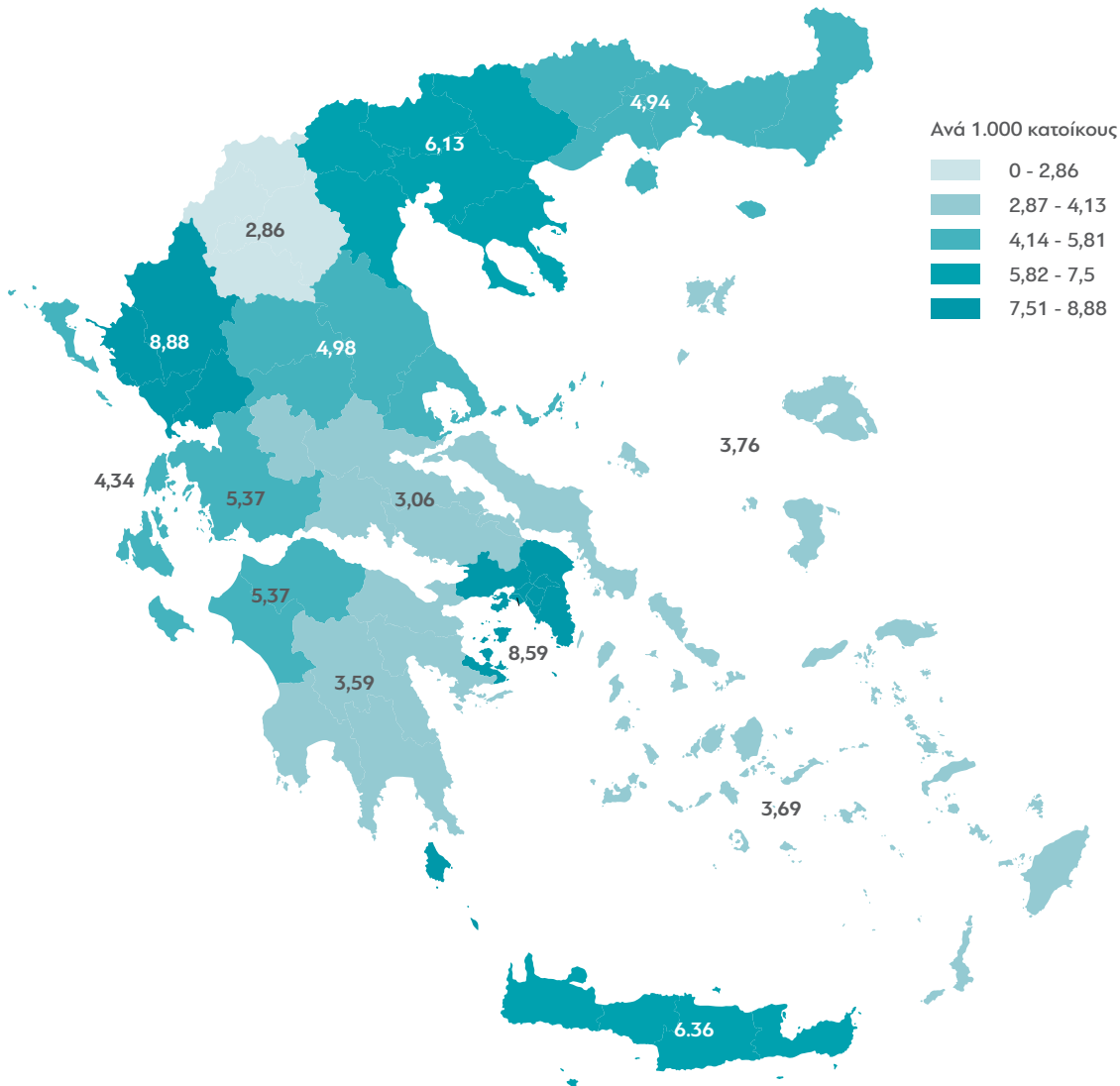
Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν από τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκε να λάβει αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα και καθυστέρησε να τη λάβει ή δεν την έλαβε καθόλου το 13,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης λίστας αναμονής. Το 6,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μεταφορά. Το 9,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας.<sup>392</sup>

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health VI που πραγματοποίησε το ΙΚΠΙ τον Μάιο 2015 ένας στους πέντε πολίτες δηλώνει ότι κάποια στιγμή τον τελευταίο χρόνο, παρά την ύπαρξη προβλήματος υγείας, δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας. Αυτή η ανικανοποίητη ζήτηση αποδίδεται κατά κύριο λόγο (56,7%) στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και δευτερευόντως (30,7%) στην έλλειψη χρόνου.<sup>393</sup>

#### 3.8.3.4. Οι γεωγραφικές ανισότητες συνιστούν πρόκληση για την προσβασιμότητα

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των γιατρών (Χάρτης 4). Η πυκνότητα των γιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1.000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1.000 κατοίκους στην Αττική.<sup>394</sup>

#### Χάρτης 4: Η Κατανομή Των Γιατρών Στην Ελλάδα (2015)



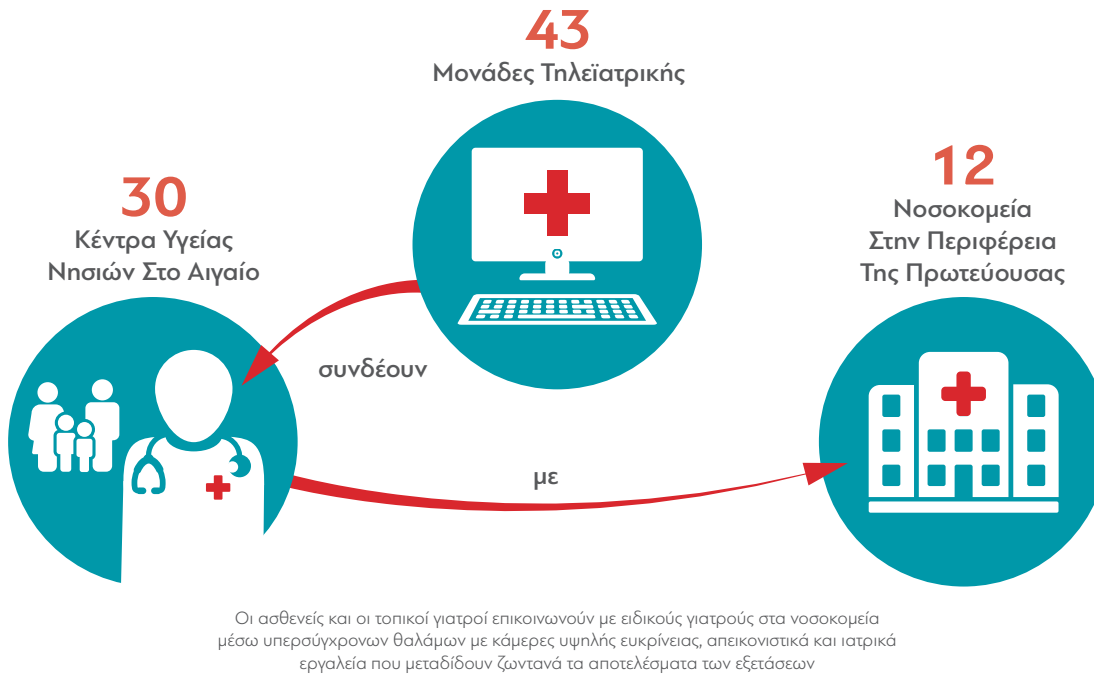
Πηγή: Eurostat, 2015

Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

Παρότι παρασέθηκαν ορισμένα (οικονομικά) κίνητρα σε γιατρούς που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν αποδείχτηκαν επαρκή για την πρόσληψη και την παραμονή προσωπικού σε αυτές τις περιοχές. Το καινοτόμο έργο του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής, που συγχρηματοδοτείται από την Ευρώπη, επιχειρεί να αξιοποιήσει τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής για την προσέγγιση ασθενών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (Σχήμα 9).



**Σχήμα 9: Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (2015)**



Πηγή: Eurostat, 2015

Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

## 3.9. Ποιότητα-Ασφάλεια-Διαχείριση Κινδύνων

### 3.9.1. Η Ποιότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο Avedis Donabedian<sup>395,396</sup> που ήταν από τους πρώτους που επικεντρώθηκαν σε θέματα ποιότητας στον χώρο της υγείας, όρισε την ποιότητα ως τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν στη διαδικασία της περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>397,398</sup> η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρικό κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2012 με το Ευρωπαϊκό Πρότυπο EN 15224 για τη Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, όρισε τις 11 διαστάσεις της Ποιότητας στην Υγεία:

- Κατάλληλη, σωστή φροντίδα
- Διαθεσιμότητα της φροντίδας
- Συνεχιζόμενη φροντίδα
- Κλινική Αποτελεσματικότητα
- Αποδοτική φροντίδα
- Ισότιμη παροχή
- Φροντίδα βασισμένη σε τεκμηριωμένη γνώση (evidenced-based care)
- Ολιστική φροντίδα (με στόχο την ακεραιότητα της σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής υγείας και ευεξίας του ασθενούς)
- Συμμετοχή του ασθενή
- Ασφάλεια ασθενή
- Έγκαιρη φροντίδα και προσβασιμότητα

Οι διαστάσεις αυτές αξιολογούνται με βάση ειδικούς δείκτες:

Οι κύριοι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση και αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης ποιότητας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Δείκτες ποιότητας / αποτελεσματικότητας υποδομών και διαχείρισης πόρων
- Δείκτες ποιότητας / αποτελεσματικότητας διαδικασιών
- Δείκτες ποιότητας / αποτελεσματικότητας υπηρεσιών (δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας/ εξειδίκευσης)
- **Δείκτες υποδομών και διαχείρισης πόρων:**
  - Καταλληλότητα εγκαταστάσεων (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
  - Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
  - Δείκτες διαθεσιμότητας εξοπλισμού - Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
  - Downtime εξοπλισμού (H/M, διαγνωστικού- θεραπευτικού εξοπλισμού) (διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος)
  - Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
  - Επίπεδο απασχολούμενου προσωπικού
  - Τμηματοποίηση, δείκτες παραγωγικότητας/ εξέλιξης/ αξιολόγησης προσωπικού, συστήματα αμοιβών
  - Αναλογία προσωπικού/ασθενείς /έτος
- **Δείκτες διαδικασιών:**
  - Δείκτες διαθεσιμότητας υπηρεσιών (λίστες- χρόνοι αναμονής)
  - Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια ατομικών στοιχείων κλινικής διαχείρισης
  - Δείκτες ποσοστών εφαρμογής συστήματος διασφάλισης ποιότητας από το προσωπικό (εξειδικευμένοι δείκτες ανά τυποποιημένη διεργασία)
  - Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο case management (multidisciplinary approach) /σύνολο ασθενών/έτος
  - Μέσος χρόνος αναμονής/ εξυπηρέτησης ασθενή
  - Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών / ώρα

Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

- **Δείκτες αποτελέσματος/ αποτελεσματικότητας υπηρεσιών:**
  - Ποσοστά ίασης ανά κατηγορία νόσου - Διάστημα ελεύθερο νόσου
  - Επανεισαγωγές/ υποτροπές/ ανά κατηγορία επέμβασης ή νόσου
  - Θνητότητα
  - Μέση διάρκεια παραμονής σε ΜΕΘ
  - Δείκτες σχετιζόμενοι με νοσοκομειακές λοιμώξεις
  - Καταγραφή ανεπιθύμητων συμβάντων
  - Δείκτες ποιότητας περίθαλψης των ασθενών

- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Συχνά, ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συν-νοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).<sup>366,367,368,369</sup>

### 3.9.2. Διασφάλιση Ποιότητας – Διαρκής Βελτίωση Ποιότητας

Ο όρος διασφάλιση ποιότητας (quality assurance, QA) αναφέρεται στις προγραμματισμένες και συστηματικές δραστηριότητες που εφαρμόζονται σε ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας, προκειμένου να τηρούνται οι προδιαγραφές που έχουν τεθεί για ένα παραγόμενο προϊόν ή για μια παρεχόμενη υπηρεσία. Στην πράξη συνίσταται στη συστηματική μέτρηση - σύγκριση αναφορικά με ένα πρότυπο (προϊόντος, διεργασίας, υπηρεσίας), στον έλεγχο των διαδικασιών κατά την εξέλιξή τους και την ανατροφοδότηση των διεργασιών, μέτρα τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα πρόληψης σφαλμάτων στη διεργασία παροχής της υπηρεσίας ή παραγωγής του προϊόντος. Ο έλεγχος ποιότητας επικεντρώνεται στην αξιολόγηση-εκτίμηση του αποτελέσματος της παραγωγικής διαδικασίας ή της διαδικασίας παροχής μιας υπηρεσίας. Οι δύο αρχές που περιλαμβάνονται στην έννοια της διασφάλισης ποιότητας είναι η «προσαρμογή στον σκοπό», δηλαδή το προϊόν θα πρέπει να είναι κατάλληλο για τον σκοπό για τον οποίο προορίζεται και «η διαρκής προσπάθεια εξάλειψης των σφαλμάτων».

Η καταλληλότητα και αποδεκτή ποιότητα καθορίζεται από τους χρήστες του προϊόντος ή της υπηρεσίας δηλαδή τους πελάτες. Η διεργασία της διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνει, επίσης, τη διαχείριση της αποτελεσματικής μετατροπής των εισροών και χρήση των διαθέσιμων πόρων - όπως η εργασία των εργαζομένων, τα δεδομένα αναφορικά με τις απαιτήσεις και προσδοκίες της αγοράς, η χρηματοδότηση, οι πρώτες ύλες και προμήθειες - σε παραγωγικό αποτέλεσμα, η ποιότητα του οποίου τελικά αξιολογείται από τους πελάτες.

Ειδικότερα στο πεδίο του τουρισμού υγείας, η διασφάλιση ποιότητας κρίνεται ως ένα ιδιαίτερο, πολυδιάστατο και ευαίσθητο πεδίο, το οποίο δεν σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με τις προσδοκίες και το αίσθημα ικανοποίησης του τουρίστα υγείας, αλλά με την ασφάλεια και υγεία του και θα πρέπει να διέπεται από αρχές αντικειμενικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας.

Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των τουριστών υγείας θα πρέπει να επιτυγχάνεται μέσα από το σύστημα διοίκησης της επιχείρησης. Η εξασφάλιση της χρήσης των απαραίτητων πόρων είναι εξαιρετικά σημαντική για την εγγύηση ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών που προορίζονται κυρίως για τον ιατρικό τουρίστα.

Ο όρος «διαρκής βελτίωση ποιότητας» (quality improvement) αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Με άλλα λόγια, αφορά τη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και σημαντικός παράγοντας αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η διορθωτική ενέργεια. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης. Σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχημένη υλοποίηση ενός προγράμματος διαρκούς βελτίωσης ποιότητας είναι η ηγεσία, η δέσμευση στο στόχο, η επικέντρωση στους πελάτες-χρήστες υπηρεσιών, οι διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών με στόχο καλύτερα αποτελέσματα, η ενδυνάμωση/εκπαίδευση των εργαζομένων, οι προληπτικές ενέργειες βελτίωσης, η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, η πολυσυλλεκτική και ομαδική εργασία και τέλος η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση.<sup>399,400,401</sup>

### 3.9.3. Στόχοι Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 15224 οι κεφαλαιώδεις στόχοι των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας είναι οι εξής:

- Καταλληλότητα, σωστή φροντίδα
- Διαθεσιμότητα
- Συνέχεια της φροντίδας
- Αποτελεσματικότητα
- Αποδοτικότητα
- Συνοχή- Συστηματικότητα
- Τεκμηριωμένη/φροντίδα που βασίζεται στη γνώση (evidence - based)
- Φροντίδα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και ψυχολογικής ακεραιότητας της φροντίδας
- Ενσωμάτωση του ασθενή στον κύκλο φροντίδας
- Ασφάλεια των ασθενών
- Εγκαιρότητα και προσβασιμότητα στην κατάλληλα και απαιτούμενη φροντίδα

### 3.9.4. Ασφάλεια Των Τουριστών Υγείας Τρίτης Ηλικίας

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας θα πρέπει να αισθάνονται ότι φιλοξενούνται σε ασφαλές περιβάλλον και σε υποδομές κατάλληλα διαμορφωμένες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, είτε πρόκειται για μονάδα υγείας είτε για μονάδες φιλοξενίας/ξενοδοχεία. Το εμπλεκόμενο προσωπικό (υποστήριξη - εξυπηρέτηση πελατών, προσωπικό ασφαλείας, προσωπικό καθαριότητας, επαγγελματίες υγείας, κτλ.) πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και να ακολουθεί τις προβλεπόμενες διαδικασίες και σχετικές οδηγίες εργασίας.

Επίσης, η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και των γνώσεων του προσωπικού αναφορικά με τις ειδικές πελατειακές ομάδες και τις ανάγκες

τους (ειδικά για την περίπτωση των τουριστών τρίτης ηλικίας), κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αναπτυχθεί ένα περιβάλλον φιλικό στον φιλοξενούμενο. Διεθνείς καλές πρακτικές θα πρέπει να εφαρμόζονται σε θέματα διαχείρισης πολιτισμικών, θρησκευτικών διαφορών και ζητημάτων κουλτούρας των πελατών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένοι παράγοντες αναφορικά με την ασφάλεια των τουριστών υγείας τρίτης ηλικίας.<sup>402,403</sup>

**Ρυθμιστικές αρχές και θεσμικό/νομικό πλαίσιο:** Οι ρυθμιστικές αρχές στη χώρα υποδοχής και το θεσμικό/νομικό πλαίσιο που καλύπτει τα περιστατικά ιατρογενών σφαλμάτων (malpractice) και τη νομοθεσία για την εμπιστευτικότητα πληροφοριών των ασθενών, θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες στην επιλογή του προορισμού της υγειονομικής περίθαλψης στην αγορά του τουρισμού υγείας. Η βιβλιογραφία έχει επισημάνει ότι χώρες με αδύναμα νομοθετικά πλαίσια περί αθέμιτων πρακτικών και μεταμοσχεύσεων (π.χ. Ινδία) αποφεύγονται και λειτουργούν αποτρεπτικά για τους διεθνείς ασθενείς που αναζητούν μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Οι νόμοι περί ιατρικών σφαλμάτων που προστατεύουν τους καταναλωτές/ασθενείς στις ανεπτυγμένες χώρες είναι συνήθως ελλιπείς στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπλέον, ακόμη και αν υπάρχουν αυτοί οι νόμοι, μπορεί να είναι δύσκολο να επιβληθούν. Οι τουρίστες υγείας που αναζητούν υψηλά πρότυπα ασφάλειας ενδέχεται να αποθαρρύνονται από την έλλειψη εφαρμοστέων νόμων στις χώρες υποδοχής.<sup>404,405,406</sup>

**Αρχές κλινικής πρακτικής:** Ο πάροχος θα πρέπει να αποδεχθεί και να δηλώνει σεβασμό έναντι της Παγκόσμιας Διακήρυξης των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Θα πρέπει να καθίσταται σαφές ποια είναι τα δικαιώματα των διεθνών ασθενών σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο δικαιοδοσίας του παρόχου. Ορισμένα από τα δικαιώματα του (διεθνή) ασθενή που θα πρέπει να αποσαφηνίζονται και να δηλώνονται είναι 191 :

- Το δικαίωμα να έχει συνοδούς και επισκέπτες
- Το δικαίωμα να έχει πρόσβαση και πλήρη αντίγραφα του ιατρικού του φακέλου
- Το δικαίωμα του ασθενή να ενημερώνεται και να συμμετέχει στις αποφάσεις για τη φροντίδα του
- Το δικαίωμα να γνωρίζει εκ των προτέρων τις οικονομικές του υποχρεώσεις και το ποσό που υποχρεούται να καταβάλει

**Διασφάλιση προδιαγραφών ποιότητας στη φροντίδα υγείας:** Για την καλύτερη ποιότητα και τη μεγαλύτερη ασφάλεια των διεθνών ασθενών, δεν αρκεί μόνο η εφαρμογή των κλινικών πρωτοκόλλων. Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση λοιμώξεων, για υπερβολική χορήγηση φαρμάκων, για λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου, που πιθανόν να οδηγούν σε επιπλοκές και σε παράταση της παραμονής τους σε υγειονομική μονάδα στη χώρα υποδοχής τους.

Η ασφάλεια των διεθνών ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών. Έρευνα του ΠΟΥ<sup>18</sup> αναφέρει ότι στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται ιατρογενώς κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας του, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος. Εκτιμάται ότι το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων καταστάσεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, τα οποία οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, σε χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα, σε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές ή σε αδράνεια–λανθασμένες διαγνώσεις/λανθασμένη διερμηνεία - μετά από εργαστηριακές εξετάσεις.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με το επίπεδο εξειδίκευσης και εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας, θεωρούνται σημαντικές παράμετροι για την ασφάλεια αλλά και τη θνησιμότητα των ασθενών στις υγειονομικές μονάδες. Γι' αυτό τον λόγο συνιστάται η ύπαρξη εγχειρίδιων καθοδήγησης, που θα πρέπει οι προϊστάμενοι να εφαρμόζουν σε θέματα ασφάλειας.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντικό και ειδικό μέρος της εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να βελτιωθεί και να εξασφαλιστεί η ποιότητα στο σύστημα υγείας. Η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα θα πρέπει να διέπεται από επιστημονικές αρχές και να βασίζεται σε τεκμηριωμένες κλινικές/ιατρικές πρακτικές, να είναι δηλαδή τεκμηριωμένης κλινικής σκοπιμότητας και αποτελεσματικότητας (evidence-based medicine).

Συχνά, ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας ταξιδεύουν σε άλλες χώρες προκειμένου να λάβουν πρωτοποριακές θεραπείες οι οποίες μπορεί να βρίσκονται ακόμη στο στάδιο κλινικών δοκιμών.

Σε πολλές περιπτώσεις, ελάχιστοι περιοριστικοί κανόνες και απαγορεύσεις τίθενται όταν πρόκειται για προηγμένες θεραπευτικές διαδικασίες με τη χρήση τεχνολογιών αιχμής, ενώ περισσότερες δυνατότητες εναλλακτικών θεραπειών υφίστανται όταν η ιατρική κοινότητα στη χώρα υποδοχής είναι περισσότερο εξελιγμένη. Παρά το γεγονός ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί συχνά αρνούνται να καταβάλουν αποζημίωση για εφαρμογή στον ασθενή καινοτόμων ή αμφιλεγόμενων θεραπειών και «πειραματικών» θεραπειών, αυτό δεν σημαίνει ότι ο ασθενής δεν έχει την επιλογή (με την προϋπόθεση ότι διαθέτει τα οικονομικά μέσα) να λάβει τέτοιες προηγμένες θεραπείες.

Όσο μια θεραπευτική διαδικασία ή ιατρική πράξη τείνει να γίνει «evidence-based» (τεκμηριωμένης κλινικής σκοπιμότητας και αποτελεσματικότητας),

τόσο περισσότερο ευρύτερα αποδεκτή γίνεται με αποτέλεσμα να καλύπτεται η πληρωμή της στο πλαίσιο ασφαλιστικών παροχών και να ενσωματώνεται στο διαρκώς μεταβαλλόμενο τοπίο της ιατρικής περίθαλψης.<sup>191,407</sup>

**Τουρισμός και άτομα με αναπηρίες:** Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ καθορίζονται οι αρχές των αναγνωρισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αφορούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Κεντρικό σημείο για τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελεί ο σεβασμός της εγγενούς αξιοπρέπειας, της αυτονομίας- συμπεριλαμβανομένης και της ελευθερίας επιλογής - και της ανεξαρτησίας των προσώπων. Άλλες βασικές αρχές ζωτικής σημασίας για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, περιλαμβάνουν την ισότητα, την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή της ένταξη τους στην κοινωνία, καθώς και την ανοχή στην ετερότητα.<sup>407</sup>

**Διασφάλιση προσβασιμότητας στον τουρισμό:** Οι υπηρεσίες του τουρισμού υγείας θα πρέπει να παρέχονται και να είναι αξιοποιήσιμες από τα άτομα τρίτης ηλικίας ακόμα και από εκείνα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης λόγω αναπηρίας, μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας, ηλικίας ή άλλων προσωρινών ή μόνιμων προσωπικών συνθηκών που περιορίζουν την πρόσβασή τους σε ορισμένα μέρη. Οι πάροχοι υπηρεσιών τουρισμού υγείας και πιο ειδικά οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών και μονάδες φιλοξενίας, θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι δομές τους έχουν τα απαραίτητα κριτήρια και προδιαγραφές για την προσβασιμότητα ατόμων με κινητικές ή αισθητηριακές δυσκολίες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το διεθνές σήμα δέσμευσης για τους προσβάσιμους παρόχους τουρισμού από το European Network Accessible Tourism και αποτελεί τον πρώτο και μοναδικό διεθνές σύστημα αναγνώρισης για την προώθηση των προτύπων λειτουργίας και δεοντολογίας αναφορικά με τον προσβάσιμο Τουρισμό για όλους. Στηρίζεται σε ορισμένες αρχές, όπως η αναγνώριση των ίσων δικαιωμάτων, η πελατοκεντρική προσέγγιση, η εξάλειψη εμποδίων προσβασιμότητας, η συνεχής βελτίωση της γνώσης, ικανότητας και δυνατοτήτων, η ικανοποίηση των προσδοκιών του ειδικού κοινού, η διαχείριση των παραπόνων κ.ά.<sup>408,409</sup>

#### **Αναγνώριση ευθυνών – Ασφάλιση αστικής ευθύνης- Ιατρική αμέλεια:**

Τα λάθη είναι συχνά στην ιατρική, ορίζονται με διάφορους τρόπους, και η πραγματική τους συχνότητα στην καθημερινή πράξη είναι ακόμη ασαφής. Το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Ιατρικής ορίζει ως ιατρικό λάθος την αποτυχία εφαρμογής μιας σχεδιασμένης ιατρικής παρέμβασης που θα έπρεπε να ολοκληρωθεί με τον τρόπο που αρχικά προβλεπόταν, ή η χρήση ενός λανθασμένου θεραπευτικού πλάνου για την αντιμετώπιση της διάγνωσης, θεραπείας, ή προληπτικής φροντίδας. Τα ιατρικά σφάλματα πιθανόν να παρατείνουν το διάστημα της αποκατάστασης των διεθνών ασθενών, να προκαλέσουν αναπηρία ή σε χειρότερη περίπτωση θάνατο.



Ένα από τα βασικά ηθικά και νομικά ζητήματα που αφορούν τα ιατρικά σφάλματα είναι αν και σε ποιο βαθμό οι γιατροί θα πρέπει να αποκαλύψουν τα λάθη στους ασθενείς. Στην πραγματικότητα, η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι πολύπλοκη, αλλά σε γενικές γραμμές, οι γιατροί έχουν νομική υποχρέωση να γνωστοποιούν όλα τα στοιχεία που επηρεάζουν άμεσα την κατάσταση του ασθενή. Από ηθικής άποψης ορισμένοι πιστεύουν ότι ακόμα και λάθη που δεν επηρεάζουν άμεσα την ιατρική κατάσταση του ασθενή πρέπει να γνωστοποιούνται.

Το ζήτημα της ιατρικής αμέλειας, των επιπλοκών και του ενδεχόμενου μιας ακατάλληλης θεραπευτικής αγωγής πρωτοστατεί μεταξύ των μειζόνων νομικών ζητημάτων για τα οποία γίνεται συχνά συζήτηση διεθνώς στην αγορά του ιατρικού τουρισμού. Οι δυνατότητες που συνηθέστερα πρέπει να διερευνώνται είναι:<sup>191,410</sup>

- Η ύπαρξη συστήματος εκδίκασης αποζημιώσεων για σωματική βλάβη στο κράτος υποδοχής.
- Η δυνατότητα υποβολής αγωγής από τον ασθενή στην πατρίδα του έναντι του παρόχου.
- Οι προαιρετικές και υποχρεωτικές διαδικασίες επίλυσης τέτοιου είδους νομικών διαφορών οι οποίες είναι διαθέσιμες στον ασθενή.
- Οι δυνατότητες για αποκατάσταση καταστάσεων που προκλήθηκαν από αμέλεια μπορεί να είναι περιορισμένες και να διέπονται από προσυμφωνημένο πλαίσιο και εκ των προτέρων συμφωνηθέντες όρους.
- Οι διαδικασίες και οι κανόνες που διέπουν την επίλυση διαφορών μεταξύ του ασθενή και του εκάστοτε παρόχου υγειονομικής φροντίδας και με ποιο τρόπο αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της δικαστικής διένεξης, όπως διένεξη έναντι απαίτησης αποζημίωσης ευθύνης για ένα ιατρικό αποτέλεσμα που προκλήθηκε από αμέλεια.
- Οι δυνατότητες έγερσης απαιτήσεων για οικονομική αποζημίωση μετά από μόνιμες βλάβες ή/ και σωματικές παραμορφώσεις, καθώς και τα όρια αυτών ή επικαλύψεις (εναλλακτικός τρόπος αποζημίωσης) για αυτού του είδους τις απαιτήσεις.
- Οι δυνατότητες για περαιτέρω απαίτηση και επιστροφή καταβληθέντων χρημάτων, ή δυνατότητες απαίτησης-διεκδίκησης χρημάτων για αποθετικές ζημίες, όπως διαφυγόντα κέρδη ή ύπαρξη αντίστοιχου πλαισίου σε περίπτωση διένεξης με μια δημόσια δομή υγειονομικής περίθαλψης (επιλεκτικός ιατρικός τουρισμός, ή διαχείρισης επείγοντος περιστατικού).
- Η ύπαρξη/σύναψη συνθηκών και διεθνών συμβάσεων μεταξύ των χωρών (προέλευσης και υποδοχής) αναφορικά με τους όρους χρήσης ένδικων μέσων, τα διαθέσιμα ένδικα μέσα, την άμεση επίλυση διαφορών σε φόρα και οργανισμούς, ή άλλοι τρόποι διαχείρισης των δικαστικών διαφορών και διενέξεων.

**Λοιμώξεις–Ανθεκτικότητα μικροβίων:** Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού σχετίζεται σε πολλές περιπτώσεις με την ενίσχυση των λοιμώξεων από μικροβιακά στελέχη πολυανθεκτικά στα αντιβιοτικά. Πολλά άτομα που ταξίδεψαν στο εξωτερικό με σκοπό να υποβληθούν σε κάποια ιατρική θεραπεία επέστρεψαν στην πατρίδα τους φέροντας λοιμώδη νοσήματα ανθεκτικά στα αντιβιοτικά, αποτελώντας έτσι σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία της χώρας τους (βλ. κεφ 3.8.1.5)

Παρά την προσφορά μοναδικής και απεριόριστης παροχής υπηρεσιών, ο ιατρικός τουρισμός σε πολλές περιπτώσεις έχει πληγεί από περιστατικά πλημμελούς παροχής υπηρεσιών και παραβιάσεων της ιατρικής δεοντολογίας. Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί δυναμική αγορά της παγκόσμιας ιατρικής φροντίδας, που ενσωματώνει ένα τεράστιο εύρος υπηρεσιών, διαδικασιών και προορισμών παροχής ιατρικής αρωγής. Όμως, οι ατομικές επιλογές των διεθνών ασθενών μπορούν να έχουν σημαντικά κοινωνικά επακόλουθα, καθώς έχουν τη δυνατότητα να επιβαρύνουν τους τοπικούς προϋπολογισμούς υγείας, αν οι ασθενείς κάνουν κάποια θεραπεία ή εγχείρηση και επιστρέψουν στην πατρίδα τους με κάποια επιπλοκή ή κάποια μικροβιακή μόλυνση.

Οι ασθενείς αυτοί όχι μόνο δημιουργούν νέα έξοδα στο σύστημα υγείας της χώρας τους, αλλά προκαλούν προβλήματα δημόσιας υγείας, εισάγοντας νέους ανθεκτικούς στα αντιβιοτικά μικροβιακούς παράγοντες στο νοσοκομειακό περιβάλλον της πατρίδας τους. Για την αντιμετώπιση του κινδύνου εξάπλωσης ασθενειών του εξερχόμενου ιατρικού τουρισμού σε πολλές περιπτώσεις κρίνεται εξαιρετικά αποτελεσματική η εγκατάσταση ενός συστήματος ιατρικού ελέγχου των διεθνών ασθενών κατά την επιστροφή στην πατρίδα τους.<sup>370</sup>

**Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Τα νοσοκομεία αποτελούν σημαντικό μέγεθος πολύπλοκα οργανωμένες επιχειρησιακές μονάδες που απασχολούν μεγάλο αριθμό εργαζομένων από διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες. Επίσης, περιλαμβάνουν δυνητικά επικίνδυνες θέσεις εργασίας και εκθέτουν τους εργαζομένους τους σε ένα ευρύ φάσμα φυσικών, χημικών, βιολογικών, εργονομικών και ψυχολογικών κινδύνων. Έτσι, τα θέματα Υγείας και Ασφάλειας σχετικά με την προσωπική ασφάλεια και την προστασία των εργαζομένων, είναι ένα πολύ σημαντικό περιβαλλοντικό ζήτημα για τα νοσοκομεία.

Η διαχείριση των περιβαλλοντικών θεμάτων κρίνεται ως μείζων παράγοντας ανταγωνιστικότητας των οργανισμών υγείας στη διεθνή αγορά και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να διασφαλίζεται από τη συγκεκριμένη οπτική η τήρηση ενός δομημένου και οργανωμένου συστήματος, το οποίο στοχεύει στην προστασία του περιβάλλοντος και τη μείωση των επιπτώσεων από τη λειτουργία του οργανισμού σε αυτό.

Πέρα από το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον όμως, οι μονάδες υγείας διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην προστασία της κοινότητας μέσα από ευρύτερα ζητήματα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ατυχημάτων και της πρόληψης των ασθενειών. Τέλος, οι υγειονομικές μονάδες οφείλουν να διασφαλίζουν την εφαρμογή κανόνων για την προστασία του περιβάλλοντος μέσω της στρατηγικής διαχείρισης των αποβλήτων, και συγκεκριμένα της συλλογής και της απόρριψης των μολυσματικών και επικίνδυνων αποβλήτων. Η απόρριψη των αποβλήτων δημιουργεί ορισμένα ειδικά θέματα σε σχέση με τη διαχείριση των μολυσματικών υλικών, των επικίνδυνων χημικών ουσιών, των φαρμάκων, και των βιολογικών/ιστολογικών δειγμάτων.

Μια τυποποιημένη προσέγγιση των συστημάτων απαιτείται πλέον στις δομές υγείας διεθνώς, μέσα από θεσμοθετημένες ρυθμίσεις των οποίων η υλοποίηση τεκμηριώνεται σε πολιτικές και στο κανονιστικό πλαίσιο, όπως στο εγχειρίδιο ελέγχου λοιμώξεων– διαχείρισης μολυσματικών της εκάστοτε μονάδας. Οι πολιτικές αυτές βασίζονται σε μια σειρά βασικών αρχών και κατευθυντήριων οδηγιών.

Στην Ελλάδα, κάθε υγειονομική μονάδα θα πρέπει να ορίσει κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων σύμφωνα με τα όσα προβλέπει το ισχύον νομικό πλαίσιο για τα απόβλητα (μολυσματικού, αστικού κ.ά. χαρακτήρα) αλλά και σύμφωνα με τις διεθνείς καλές πρακτικές.<sup>370</sup>

**Αξιοπιστία/εμπιστοσύνη:** Η αξιοπιστία των υγειονομικών μονάδων/επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο για τους ντόπιους όσο και για τους διεθνείς ιατρικούς τουρίστες. Η δημιουργία θετικής φήμης (word of mouth) μέσω επαγγελματιών υγείας και συγγενών ή φίλων δυνητικών επισκεπτών, είναι επίσης πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί. Στο πλαίσιο αυτό, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι διεθνείς διαπιστεύσεις και τα πιστοποιητικά διαχείρισης ποιότητας αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τους διεθνείς ασθενείς κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης αναφορικά με τη χώρα προορισμού. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι οι διεθνείς τουρίστες από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι και γνώστες των διεθνών διαπιστεύσεων και πιστοποιήσεων, τα οποία αποτελούν κριτήριο επιλογής της χώρας προορισμού. Μελετητές πιστεύουν ότι η εγκατάσταση, ανάπτυξη και λειτουργία των υγειονομικών μονάδων με διεθνή πρότυπα, θα οδηγήσει σε αύξηση του διεθνούς ιατρικού τουρισμού. Μελέτη του Ινδικού Υπουργείου Τουρισμού αναφορικά με τα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ιατρικοί τουρίστες που επισκέπτονται την Ινδία, αναφέρει ότι η έλλειψη πιστοποίησης των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης συγκαταλέγεται στα σημαντικότερα εμπόδια.<sup>403</sup>

Σχετικές έρευνες, διαφημιστικά φυλλάδια και λοιπό υλικό προώθησης εθνικών στρατηγικών για τον τουρισμό υγείας, αναφέρουν πάντα τις διαπιστεύσεις και πιστοποιήσεις, έτσι ώστε να αποδείξουν την υψηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών τους.

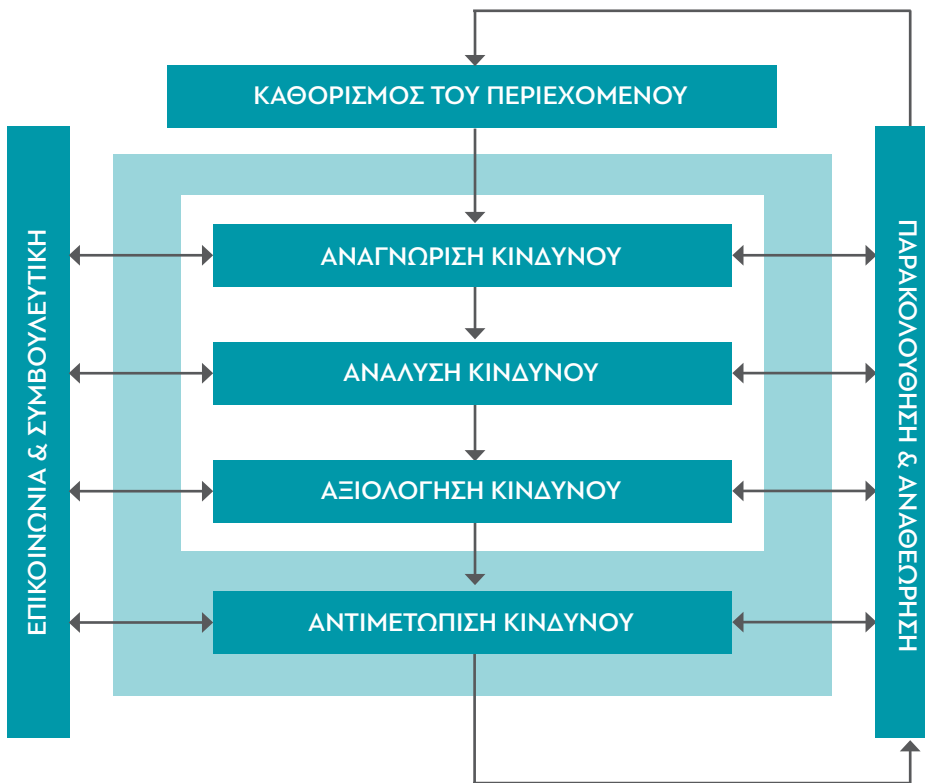
Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η διαπολιτισμική εκπαίδευση του προσωπικού των υγειονομικών μονάδων, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των αντιλήψεων ποιότητας των υπηρεσιών. Η διαθεσιμότητα υγειονομικών μονάδων με πολυπολιτισμικό προσωπικό (και που γνωρίζουν άπταιστα πολλές γλώσσες) αυξάνει την ελκυστικότητα της χώρας προορισμού.<sup>191,370,407</sup>

**Συνολική ποιότητα στην φροντίδα υγείας:** Η ποιότητα, όπως ήδη αναφέρθηκε, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες επιλογής των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά, η ποιότητα μιας μονάδας και η συνολική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της φιλοξενίας και της μεταφοράς, μπορεί να είναι αντίθετες. Από αυτή την άποψη, η διεθνής διαπίστευση μιας μονάδας είναι ένας αποτελεσματικός δείκτης που δείχνει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, ωστόσο δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικός δείκτης για μια χώρα. Ειδικότερα, το περιβάλλον και λοιπές εγκαταστάσεις γύρω από τις μονάδες υγείας και τα ξενοδοχεία αποτελούν δυνητικό κίνδυνο για την υγεία των τουριστών υγείας σε υποανάπτυκτες χώρες. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στις προαναφερθείσες μονάδες μπορούν να μεταφέρουν ασθένειες και σχετικούς κινδύνους μόλυνσης από ηπατίτιδα, ελονοσία και παρόμοιες ασθένειες σε χώρες όπως η Ινδία.<sup>191,370,407</sup>

### 3.9.5. Αξιολόγηση Και Διαχείριση Κινδύνων Στον Κλάδο Τουρισμού Υγείας

Η αξιολόγηση κινδύνου στο πλαίσιο του τουρισμού υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό κενών ποιότητας αλλά και στην εύρεση ορισμένων ευκαιριών. Οι μονάδες υγείας θα πρέπει, πριν την χάραξη πολιτικής και στρατηγικής για τον τουρισμό υγείας, να αναγνωρίσουν, αναλύσουν, αξιολογήσουν και να διαχειριστούν/αντιμετωπίσουν τους όποιους κινδύνους προκύψουν, όπως επίσης και να αναγνωρίσουν ενδεχόμενες ευκαιρίες για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σχήμα 10).<sup>411</sup>

**Σχήμα 10: Τα Βήματα Της Διαδικασίας Διαχείρισης Κινδύνων (Risk Management) (2002)**



Πηγή: Institute of Risk Management (IRM), 2002  
Διαθέσιμο στο: [https://www.theirm.org/media/886059/ARMS\\_2002\\_IRM.pdf](https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένες ενδεικτικές κατηγορίες κινδύνων του τουρισμού υγείας:

**Κίνδυνος αγοράς:** Η εκτίμηση του κινδύνου αγοράς απαιτεί την πλήρη κατανόηση των στοιχείων της αγοράς που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφαση του τουρίστα υγείας να μεταβεί σε κάποια χώρα. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να είναι οι κανονισμοί σχετικά με την εισαγωγή ιατρικών συσκευών και φαρμάκων και το επίπεδο καινοτομίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και η σημασία της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.

**Κίνδυνος μετάβασης:** Ο κίνδυνος μετάβασης αναφέρεται στη διοικητική διαχείριση του ίδιου του ταξιδιού, στην ικανότητα του τουρίστα υγείας να ταξιδέψει, όπως επίσης και η ιατρική παρακολούθηση όταν ο ασθενής επιστρέφει στην πατρίδα του. Μια σημαντική εξέλιξη στη μείωση του κινδύνου μετάβασης είναι η πρόοδος της τηλεϊατρικής. Η τηλεϊατρική ορίζεται ως «η χρήση ιατρικών πληροφοριών που ανταλλάσσονται από ένα χώρο σε άλλο μέσω ηλεκτρονικών επικοινωνιών για την υγεία και την εκπαίδευση του ασθενούς ή του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και με σκοπό τη

βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών». Η προώθηση της τηλεϊατρικής θα διευκολύνει την παγκοσμιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης επιτρέποντας στον μακρινό ιατρικό πάροχο να παρακολουθεί άμεσα την πρόοδο του ασθενούς παρά να εξαρτάται αποκλειστικά από τον πάροχο της χώρας προέλευσης.

**Κίνδυνος της ιατρικής θεραπείας:** Ο κίνδυνος της ιατρικής θεραπείας (Medical treatment risk) προσδιορίζει τους πιθανούς κινδύνους που προκύπτουν από τη θεραπεία και περιλαμβάνει τα κλινικά και μη στοιχεία. Ακολουθούν τέσσερις τύποι κινδύνων:

- **Κίνδυνος συστήματος:** η πιθανότητα ότι μια συμφόρηση στο σύστημα υγείας θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ασφάλεια του ασθενούς.
- **Ιατρικός κίνδυνος:** ο κίνδυνος της ίδιας της ιατρικής θεραπείας (π.χ. η πιθανότητα κακής ιατρικής έκβασης, επιπτώσεις νοσηρών συνθηκών).
- **Κίνδυνος ανθρώπινης διαχείρισης:** ο κίνδυνος της μη διαθέσιμης κλινικής εμπειρίας ή επαρκούς φροντίδας του ασθενούς (π.χ. η πιθανότητα ο θεράπων ιατρός να μην είναι ενημερωμένος με τις βέλτιστες πρακτικές για μια νέα χειρουργική επέμβαση ή ιατρική τεχνολογία).
- **Κίνδυνος υποδομής:** η πιθανότητα κάτι να πάει στραβά εξαιτίας της κακής διαχείρισης της υποδομής (π.χ. ο ασθενής είχε αρνητικό αποτέλεσμα εξαιτίας της έλλειψης απαραίτητου εξοπλισμού, όπως μηχάνημα μαγνητικής τομογραφίας).

Υπάρχουν και άλλες κατηγορίες κινδύνων που αφορούν άμεσα τον τουρισμό υγείας (π.χ. οικονομικοί, στρατηγικοί, επιχειρησιακοί, πολιτικοί κίνδυνοι, κ.ά.) οι οποίοι δεν θα αναλυθούν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.

Με τον ορισμό μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης των συνολικών και κλινικών κινδύνων τα οποία καταλήγουν εν τέλει στην πιστοποίηση συμμόρφωσης του παρόχου με τα διεθνή πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας, κατακτάται η διαφάνεια, η εμπιστοσύνη στις παρεχόμενες υπηρεσίες και το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών.<sup>411</sup>

### 3.9.6. Βέλτιστες Πρακτικές Διαμονής Και Χρήσης Μονάδων Υγείας Για Τους Τουρίστες Τρίτης Ηλικίας

Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη του τουρισμού υγείας (π.χ. μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, μονάδες φιλοξενίας, κτλ.) θα πρέπει να απαντήσουν στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Ποια είναι τα βασικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν ώστε οι τουρίστες υγείας τρίτης ηλικίας να αισθάνονται πιο ασφαλείς και άνετα;
- Με ποιους τρόπους μπορεί να συνδυαστεί η ιατρική περίθαλψη και η διαμονή έτσι ώστε να προσφέρει μια αξέχαστη εμπειρία στους ενδιαφερόμενους πελάτες;

- Πώς μπορούν να οικοδομηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους τουρίστες υγείας τρίτης ηλικίας;

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι τουρίστες υγείας τρίτης ηλικίας απαιτούν πολύ μεγαλύτερη προσοχή και φροντίδα από τους συμβατικούς ξένους επισκέπτες. Για το λόγο αυτό, οι πάροχοι που εμπλέκονται στον τουρισμό υγείας θα πρέπει να προσαρμόσουν τις δομές/εγκαταστάσεις, τις λειτουργίες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες/προϊόντα στις νέες ανάγκες που προκύπτουν για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε τουρίστες τρίτης ηλικίας. Οι σύγχρονες υποδομές, οι πολυτελείς εσωτερικές διακοσμήσεις και το περιβάλλον, το προσωπικό με υψηλά standards κλπ., δεν είναι αρκετά από μόνα τους, σύμφωνα με τα πρότυπα του τουρισμού υγείας. Τα διάφορα προβλήματα κατά την παροχή υπηρεσιών ενδέχεται να επηρεάσουν σοβαρά τη φήμη τους και το διεθνές τους branding.<sup>412,413</sup>

### **Βέλτιστες πρακτικές**

**Επικοινωνία:** Για τους πελάτες (τουρίστες τρίτης ηλικίας) η φροντίδα αρχίζει και τελειώνει με την επικοινωνία. Η έγκαιρη, σαφής, συχνή και επαναλαμβανόμενη επαφή είναι αναγκαία, όταν απαιτείται. Σκοπός και στόχος είναι η πλήρης και λεπτομερής ενημέρωση του πελάτη για όλα τα θέματα που σχετίζονται με τη διαμονή του πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εκάστοτε θεραπεία. Όσο καλύτερη είναι η επικοινωνία, τόσο περισσότερο θα εξαλείφονται οι πιθανές αμφιβολίες και θα οδηγήσει στην αύξηση της εμπιστοσύνης των τελικών χρηστών.<sup>14,23</sup>

**Τα άτομα τρίτης ηλικίας θα χρειαστούν πληροφορίες σε πολλές περιπτώσεις:** Οι ερωτήσεις που πιθανώς να κάνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορεί να αφορούν πολύ απλά πράγματα αναφορικά με όλες τις διαδικασίες.<sup>25,26</sup> Το εκάστοτε προσωπικό πρέπει να είναι ευγενικό, υπομονετικό και να δίνει στους πελάτες αυτό που χρειάζονται για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τους. Τα εργαλεία επικοινωνίας πριν από την άφιξη του πελάτη για την πληρέστερη ανταλλαγή πληροφοριών είναι τα εξής: Τηλέφωνο, Φαξ, Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, Αλληλογραφία, website, Skype, Video Conference, κ.ά. Γενικά, όλη η επικοινωνία θα πρέπει να παρέχεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις:

- Σε όσο το δυνατόν περισσότερες γλώσσες
- Επικοινωνία με ανθρώπους που έχουν προβλήματα ακοή
- Επικοινωνία με ανθρώπους που έχουν προβλήματα όρασης

**Πολιτιστικά/πολιτισμικά εμπόδια:** Είναι πολύ σημαντικό για τους παρόχους υπηρεσιών τουρισμού υγείας να δραστηριοποιούνται και να λειτουργούν σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες βασισμένες στην πολιτισμική ενσυναίσθηση. Οι θρησκευτικοί εορτασμοί, οι προσευχές, οι παραδόσεις και τα κοινωνικά έθιμα, συμπεριλαμβανομένων των στάσεων και των κανόνων επικοινωνίας, καθώς και οι ειδικές διατροφικές συνήθειες, είναι μερικά από

τα παραδείγματα που εντοπίζονται στον τρόπο ζωής πολλών διαφορετικών πολιτισμών.

Τα άτομα από διαφορετικές χώρες έχουν άλλες προσδοκίες και απαιτήσεις από τους παρόχους τουρισμού υγείας. Όλα τα μέλη του προσωπικού που έρχονται σε επαφή με τους τουρίστες τρίτης ηλικίας πρέπει, συνεπώς, να γνωρίζουν όλα αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά και τις προσδοκίες, προκειμένου να βελτιστοποιήσουν την παρεχόμενη υπηρεσία, αλλά κυρίως για να αποφευχθούν παρεξηγήσεις. Το να έχει κάποιος πολιτισμική ενσυναίσθηση δεν σημαίνει ότι ξέρει τα πάντα για κάθε πολιτισμό, αλλά ότι σέβεται τη διαφορετικότητα, έχει προθυμία να μάθει τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων-θρησκειών-πολιτισμών, καθώς και να κατανοεί ότι υπάρχουν και άλλες οπτικές γωνίες αναλόγως του πολιτισμικού υποβάθρου. Εκφράσεις των πολιτιστικών διαφορών μπορεί να είναι:

- Τρόπος που απευθύνει κανείς τον λόγο
- Επίπεδο τυπικής ή ανεπίσημης επικοινωνίας
- Λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα
- Καταλληλότητα μη λεκτικών συμπεριφορών (χειρονομίες, γλώσσα / στάση)
- Διατροφικές προτιμήσεις
- Γενικές προσδοκίες των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Επαγγελματική δεοντολογία - Επιχειρησιακοί τρόποι
- Ένδυση και εμφάνιση
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις
- Προσδοκίες πελατών
- Φυσική επαφή, απόσταση και προσωπικός χώρος

Είναι πολύ πιθανό ένας τουρίστας τρίτης ηλικίας να προέρχεται από διαφορετικό πολιτισμό και να έχει άγνωστες προσδοκίες. Η διοίκηση, τα στελέχη και το προσωπικό στο σύνολό του μπορεί να θεωρεί αυτές τις προσδοκίες περίεργες, αλλά είναι υποχρέωσή τους να μάθουν και να κατανοήσουν τι «κρύβεται» πίσω από αυτές. Αυτός είναι ένας τρόπος με τον οποίο οι πάροχοι θα κερδίσουν την εμπιστοσύνη αυτής της ειδικής κατηγορίας πελατών.

Η άπταιστη γνώση της αγγλικής και άλλων γλωσσών από το προσωπικό δεν σημαίνει την ύπαρξη του πολιτισμικού υπόβαθρου που θα εξασφαλίσει την πλήρη κατανόηση και άμεση επαφή με τους τουρίστες υγείας τρίτης ηλικίας. Η εμπιστοσύνη δημιουργείται και κερδίζεται, αλλά μπορεί πολύ εύκολα να επηρεαστεί από παράγοντες όπως οι διαφορές στη γλώσσα του σώματος, η προσωπική υγιεινή, η εμφάνιση και η συμπεριφορά.

Εξειδικευμένα σεμινάρια και ειδική εκπαίδευση αναφορικά με ζητήματα όπως η στάση απέναντι στον θάνατο, η σημασία της οικογένειας, του χιούμορ, του γάμου, της σεξουαλικότητας, της δικαιοσύνης, του αντίθετου φύλου, οι κανόνες ευγένειας, η γλώσσα του σώματος, κ.ά. είναι πολύ ση-



μαντικά και θα πρέπει να εντάσσονται στα τακτικά ή ετήσια πρόγραμμα εκπαίδευσης των παρόχων. Με σωστή προετοιμασία και εκπαίδευση, το προσωπικό θα είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα και να μάθει πώς να χειριστεί αυτές τις διαφορές.<sup>412,413</sup>

**Το Εσωτερικό Περιβάλλον:** Η εμφάνιση των εγκαταστάσεων των παρόχων υπηρεσιών τουρισμού υγείας (υποδομές των κτιρίων, τα δωμάτια και οι λοιποί χώροι) αποτελεί βασικό στοιχείο και θα πρέπει να αναθεωρηθεί κατά την προετοιμασία της υποδοχής, της στέγασης και της γενικής εξυπηρέτησης για τις ανάγκες των τουριστών τρίτης ηλικίας.

Για το λόγο αυτό μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθούν σημαντικές παρεμβάσεις και βελτιώσεις στα δωμάτια ή στους κοινόχρηστους χώρους των παρόχων έτσι ώστε να δημιουργηθεί θετικό συναίσθημα. Η διαμόρφωση των τοποθεσιών όσον αφορά την προσβασιμότητα, τα φωτεινά χρώματα, τα έπιπλα, τη διακόσμηση, τα φώτα και τον ευάερο χώρο αποτελεί ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τους παρόχους που προσπαθούν να προσελκύσουν νέους πελάτες.

Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας και οι συνοδοί τους συχνά είναι πολύ προσεκτικοί στις λεπτομέρειες που κάνουν τη διαφορά. Λόγω των ιδιοτεροτήτων τους μπορούν να περάσουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους μέσα στις εγκαταστάσεις των παρόχων και να παρατηρήσουν χαρακτηριστικά, όπως η ύπαρξη μέτρων ασφαλείας, το επίπεδο ήχου και θορύβου στους χώρους αναμονής, η υγιεινή στις κοινόχρηστες τουαλέτες, τα εστιατόρια και καφετέριες κλπ. Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό το προσωπικό να είναι συνεχώς σε εγρήγορση ώστε να διατηρείται και να βελτιώνεται συνεχώς το φυσικό περιβάλλον της υποδομής. Η ύπαρξη πινακίδων επισήμανσης σε περισσότερες από μία γλώσσες είναι συχνά ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να εξεταστεί.

**Προσαρμογή Δωματίων:** Σε αυτό το πλαίσιο αξιολογούνται οι εξειδικευμένες και προσαρμοσμένες παροχές/υπηρεσίες των δωματίων όπου διαμένουν τα άτομα τρίτης ηλικίας και οι συνοδοί τους (είτε σε υγειονομική μονάδα ή ξενοδοχειακή μονάδα) έτσι ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να δημιουργηθεί ένα αίσθημα άνεσης, ανακούφισης και ικανοποίησης.<sup>412,413</sup> Οι βασικές διαστάσεις που εξετάζονται στο πλαίσιο αυτό είναι:

- Η θερμοκρασία, η ρύθμιση της υγρασίας κλπ.
- Η δυνατότητα άμεσης εξυπηρέτησης και απευθείας τηλεφωνική πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.
- Η δυνατότητα ψυχαγωγίας στο δωμάτιο (μουσική, τηλεόραση με δορυφορικά κανάλια - δυνατότητες πολλαπλών γλωσσών, κτλ).

Με την κάλυψη των αναγκών αυτών της συγκεκριμένης πελατειακής κατηγορίας του τουρισμού υγείας - διεθνών ασθενών (κατά κύριο λόγο), οι

μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και φιλοξενίας αποκτούν την ικανότητα και το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που θα τους επιτρέψει να εισέλθουν σε μια νέα αγορά στην οποία οι ηλικιωμένοι αποτελούν σημαντικό κομμάτι σε όλο τον κόσμο.<sup>412,413</sup>

### **Επιπλέον μέτρα:**

- Ένα ηχητικό σύστημα με φυσικούς περιβαλλοντικούς ήχους, όπως ο ήχος των ωκεανών, η βροχή, ήχος από πουλιά, κτλ. Η μουσική δωματίου έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τον ύπνο στα άτομα που πρόκειται να χειρουργηθούν (τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης).
- Η απομόνωση από τους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς ήχους είναι εξίσου σημαντική για την εξασφάλιση της ηρεμίας του τουρίστα τρίτης ηλικίας (η μειωμένη ακουστική διέγερση και η απουσία θορύβου είναι βασικοί παράγοντες που μειώνουν την αίσθηση και την ένταση του πόνου). Για το λόγο αυτό, όπου είναι δυνατόν, η χρήση χαλιών στο πάτωμα και των παραθυρόφυλλων αντί των κουρτινών είναι προτιμότερη, καθώς μπορούν να μειώσουν τους εξωτερικούς ήχους κατά 70% έως 90%.
- Διαθεσιμότητα ασύρματου Internet και δυνατότητα χρήσης φορητού υπολογιστή / tablet στο κρεβάτι με διαθέσιμη ηλεκτρική πρίζα κοντά στο κρεβάτι σε ύψος που επιτρέπεται η εύκολη σύνδεση. Εάν υπάρχει μόνο ένα τηλέφωνο στο δωμάτιο, συνιστάται να τοποθετείται στο κομοδίνο και έτσι να είναι προσβάσιμο από το κρεβάτι του διαμέροντα.
- Αυξημένη δυνατότητα πρόσβασης σε όργανα υποστήριξης από το κρεβάτι του πελάτη (π.χ. τηλε-ρυθμιζόμενη θερμοκρασία, φωτισμός δωματίου, σύστημα ανοιγοκλεισίματος κουρτίνας κ.λπ.).
- Ειδικές ώρες καθαρισμού σε σχέση με το πρόγραμμα των ατόμων τρίτης ηλικίας από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών δωματίου σε 24 ώρες την ημέρα.
- Παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση και την ενίσχυση του αισθήματος άνεσης του τουρίστα τρίτης ηλικίας και των συνοδών του.

**Κόστος, τιμολόγηση και ασφάλιση:** Η εκτίμηση του κόστους και του προκαταρκτικού προγράμματος θεραπείας/αναψυχής θα πρέπει να παρέχεται στην αρχική επικοινωνία και πριν το επερχόμενο ταξίδι στη χώρα υποδοχής, προκειμένου να περιγραφούν όλες οι διαδικασίες με διαφάνεια. Επίσης, θα πρέπει να παρουσιαστεί το τελικό πρόγραμμα δράσεων, οι πρόσθετες χρεώσεις που γίνονται σύμφωνα με έναν προκαθορισμένο τιμοκατάλογο και το τελικό κόστος.

Ορισμένοι τουρίστες τρίτης ηλικίας μπορεί να έχουν ασφάλιση που καλύπτει τις ιατρικές τους διαδικασίες. Σύννηθες είναι το γεγονός να παρερμηνεύεται η ταξιδιωτική ασφάλιση με άλλες υπηρεσίες υγείας π.χ. εξετάσεις ρουτίνας-check up, οδοντικές θεραπείες, κ.ά.

Μερικές φορές ο τουρίστας υγείας δεν είναι πρόθυμος ή είναι ανίκανος να πληρώσει για άμεσες θεραπείες ή θεραπείες ευεξίας. Τα σχετικά προβλήματα που δημιουργούνται θα πρέπει να διευθετηθούν μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων, του λογιστηρίου της υγειονομικής/ξενοδοχειακής μονάδας, το τμήμα διεθνών ασθενών και του ασφαλιστή ή του διαμεσολαβητή τουρισμού υγείας.<sup>191,370</sup>

**Τεκμηρίωση και εξιτήριο:** Κατά την τελική επίσκεψη στον ιατρό ή στο νοσοκομείο, οι τουρίστες υγείας θα πρέπει να λάβουν ένα πλήρες ιστορικό της πράξης ή της θεραπείας και τυχόν συστάσεις σχετικά με τη συνέχιση της θεραπείας τους στη χώρα τους. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς πρέπει να παρουσιάζεται ως μια τυπική διαδικασία, συμπληρωμένο με ψηφιακές σαρώσεις και λειτουργικές σημειώσεις.

Στο στάδιο μετά τη θεραπεία, η διοίκηση του ξενοδοχείου πρέπει να ζητήσει να λάβει το εξιτήριο του ασθενούς, το οποίο εκδίδεται από το νοσοκομείο, καθότι είναι σημαντικό για τη διαχείριση του κινδύνου αναφορικά με τις συνθήκες του ασθενούς στο στάδιο της αποκατάστασης. Οι σχετικές πληροφορίες πρέπει να μεταφερθούν στον υπεύθυνο συντονιστή του ξενοδοχείου μέσω σχετικής έκθεσης που αναφέρει τις ειδικές ανάγκες και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν από το ξενοδοχείο, προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφαλής και ομαλή αποκατάσταση του ασθενούς. Αυτά τα μέτρα και οι προφυλάξεις ενδέχεται να περιλαμβάνουν ειδικές απαιτήσεις διατροφής για τον ασθενή, ειδικά μέτρα υγιεινής στο δωμάτιο του, ιατρικές συνεδρίες ή ενέργειες μεταφοράς στο νοσοκομείο για παρακολούθηση.

Η τεκμηρίωση και όλα τα νομικά έγγραφα, συμπεριλαμβανομένου του ασφαλιστικού υλικού, πρέπει να υπόκεινται σε διεθνή πρότυπα και να μεταφράζονται στα αγγλικά. Το αγγλόφωνο προσωπικό του ξενοδοχείου θα πρέπει να εκπαιδεύεται ώστε να μπορεί να απαντήσει σε όλες τις πιθανές ερωτήσεις που μπορούν να διατυπώσουν οι τουρίστες τρίτης ηλικίας σχετικά με την τεκμηρίωση, σε συνεργασία με τον πάροχο ιατρικών υπηρεσιών.<sup>191,370</sup>

**Αποτελέσματα μετά το εξιτήριο:** Η συνέχεια της φροντίδας εκτείνεται πέραν του εξιτηρίου και περιλαμβάνει τόσο τα μέλη του ιατρικού προσωπικού όσο και του προσωπικού μάρκετινγκ. Μόλις πληρωθεί ο λογαριασμός, το προσωπικό του νοσοκομείου ή της κλινικής κλείνει τον φάκελο του ασθενούς, αν και ο ασθενής παραμένει στη φροντίδα του γιατρού.

Ο ασθενής συνήθως αναμένεται να επιστρέψει για έλεγχο, αφαίρεση ράμματος, φάρμακα ή εξετάσεις. Το περιβάλλον του ξενοδοχείου είναι το μέρος όπου συνήθως ο ιατρικός τουρίστας πρόκειται να περάσει το στάδιο της αποθεραπείας (μετά την επέμβαση/θεραπεία). Η συνεχής επαφή μετά τη θεραπεία και κατά την περίοδο αποθεραπείας είναι απαραίτητη. Είναι

σημαντικό οι ασθενείς να μην αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι και να έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι κάποιος είναι διαθέσιμος για να τους ενημερώσει για περαιτέρω ανάγκες ή προβλήματα υγείας-φροντίδας, ακόμη και μετά την επιστροφή τους στο σπίτι.

Μια καλή πρακτική μάρκετινγκ είναι μετά από αρκετές εβδομάδες από τη θεραπευτική επέμβαση να αποστέλλεται ένα σύντομο σημείωμα στους ασθενείς για να τους ρωτάνε για την πορεία αποθεραπείας και να τους εύχονται γρήγορη ανάρρωση.<sup>191,370</sup>

### 3.9.7. Ειδικά Θέματα Των Ξενοδοχειακών Υποδομών

Εκτός από τις απαραίτητες προσαρμογές, θετικές θεωρούνται και οι ακόλουθες προαιρετικές παρεμβάσεις-πρακτικές:

- Ιδιωτική είσοδος στις εγκαταστάσεις φιλοξενίας, καθώς και ένας ανεγκυστήρας που θα καλύπτει αποκλειστικά τις ανάγκες των τουριστών ασθενών είναι πρακτικές που εξασφαλίζουν την ιδιωτικότητα και την άνεση του πελάτη. Η εισροή και η δυνατότητα των ασθενών να μετακινούνται εντός των εγκαταστάσεων φιλοξενίας, αποφεύγοντας την αλληλεπίδραση με άλλους πελάτες, αποτρέπει οποιαδήποτε αμηχανία που μπορεί να συμβεί.
- Ξεχωριστοί χώροι ειδικά σχεδιασμένοι (χωροταξικοί και λειτουργικοί) για να προσφέρουν πρόσθετες υπηρεσίες υποστήριξης, όπως γραφεία υποδοχής και χώρους εξυπηρέτησης ή μασάζ, προσφέροντας έτσι ένα ευχάριστο κίνητρο για τους ασθενείς να παραμείνουν στα δωμάτιά τους και στον όροφο, ενώ δεν χρειάζεται να περπατούν μεγάλες αποστάσεις για να έχουν πρόσβαση σε αυτά.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις τα γεύματα μπορούν επίσης να σερβιριστούν σε ένα κοινό μέρος εκτός εστιατορίου για να μην χρειαστεί να μεταβεί εκεί.
- Δημιουργία ανοιχτών χώρων για αναψυχή και χαλάρωση. Επισκέπτες που βρίσκονται σε διαδικασία ανάρρωσης παρουσιάζουν σημαντική και ταχεία βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης λόγω της θετικής επίδρασης του φυσικού περιβάλλοντος. Αυτές οι εγκαταστάσεις πρέπει να έχουν καθίσματα και σκίαση, ειδικά για άτομα που έχουν υποβληθεί σε πλαστική χειρουργική επέμβαση και πρέπει να προστατεύονται από το ηλιακό φως.
- Η έλλειψη συγκεκριμένων επιπέδων ή ορόφων εξωτερικού χώρου ειδικά για ιατρικούς τουρίστες στις εγκαταστάσεις φιλοξενίας μπορεί να αντικατασταθεί από απομονωμένες και διακριτικές περιοχές που είναι ελκυστικές για όσους τουρίστες δεν μπορούν για σύντομο χρονικό διάστημα να έρχονται σε επαφή με τους υγιείς επισκέπτες. Τέτοιοι χώροι θα μπορούσαν να είναι ξεχωριστά μπανγκαλόου ή ειδικές σουίτες.
- Η κατάργηση των περιορισμών όσον αφορά την πρόσβαση των ασθενών που χρησιμοποιούν αναπηρικές καρέκλες στις εγκαταστάσεις υγει-

ονομικής περίθαλψης και φιλοξενίας είναι επιτακτική, δεδομένου ότι περιλαμβάνει την προσαρμογή εγκαταστάσεων που δεν εξυπηρετούσαν στο παρελθόν την υποδοχή επισκεπτών με προβλήματα κινητικότητας ή άλλων μέσων υποστήριξης κινητικότητας. Εάν δεν υπάρχουν κατάλληλοι ανελκυστήρες για τη μεταφορά αναπηρικής καρέκλας μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν τα δωμάτια/χώροι του ισογείου αποκλειστικά από άτομα με μειωμένη κινητικότητα. Ενώ οι ράμπες είναι βολικές για άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια, καθώς και για άτομα με μειωμένη αίσθηση χώρου και ισορροπίας, οι σκάλες μπορεί να είναι ευκολότερες για 'αυτούς από τις ράμπες, οπότε η παροχή και των δύο συνιστάται για πρόσβαση στον πρώτο όροφο.

- Οι αποφάσεις σχετικά με τυχόν αλλαγές στις υποδομές μπορούν να ληφθούν από τη διοίκηση του παρόχου εξετάζοντας δύο βασικές παραμέτρους: Οι ιατρικοί τουρίστες που βρίσκονται στην περίοδο αποκατάστασης/αποθεραπείας πρέπει να περάσουν περισσότερο χρόνο στο δωμάτιο τους από τον μέσο επισκέπτη. Για το λόγο αυτό, η διακόσμηση και οι ανέσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές για να εξασφαλίσουν την άνεση τους κατά τη διάρκεια της διαμονής τους. Οι ίδιοι ιατρικοί τουρίστες μπορεί να έχουν μειωμένη δραστηριότητα και ίσως περιορισμένη κινητικότητα, οπότε και οι παράγοντες που διευκολύνουν την κίνησή τους θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί.

---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

# Μάρκετινγκ Τουρισμού Τρίτης Ηλικίας Και Τουρισμού Υγείας



4

## 4.1. Η Σύγχρονη Έννοια Του Μάρκετινγκ

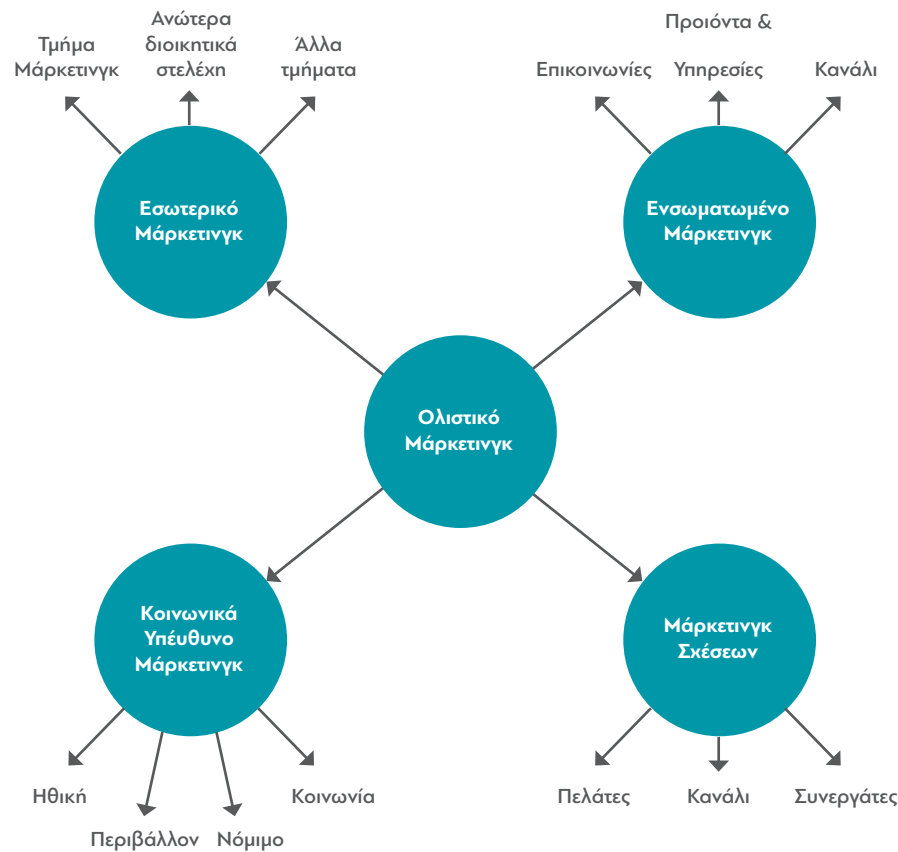
Το μάρκετινγκ είναι ο στρατηγικός σχεδιασμός μιας επιχείρησης για τη δημιουργία επώνυμων, ανταγωνιστικών και καινοτόμων προϊόντων ή υπηρεσιών με αξίες ενσωματωμένες που σκοπό έχουν την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του καταναλωτή/πελάτη, μεγιστοποιώντας τα κέρδη και την επιβίωση της επιχείρησης σε μακροχρόνια βάση. Το μάρκετινγκ, πέρα από τη διαφήμιση και την πώληση, περιλαμβάνει και το χτίσιμο μακροχρόνιων σχέσεων με τους πελάτες. Το επιτυχημένο μάρκετινγκ θα πρέπει σαφέστατα να συνδέεται με συγκεκριμένες στρατηγικές και να βασίζεται σε ένα δομημένο σχεδιασμό, όπου είναι ξεκάθαρος ο κοινός στόχος στο οποίο απευθύνεται, τα κίνητρα και οι παράμετροι λήψης απόφασης που συνδέονται με το συγκεκριμένο κοινό, καθώς και τα χρησιμοποιούμενα από αυτό εργαλεία και μέσα ενημέρωσης.

Οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον τουρισμό και δη με τα άτομα τρίτης ηλικίας, θα πρέπει να δημιουργήσουν αξία για να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τους πελάτες τους. Σκοπός τους είναι να προσφέρουν ανώτερη αξία στον συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο. Για αυτόν τον λόγο υλοποιούν ορισμένες ενέργειες μάρκετινγκ προκειμένου να ανταποκριθούν και να υπερβούν τις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών τους, καλύτερα από ότι ο ανταγωνισμός.

Τα προηγούμενα χρόνια, οι ενέργειες μάρκετινγκ ήταν προσανατολισμένες στο προϊόν ενώ σήμερα η φιλοσοφία του μάρκετινγκ έχει επίκεντρο τον πελάτη. Αυτό σημαίνει ότι οι εταιρείες δεν προσπαθούν να βρουν τους σωστούς πελάτες για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παράγουν/παρέχουν, αλλά προσπαθούν να δημιουργήσουν και να αναπτύξουν τα σωστά προϊόντα για τους πελάτες τους. Ωστόσο, μια σειρά από ραγδαίες αλλαγές που σημειώθηκαν την τελευταία δεκαετία οδήγησαν στην ανάγκη νέων επιχειρηματικών πρακτικών και ενεργειών μάρκετινγκ. Οι εταιρείες πρέπει να προσαρμοστούν στο νέο επιχειρησιακό και ανταγωνιστικό περιβάλλον με νέες ιδέες, στο πλαίσιο του ολιστικού μάρκετινγκ. Η συγκεκριμένη έννοια του μάρκετινγκ βασίζεται στην ανάπτυξη, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων, διαδικασιών, δραστηριοτήτων και ενεργειών μάρκετινγκ, προσδιορίζοντας με σαφήνεια το εύρος και τις αλληλεξαρτήσεις τους.<sup>414,415</sup> Ουσιαστικά, αυτή η προσέγγιση προσπαθεί να δείξει ότι

το μάρκετινγκ αποτελείται από στοιχεία πολλών παραγόντων, καθώς και από την μεταξύ τους αλληλεπίδραση, όπως φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί (Σχήμα 11).

**Σχήμα 11: Οι Διαστάσεις Του Ολιστικού Μάρκετινγκ (2006)**



Πηγή: Keller και Kotler, 2006  
Διαθέσιμο στο: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781317472889/chapters/10.4324/9781315705118-48>

Οι Kotler και Armstrong εισήγαγαν τα 7 Ps του στρατηγικού μάρκετινγκ και τα οποία είναι: Product (προϊόν), Price (τιμή), Place (θέση), Promotion (προβολή), People (ανθρώπινο δυναμικό), Process (διαδικασία), and Physical Evidence (Υλικές αποδείξεις).<sup>416</sup>



## 4.2. Αρχές Μάρκετινγκ Για Την Προώθηση Τουριστικών Προϊόντων Και Υπηρεσιών Υγείας Προς Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας

Όταν μια διαφημιστική καμπάνια απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να καταστεί αναποτελεσματική στην περίπτωση που δεν ληφθούν εξαρχής υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου κοινού, τα κίνητρα, τα ενδιαφέροντά του για την ουσιαστική εμπλοκή τους στο μήνυμα της καμπάνιας/διαφήμισης. Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση του συγκεκριμένου κοινού από αντίστοιχα προηγούμενων εποχών μιας και τα στερεότυπα που συνδέονται με αυτό έχουν αλλάξει σημαντικά.

Χρήσιμες πρακτικές που παρουσιάζονται διαδικτυακά για την προσέγγιση του ειδικού κοινού των ατόμων τρίτης ηλικίας λαμβάνουν υπόψη τα παρακάτω σημαντικά στοιχεία:<sup>417,418</sup>

- Για το συγκεκριμένο κοινό τα παραδοσιακά μέσα διαφήμισης παραμένουν αποτελεσματικός τρόπος προσέγγισης (έντυπες διαφημίσεις, διαφημιστικό ταχυδρομείο, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.λπ.), αλλά ταυτόχρονα τα ψηφιακά μέσα και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κερδίζουν διαρκώς έδαφος στη χρήση τους από άτομα τρίτης ηλικίας.

Το ερευνητικό κέντρο Pew<sup>419</sup> διαπίστωσε ότι η χρήση του διαδικτύου μεταξύ 2009 και 2011 αυξήθηκε στους ηλικιωμένους κατά 150%. Σχεδόν το 40% των ατόμων αυτών που κάνουν χρήση του διαδικτύου διαθέτουν ταυτόχρονα λογαριασμό κοινωνικής δικτύωσης, και οι αριθμοί αυτοί, αυξάνονται διαρκώς. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε πως πλέον τα άτομα δεν χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους 'ηλικιωμένο' πριν την ηλικία των 72 μιας και παραμένουν ενεργά σε διάφορους τομείς μέχρι και σε μεγαλύτερη ηλικία.

Η εικόνα των ηλικιωμένων που δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και παραμένουν σε απόσταση από κάθε ψηφιακό μέσο απομακρύνεται και αντικαθίσταται από μια νέα πραγματικότητα όπου τα smartphones και τα tablets αποτελούν καθημερινά εργαλεία για τα άτομα τρίτης ηλικίας, μιας και καθιστούν το διαδίκτυο ακόμα πιο προσιτό σε αυτά. Ειδικά στην περίπτωση όπου τα άτομα εξακολουθούν να εργάζονται, ακόμη και κατά την συνταξιοδότηση, με τη χρήση του διαδικτύου έχουν διαρκή επαφή με τον κόσμο της πληροφορίας, αλλά και με τα νεότερα μέλη της οικογένειάς τους (παιδιά και εγγόνια).

- Το γεγονός ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας επικοινωνούν πλέον online και είναι πρόθυμα να υιοθετήσουν νέες τεχνολογίες, δεν σημαίνει πως ο τρόπος προσέγγισής τους ταυτίζεται με αυτόν του κοινού άλλων ηλικιακών κατηγοριών. Οι ηλικιωμένοι έχουν συχνότερα προβλήματα υγείας, ελλειμματική ακοή ή και μειωμένη ή προβληματική όραση, τα οποία μπορούν δυνητικά να τους απομακρύνουν από κάποιες ενημερωτικές πλατφόρμες, εάν δεν έχουν λάβει υπόψη στον σχεδιασμό τους τέτοιου είδους περιορισμούς.

Η προσβασιμότητα της πληροφορίας είναι εξαιρετικά σημαντική, είτε πρόκειται για διαφήμιση σε παραδοσιακά είτε σε ψηφιακά μέσα. Μερικές φορές αρκεί απλώς μια διαφορετική παρουσίαση του περιεχομένου π.χ. χρησιμοποιώντας μεγαλύτερη γραμματοσειρά και περισσότερο κενό χώρο στην παράθεση των πληροφοριών, προκειμένου να μετατραπεί μια αρνητική εμπειρία πλοήγησης σε θετική.

- Η ολοένα και αυξανόμενη πολυπλοκότητα των διαδικασιών πλοήγησης και των χρησιμοποιούμενων συσκευών δυσχεραίνουν τη χρήση τους από τα άτομα τρίτης ηλικίας. Ένας από τους καλύτερους τρόπους για την αντιμετώπιση αυτών των δυσχερειών είναι η χρήση επεξηγηματικών βίντεο, τα οποία περιέχουν συνοπτικά και εύληπτα οπτικά βοηθήματα και απλουστευμένες οδηγίες, προκειμένου να ενισχύσουν το βαθμό κατανόησης και εξοικείωσης του κοινού με τη συγκεκριμένη μορφή ενημέρωσης.
- Η παροχή πληροφόρησης στα άτομα τρίτης ηλικίας αναφορικά με την προαγωγή της υγείας τους είναι εξαιρετικά σημαντική για την αλλαγή στάσης και την ενίσχυση ενδιαφέροντος των ατόμων τρίτης ηλικίας για την υγιεινή διατροφή και για συμπεριφορές βελτίωσης της υγείας τους. Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ποσοστό των baby boomers επιθυμεί να έχει απευθείας σύνδεση με τέτοιου είδους πληροφορίες, καθώς και με τα δεδομένα που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους. Μερικά από τα πιο ισχυρά εργαλεία μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σήμερα σε άτομα τρίτης ηλικίας έχουν εκπαιδευτικό χαρακτήρα.
- Η προσθήκη προσωπικής υπηρεσίας για άμεση επικοινωνία και υποστήριξη παροχής περαιτέρω πληροφοριών ανταποκρίνεται στην προτίμηση των ηλικιωμένων για προσωπική αλληλεπίδραση στην παροχή οδηγιών μέσω του διαδικτύου ή στις λειτουργίες κλήσεων που παράγονται από υπολογιστή.

Σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης είναι ένας όρος που ορίζει την ηλεκτρονική τεχνολογία και τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται για να ανταλλάσσουν οι χρήστες τις γνώμες, τις ιδέες, την εμπειρία και τις προοπτικές τους. Τα κοινωνικά μέσα είναι εργαλεία μάρκετινγκ χαμηλού κόστους τα οποία συμβάλλουν στη διευκόλυνση της δημιουργίας δικτύων, στην άμεση διάδοση πληροφοριών και, ως εκ τούτου, στην ενθάρρυνση της

εμπιστοσύνης του κοινού. Μία ανάρτηση σε αυτά μπορεί να λάβει πολλές μορφές όπως κείμενο, εικόνες, ήχο και βίντεο. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης παρέχουν μεγάλες ευκαιρίες για την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα δημόσιας υγείας, επιτρέποντας στους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας να απευθύνονται ευρύτατα και άμεσα στο κοινό σε πολλαπλά θέματα δημόσιας υγείας και ταυτόχρονα η προσεκτική χρήση τους είναι επιτακτική για την αποτροπή ζημιών. Τα κοινωνικά δίκτυα έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν και να αλλάξουν πολλές συμπεριφορές και ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης.<sup>420</sup>

Η ταχεία ανάπτυξη της διαδικτυακής κοινωνικής δικτύωσης για σκοπούς υγείας έχει επηρεάσει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης,<sup>421</sup> παρά το γεγονός ότι, το μάρκετινγκ των μέσων κοινωνικής δικτύωσης δεν έχει χρησιμοποιηθεί τόσο εκτεταμένα όπως σε άλλες βιομηχανίες. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά παραδείγματα χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για σκοπούς μάρκετινγκ στην υγειονομική περίθαλψη.<sup>422</sup>

## 4.3. Στοιχεία Της Εθνικής Στρατηγικής Προώθησης Για Τον Τουρισμό Της Ελλάδας Κατά Τα Έτη 2014-2015-2016

Βασικά κριτήρια επιλογής των «εργαλείων» και μέσω υλοποίησης των προγραμμάτων προώθησης και προβολής του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού, αποτελούν η αποτελεσματικότητα (κάλυψη-στόχευση-ROI), η καινοτομία, η πρωτοτυπία, η ευελιξία και κυρίως προτάσεις των μέσων σχεδιασμένες ειδικά για να ενισχύουν την επικοινωνία της θετικής εικόνας της χώρας. Στόχος είναι η προβολή των χαρακτηριστικών της Ελλάδας ως σύνολο βιωματικών αυθεντικών εμπειριών σε σχέση με συγκεκριμένες περιοχές και θεματικά οδοιπορικά σε όλη τη διάρκεια του έτους. Η δε αυθεντικότητα των προτάσεων τεκμηριώνεται και εμπλουτίζεται από την ιστορία, τον πολιτισμό, τη βιοποικιλότητα, το περιβάλλον, την παράδοση, τη μυθολογία, τα προϊόντα και κάθε τουριστικό πόρο του προορισμού Ελλάδα.

### **Διαφημιστικές ενέργειες σε ΜΜΕ Εξωτερικού**

Για την προβολή συγκεκριμένων υπηρεσιών-προϊόντων-καινοτομιών στον Ελληνικό Τουρισμό και για την προσέγγιση πλέον εξελιγμένων κοινών-στόχων με εκλεκτικές προτιμήσεις, ενδείκνυται η δημοσίευση στοχευμένων άρθρων με περιεχόμενο ανάλογο με εκείνο του [visitgreece.gr](http://visitgreece.gr) σε συνδυασμό με φωτογραφίες από το απόθεμα του Οργανισμού (advertorials) σε διεθνούς κυκλοφορίας περιοδικά, τα οποία αποτελούν την επιτομή των τάσεων για τους ανεξάρτητους επισκέπτες.

### **Τα αυτοδιαχειριζόμενα μέσα του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού-κεντρική στρατηγική επικοινωνίας**

Βασικό εργαλείο εξωστρέφειας και «βήμα» επικοινωνίας με τη διεθνή κοινότητα αποτελεί η κεντρική πύλη του ΕΟΤ [www.visitgreece.gr](http://www.visitgreece.gr) και οι σελίδες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης που λειτουργεί ο Οργανισμός.

Κρίνεται σκόπιμο να τονισθεί ότι θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί εθνική στρατηγική προώθησης του τουρισμού της Ελλάδας με επίκεντρο τα άτομα τρίτης ηλικίας τα προσεχή χρόνια, καθότι το κομμάτι της αγοράς που κατέχουν είναι ιδιαίτερα δελεαστικό και θα αποφέρει πολλά θετικά στη χώρα μας (οικονομικά οφέλη, επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου, διαφήμιση της Ελλάδας ως προορισμός ηλικιωμένων, κ.ά.). Σε κάθε περίπτωση για να γίνουν τα παραπάνω, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες ενέργειες διαφήμισης μέσα από συνεργασίες-συνέργειες φορέων του δη-

μοσίου και του ιδιωτικού τομέα, βελτίωση των υπάρχοντων δομών προ-  
σβασιμότητας ατόμων με κινητικές δυσκολίες κτλ.<sup>423</sup>

## 4.4. Μάρκετινγκ Στον Τομέα Του Τουρισμού Υγείας Για Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας

Ο τουρισμός υγείας είναι μια ανερχόμενη βιομηχανία που συνεχώς αναδι-  
αμορφώνεται. Οι διεθνείς ασθενείς διαθέτουν συνήθως υψηλό μορφωτικό  
επίπεδο, διερευνούν όλες τις διαθέσιμες παγκόσμιες επιλογές και αναζητούν  
τη βέλτιστη επιστημονικά λύση σε ένα οργανωμένο περιβάλλον παροχής  
υπηρεσιών, το οποίο θα τους προσφέρει άψογες ολοκληρωμένες ιατρικές,  
νοσηλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες με τεχνολογία τελευταίας γενιάς.

Οι πάροχοι τουρισμού υγείας για να επιτύχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτη-  
μα χρησιμοποιούν διάφορα εργαλεία για να αναλύσουν την υφιστάμενη  
αγορά και να διαμορφώσουν την κατάλληλη στρατηγική. Οι τουρίστες  
τρίτης ηλικίας αποτελούν ένα ειδικό κομμάτι του πληθυσμού-στόχου και θα  
πρέπει να γίνει ανάλυση των αναγκών τους με προσοχή και με επίκεντρο τις  
ιδιαιτερότητές τους.<sup>424</sup> Μερικά από αυτά τα εργαλεία είναι τα παρακάτω:

- SWOT analyses
- Porters model
- Lehmann and Winer's Levels of Competition Models
- Mintzbergss and van der Heyden's Organigraph

## 4.5. Branding Στον Τομέα Του Τουρισμού Υγείας Για Τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας

Οι προωθητικές ενέργειες που χρησιμοποιούνται για τη σκόπιμη εμπορική προώθηση του τουρισμού υγείας τονίζουν κυρίως την τεχνολογία, την αξιοπιστία της ποιότητας και την εκπαίδευση στο εξωτερικό.<sup>425</sup> Η ενσωμάτωση των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας στον οργανωτικό ιστό του κλάδου του τουρισμού υγείας, αποτελεί σημαντικό κλειδί για την επιτυχία και επηρεάζουν ολόκληρη τη δομή της ιατρικής τουριστικής βιομηχανίας, όχι μόνο την προσφορά και τη ζήτηση, αλλά και τους μεσολαβητές του ιατρικού τουρισμού.<sup>426</sup>

Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προώθησης ενός τουριστικού προϊόντος (τουρισμός υγείας/ τουρισμός τρίτης ηλικίας) είναι η ενδυνάμωση της φήμης και της αξιοπιστίας που διαθέτει ή κατακτά σε διάφορες χρονικές περιόδους η εκάστοτε χώρα-προορισμός.<sup>427,428</sup> Ειδικότερα στην εν λόγω αγορά, η διαμόρφωση αυτού που ορίζεται ως 'brand name' εξαρτάται από ένα σύνθετο σύνολο παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους εξαρτώνται από τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες στις οποίες μετέχουν.<sup>429,430,431</sup>

- Πάροχοι υγείας (νοσοκομεία, δομές υγείας-οδοντιατρικές δομές, κλινικές, κέντρα αποκατάστασης, ιατροί, νοσηλευτές, λοιποί επαγγελματίες υγείας κ.λπ.).
- Επίπεδο υπηρεσιών υγείας (δημόσια υγεία, δείκτες και οργάνωση των υπηρεσιών).
- Πάροχοι υπηρεσιών φιλοξενίας και μεταφοράς (ξενοδοχεία, αεροπορικές εταιρείες, εγχώρια μετακίνηση).
- Ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας (ιδιωτικές εταιρείες, φορείς κοινωνικής ασφάλισης).
- Διαδικτυακά μέσα, μέσα προβολής, μέσα κοινωνικής δικτύωσης.
- Διαμεσολαβητές τουρισμού υγείας και ιατρικού τουρισμού.

Βασική διάσταση στην προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ισχυρού brand name αποτελεί ο στοχευμένος προσδιορισμός της προστιθέμενης αξίας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται μέσα από τη διαμόρφωση ανταγωνιστικών πακέτων των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο τουρισμός υγείας εξελίσσεται σε έναν αρκετά απαιτητικό και ανταγωνιστικό τομέα. Οι τουριστικοί προορισμοί υγείας πρέπει να δημιουργήσουν ένα ισχυρό εμπορικό σήμα για να προσελκύσουν διεθνείς ασθενείς.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι και εργαλεία που μπορούν να συμβάλουν στην προώθηση αυτών των προορισμών και να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της επωνυμίας και φήμης τους, όπως η διαφήμιση (φυλλάδια και ηλεκτρονικό υλικό σε ιστότοπους), ενέργειες μάρκετινγκ, συμμετοχή σε συνέδρια τουρισμού υγείας, κ.λπ., που θα μπορούσαν να βοηθήσουν σημαντικά στην παρουσίαση και την αποτελεσματική προώθηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην αντίστοιχη αγορά-στόχο. Η απόκτηση διαπίστευσης, βραβείων ή πιστοποίησης, καθώς και προηγμένου ιατρικοτεχνολογικού εξοπλισμού είναι μόνο ένα βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι πάροχοι υπηρεσιών τουρισμού υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ορισμένους παράγοντες αναφορικά με το branding όπως είναι:

- Οι υποστηρικτικές εταιρείες τουρισμού υγείας
- Οι διεθνείς διαπιστεύσεις/πιστοποιήσεις
- Η ασφάλεια των διεθνών τουριστών
- Το πελατοκεντρικό μάρκετινγκ
- Η επιθετική στρατηγική προώθησης
- Οι εγκαταστάσεις των παρόχων υπηρεσιών τουρισμού υγείας

Με τον κατάλληλο συντονισμό, συνεργασία και μίξη των παραπάνω παραγόντων, οι πάροχοι θα μπορέσουν να αναπτύξουν ένα σωστό, εξειδικευμένο και σαφές καθορισμένο branding για τις εταιρείες τους, το οποίο συνεπαγωγικά θα συμβάλει και στη διαμόρφωση του εθνικού τουριστικού προϊόντος υγείας. Παρακάτω παρατίθενται 10 παράγοντες ενίσχυσης τουρισμού υγείας:

- Διαφοροποίηση του προορισμού για τον τουρισμό τρίτης ηλικίας.
- Μάρκετινγκ και ανάπτυξη του προϊόντος/υπηρεσίες για τους τουρίστες υγείας.
- Προώθηση μέσω κοινωνικών δικτύων.
- Διερεύνηση και ανάλυση της ομάδας στόχου.
- Θετική εμπειρία πλοήγησης σε ιστοσελίδα.
- Online Μάρκετινγκ/Branding με δραστηριότητες εκτός σύνδεσης.
- Search Engine Optimization (SEO) στις ιστοσελίδες των παρόχων.
- Ενέργειες για προώθηση του domain name και της ιστοσελίδας.
- Περιεχόμενο ιστοσελίδας.
- Προσωπική δέσμευση/εμπλοκή.



## 4.6. Βασικά Σημεία Στρατηγικής Branding Για Τον Ιατρικό Τουρισμό

Η στρατηγική του branding αναφορικά με το ειδικό segment του ιατρικού τουρισμού μπορεί να επιτευχθεί μέσω των επόμενων βημάτων:<sup>5,191,370</sup>

- Προσδιορισμός και οριοθέτηση του προϊόντος 'ιατρικός τουρισμός'.
- Ανάλυση της αγοράς και δημιουργία καρτοφυλακίου με τα επιμέρους προϊόντα του ιατρικού τουρισμού, στα οποία παρουσιάζει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα η χώρα μας.
- Επικέντρωση στους πληθυσμούς-στόχους με τμηματοποίηση της πελατείας.
- Ανάλυση των εμποδίων και ενδεχόμενων προβλημάτων σχετικά με τη διεθνή εικόνα του branding. Η δυσμενής εικόνα της χώρας στον διεθνή χώρο κυρίως σε ό,τι αφορά το σύστημα υγείας, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και τους δείκτες δημόσιας υγείας και ασφάλειας, είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα.
- Διεξαγωγή μελέτης για την ανάλυση της αγοράς, κυρίως για διαμόρφωση τιμών ανταγωνιστικών έναντι των ήδη ισχυρών ανταγωνιστών της χώρας στην εν λόγω αγορά. (Αν και η ανάλυση της αγοράς προηγείται και τα περί σήματος ακολουθούν, επειδή η διαμόρφωση του προϊόντος είναι σε εξέλιξη, το βήμα αυτό κρίνεται απαραίτητο για τη συλλογή δεδομένων που θα βοηθήσουν να διαφοροποιηθούμε από τις χώρες- ανταγωνιστές τόσο σε επίπεδο μάρκετινγκ όσο και branding).
- Προσδιορισμός του brand. Το ειδικό σήμα που προωθείται για τους παρόχους υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας και θα δίδεται από τον ΕΟΤ, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή. (Εδώ αναφερόμαστε στη λογοτύπηση του ειδικού σήματος που θα δίνει ο ΕΟΤ, γιατί το brand είναι κάτι ευρύτερο).
- Καθορισμός των εννοιών του brand. Το ειδικό αυτό σήμα κατατεθέντων παρόχων θα πρέπει να διέπεται από συγκεκριμένες διαστάσεις, που θα αντιστοιχούν σε κριτήρια κατηγοριοποίησης αναφορικά με το επίπεδο/ την ποιότητα/ το ύψος και την ετοιμότητα των παρόχων να υποστηρίξουν το brand.

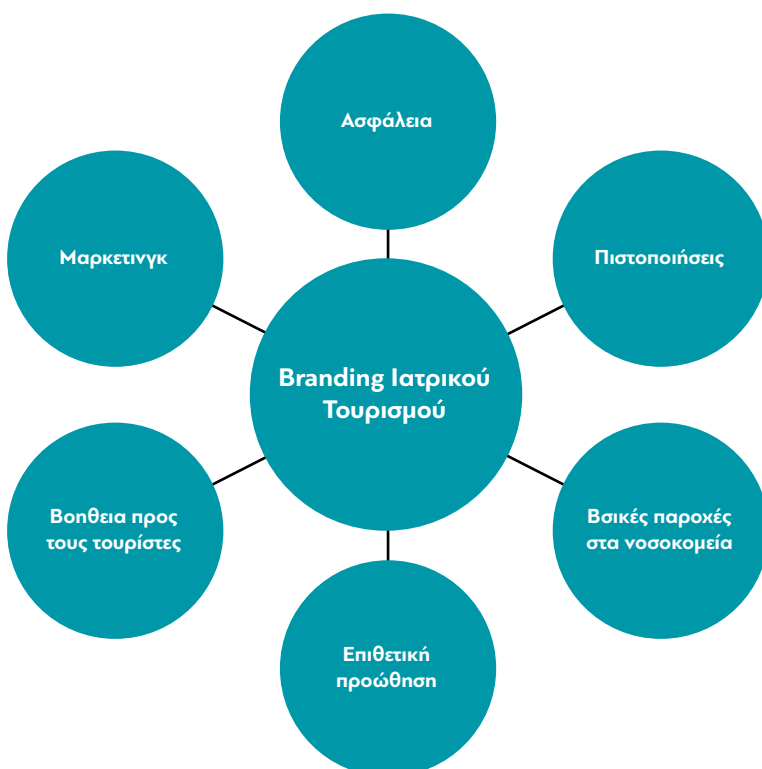
Ο Anholt2 προτείνει συγκεκριμένους παράγοντες που επιδρούν στην εθνική εικόνα αναφορικά με τον ιατρικό τουρισμό, η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή του τουριστικού κλάδου-προϊόντος, την κουλτούρα των πολιτών, την

ανάδειξη ενδεχόμενων δυνατοτήτων για επενδύσεις στο χώρο, καθώς και την εν γένει πολιτιστική και ιστορική κληρονομιά του τόπου. Η τουριστική βιομηχανία θεωρείται ως η κύρια διάσταση που αντικατοπτρίζει το εθνικό σήμα μια χώρας.

Επίσης, ο Yung-Sheng<sup>418</sup> αναφέρει 5 σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας για τον ιατρικό τουρισμό και αυτοί είναι:

- Branding positioning.
- Η φήμη της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.
- Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.
- Διαφήμιση- Προώθηση- Προβολή (για την αποτελεσματική εφαρμογή της οποίας θα πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα άρσης της απαγόρευσης της διαφήμισης και προβολής των ιατρικών υπηρεσιών βάσει των άρθρων του νόμου Α.Ν. 1565/1939 στο ΦΕΚ Α/16, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά τις υπηρεσίες που εμπλέκονται στον Ιατρικό Τουρισμό).
- Οι οριζόντιες συμμαχίες όπως απεικονίζονται στο Σχήμα 12.

**Σχήμα 12: Οι Οριζόντιες Συμμαχίες (2013)**



Πηγή: Yung-Sheng, 2013  
Διαθέσιμο στο: <http://hrmars.com/admin/pics/1680.pdf>

Τέλος, σημαντικό στοιχείο ενός επιτυχημένου branding είναι η ανάπτυξη θετικής προώθησης στόμα με στόμα (word-of-mouth). Πιο συγκεκριμένα, έρευνα<sup>24</sup> μεταξύ ιαπώνων ιατρών τουριστών διαπίστωσε ότι το θετικό

word-of-mouth ήταν σημαντικό για να εξασφαλίσει την επιβίωση των νοτιοκορεατικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς αυτό βοηθά τους παρόχους να δημιουργήσουν μια καλύτερη στρατηγική μάρκετινγκ.<sup>433</sup> Επίσης, οι πάροχοι θα πρέπει να λάβουν όλα τα μέτρα για να διασφαλίσουν ότι το αρνητικό WOM θα ελαχιστοποιηθεί για να εξασφαλιστεί η προστασία της φήμης των νοσοκομείων..

Ενδιαφέρον εύρημα είναι το γεγονός ότι το μάρκετινγκ με τη χρήση του WOM μπορεί να θεωρηθεί ως το καλύτερο εργαλείο διαφήμισης που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την προώθηση της οδοντιατρικής περίθαλψης.<sup>434</sup> Τέλος, μελέτη αναφορικά με τον ιατρικό τουρισμό στη Μαλαισία<sup>435</sup> διαπίστωσε ότι οι περισσότεροι τουρίστες επηρεάστηκαν από τους φίλους, την οικογένεια, τους συγγενείς και την παραπομπή του γιατρού, επομένως το WOM αποδεικνύεται σημαντικό και σε αυτή την περίπτωση.

## 4.7. Μεθοδολογία Προωθητικών Ενεργειών Διαφήμισης Του Ιατρικού Τουρισμού Στην Ελλάδα

Οι δράσεις προώθησης, διαφήμισης και προβολής αναφορικά με τις υπηρεσίες και την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία χρόνια. Κύριες πηγές διαφήμισης και προώθησης των χωρών προορισμού ιατρικού τουρισμού είναι τα ηλεκτρονικά επιχειρησιακά μέσα και μέσα προβολής (ιστοσελίδες νοσοκομείων, πλατφόρμες ιστοσελίδων, φόρουμ, μέσα κοινωνικής δικτύωσης) και οι διαφημίσεις σε περιοδικά, φυλλάδια, η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Αυτές οι μέθοδοι διαφήμισης, σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες ενέργειες μάρκετινγκ και την κοινωνική δράση, πρέπει να διασφαλίζουν το καλύτερο αποτέλεσμα σε σχέση με την ενίσχυση και την προστασία της εικόνας της Ελλάδος ως ασφαλούς ιατρικού προορισμού.

Χωρίς αμφιβολία, το διαδίκτυο είναι από τα πλέον κύρια μέσα προώθησης του εκάστοτε οργανισμού και φορέα που θέλει να αναδείξει τις παρεχόμενες υπηρεσίες του και να προβληθεί διεθνώς αλλά και εγχώρια. Θα πρέπει να τονισθεί ότι οι ιστοσελίδες των οργανισμών, οι διάφορες πλατφόρμες τουρισμού υγείας (ιδιωτών και δημόσιων φορέων) θα πρέπει να ανανεώνονται με έγκυρες πληροφορίες και να ενημερώνονται συνεχώς.

Άλλα μέσα προώθησης του ιατρικού τουρισμού είναι τα ακόλουθα:<sup>5,191,370</sup>

- Δημιουργία εθνικής στρατηγικής για την προώθηση του ιατρικού τουρισμού, Μάρκετινγκ plan (με τη συμμετοχή του Ελληνικού Συμβουλίου για τον Ιατρικό Τουρισμό, ΕΛΙΤΟΥΡ, του ΕΟΤ, του Υπ. Τουρισμού και του Υπ. Υγείας).
- Ένταξη του ιατρικού τουρισμού στην τουριστική καμπάνια του ΕΟΤ, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του μάρκετινγκ plan και ανάπτυξη διακριτού site στις επίσημες ιστοσελίδες του ΕΟΤ όπως στο visitgreece.
- Διασύνδεση με τοπικά γραφεία ΕΟΤ, πρεσβείες, διεθνή δίκτυα (επιχειρηματικά και κοινωνικο-οικονομικά).
- Προώθηση έντυπου υλικού, όπως για παράδειγμα in-flight περιοδικά.
- Δημιουργία «Οδηγού Προορισμών Ιατρικού Τουρισμού» (ηλεκτρονικών- εντύπων) που θα γνωστοποιούν πληροφορίες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών κέντρων, νοσοκομείων, κέντρων αποκατάστασης και κλινικών, ενώ θα αναδει-

κνύονται μέσω αυτού και μονάδες του τουριστικού κλάδου, ξενοδοχεία, θέρετρα, και τοπικά αξιοθέατα. Αυτός ο συνδυασμός είναι ιδανικός και αποτελεί καλή πρακτική διεθνώς.

- Προβολή και χρησιμοποίηση Συστήματος Γεωγραφικών Πληροφοριών (GIS), το οποίο θα περιλαμβάνει στοιχεία ιατρικών κέντρων, νοσοκομείων, κέντρων αποκατάστασης και κλινικών, μονάδες του τουριστικού κλάδου, ξενοδοχεία, θέρετρα, τοπικά αξιοθέατα κ.ά.
- Διαφημίσεις σε ηλεκτρονικές ιστοσελίδες (προϋπόθεση διασφάλισης η ύπαρξη διαδικασίας αξιολόγησης εγκυρότητας των ιστοχώρων και του περιεχομένου τους). Οι εγκεκριμένοι ιστοχώροι θα πρέπει να αναρτώνται στην ιστοσελίδα ενός έγκυρου φορέα (πχ. ΕΟΤ, ΕΣΙΤ) για ορθή και άμεση πληροφόρηση του κοινού.
- Διοργάνωση workshops–road shows (προβολή των παρόχων ιατρικού τουρισμού σε άλλες χώρες και σε συγκεκριμένες ομάδες – στόχους π.χ. νεφροπαθείς, άτεκνα ζευγάρια κλπ).
- Συμμετοχή σε διάφορα συνέδρια που σχετίζονται με τον ιατρικό τουρισμό, όπως το International Medical Travel Exhibition & Conference, το IMTJ Medical Travel Summit κ.ά. για την προβολή, προώθηση και εδραίωση του brand της χώρας μας.
- Ανάπτυξη δημοσίων σχέσεων με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, ενώσεις ασθενών, δημοσιογράφους, διαμεσολαβητές, ασφαλιστικούς φορείς, με tour operators για συχνές ενημερώσεις αναφορικά με τις εξελίξεις του ιατρικού τουρισμού, κ.ά.

Τα μέσα αυτά θα πρέπει να στραφούν κατά προτεραιότητα στην προσέλκυση διεθνών τουριστών από την Ευρώπη (αξιοποίηση του νέου καθεστώτος για τη διασυνοριακή περίθαλψη), τη Ρωσία, τις χώρες της Ν.Α. Ευρώπης, της Μέσης Ανατολής, των Η.Π.Α. και της Κίνας.

---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

# Συμβολή Στην Ανάπτυξη- Οικονομικό Περιβάλλον



5

## 5.1. Η Αλληλεπίδραση Με Το Αναπτυξιακό Πρότυπο

Ο τουρισμός τρίτης ηλικίας, ο τουρισμός μακράς διάρκειας και ο τουρισμός υγείας δημιουργούν ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες και προϊόντα. Κατά πόσο η ζήτηση σε κάθε κλάδο θα βρει θετική ανταπόκριση από την πλευρά της προσφοράς, και κατά συνέπεια θα έχει θετική επίδραση στο εθνικό εισόδημα και στην απασχόληση, εξαρτάται από τις απαντήσεις στα εξής ερωτήματα:

α. Υπάρχει υποαπασχολούμενο κεφάλαιο; Υπάρχουν, δηλαδή, οι επιχειρήσεις, οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός για να προσφέρουν τα ζητούμενα προϊόντα χωρίς να απαιτούνται μεγάλες νέες επενδύσεις;

β. Αν απαιτούνται νέες επενδύσεις, υπάρχουν οι προοπτικές κερδοφορίας που θα προσελκύσουν τους κατάλληλους επενδυτές; Υπάρχει το θεσμικό πλαίσιο για να σχεδιαστούν και να εγκριθούν γρήγορα οι επενδύσεις; Υπάρχουν οι συμπληρωματικές δημόσιες υποδομές για να λειτουργήσουν ικανοποιητικά οι ιδιωτικές μονάδες;

γ. Υπάρχει κατάλληλο «ανθρώπινο κεφάλαιο»; Αν μια υπηρεσία χρειάζεται υψηλή εξειδίκευση, υπάρχουν αρκετοί διαθέσιμοι επαγγελματίες μέσα στη χώρα με τις κατάλληλες δεξιότητες; Αν όχι, μπορούν να εκπαιδευτούν με προγράμματα ταχύρρυθμης κατάρτισης; Μπορούν να έρθουν κατάλληλοι εργαζόμενοι από άλλες χώρες;

δ. Υπάρχουν φυσικοί ή χωροταξικοί περιορισμοί που δεν επιτρέπουν να καλυφθεί η ζήτηση; Παράδειγμα, είναι επιθυμητό να χτιστούν περισσότερες εγκαταστάσεις φιλοξενίας σε μερικές παράκτιες περιοχές υψηλής ζήτησης;

ε. Αν μια ζητούμενη δραστηριότητα είναι νέα για την Ελλάδα, υπάρχουν δραστηριότητες με παρεμφερή τεχνογνωσία, οργάνωση και εγκαταστάσεις που μπορούν να διαφοροποιηθούν εύκολα για να παράσχουν τα νέα προϊόντα;

στ. Πόση αλληλεξάρτηση υπάρχει ανάμεσα σε διαφορετικούς παρόχους για να υπάρξει ένα ικανοποιητικό νέο πακέτο υπηρεσιών για τους πελάτες; Μπορεί να αναλάβει το ρίσκο της επένδυσης μια επιχείρηση χωρίς να έχει εξασφαλίσει ότι θα υπάρχουν και οι συμπληρωματικές υπηρεσίες;

ζ. Τι μέγεθος επιχειρήσεων απαιτείται; Στην Ελλάδα υπάρχουν πολύ λίγοι επιχειρηματικοί όμιλοι με δυνατότητα να επενδύσουν δεκάδες εκατομμύρια, και να προσλάβουν εκατοντάδες εργαζόμενους. Μπορούν να προσφερθούν τα ζητούμενα προϊόντα και υπηρεσίες από μικρές μονάδες;

Οι κυριότεροι κλάδοι που καλούνται να ανταποκριθούν στη ζήτηση είναι οι τουριστικές υπηρεσίες (καταλύματα, εστίαση και ψυχαγωγία), η προσφορά κατοικίας (πώληση οικιών που υπάρχουν, ή κατασκευή νέων) και οι υπηρεσίες υγείας. Πέραν αυτών, οι επισκέπτες μακράς διάρκειας δημιουργούν γενική καταναλωτική ζήτηση, που είναι παρόμοια με αυτή των εγχώριων νοικοκυριών. Εξετάζουμε τους κυριότερους κλάδους, καθώς και τη γενική κατανάλωση με το πρίσμα των παραπάνω ερωτημάτων.

### 5.1.1. Τουρισμός

#### α. Υποαπασχολούμενο κεφάλαιο:

Στα νησιά και τις ακτές η πληρότητα είναι μεγάλη την περίοδο αιχμής. Οι εγκαταστάσεις όμως υποαπασχολούνται τους λοιπούς μήνες. Συνεπώς η υπάρχουσα προσφορά μπορεί να ανταποκριθεί στους μήνες μέσης ή χαμηλής ζήτησης. Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας δεν έχουν τις ίδιες προτιμήσεις με τους νεότερους ως προς την εποχή της επίσκεψης, άρα υπάρχει δυνατότητα να καλυφθεί από υπάρχουσες μονάδες η ζήτηση που δημιουργούν.

Σε περιοχές της ενδοχώρας υπάρχουν πολλές μονάδες που είχαν κατασκευαστεί στοχεύοντας κυρίως στον εσωτερικό τουρισμό. Μετά την κρίση έχασαν μεγάλο μέρος της πελατείας τους. Οι τουρίστες τρίτης ηλικίας έχουν συγκριτικά λιγότερο ισχυρή προτίμηση για τις ακτές, και θεωρητικά μπορούν να στραφούν σε μονάδες της ενδοχώρας, αν βρουν εκεί άλλα ελκυστικά στοιχεία, όπως μνημεία, καλό κλίμα και ωραία φύση, ή ενδιαφέρουσες δραστηριότητες.

Συμπέρασμα: Δεν χρειάζεται να δημιουργηθούν πολλές νέες ξενοδοχειακές μονάδες για να εξυπηρετηθεί ενδεχόμενη αύξηση στη ζήτηση από αυτή τη δημογραφική ομάδα. Θα χρειαστούν όμως ανακαινίσεις και βελτιώσεις, για να βελτιωθεί η προσβασιμότητα, η θέρμανση, και οι εσωτερικοί κοινόχρηστοι χώροι.

#### β. Κερδοφορία νέων επενδύσεων

Η κερδοφορία θα είναι αβέβαιη σε περιοχές που δεν έχουν ήδη καθιερωθεί ως σημαντικοί προορισμοί διεθνούς τουρισμού, εκτός αν πρόκειται για μεγάλες μονάδες τύπου all inclusive με αυτοτελή ταυτότητα και μάρκετινγκ. Οι μεγάλες μονάδες όμως δεν εντάσσονται εύκολα στους ισχύοντες χωροταξικούς κανόνες, και η διαδικασία αδειοδότησης είναι εξαιρετικά χρονοβόρα.

#### γ. Ανθρώπινο κεφάλαιο

Ο εποχιακός χαρακτήρας του σημερινού μοντέλου σημαίνει ότι υπάρχει διαθέσιμο έμπειρο προσωπικό στις εποχές μέσης και χαμηλής ζήτησης.



Εξάλλου, η τεχνογνωσία για τις υπηρεσίες φιλοξενίας και εστίασης υπάρχει σε μεγάλη έκταση, και είναι σχετικά απλό να εκπαιδευτούν με πρακτική άσκηση τα νέα στελέχη.

#### *δ. Φυσικοί και χωροταξικοί περιορισμοί*

Υπάρχουν φυσικοί περιορισμοί σε μερικές τουριστικά αναπτυγμένες περιοχές. Αν η αυξημένη ζήτηση είναι για πακέτα σε αυτές, και σε περίοδο αιχμής, τότε πιθανόν να προσκρούσει σε εμπόδια, που δεν είναι σκόπιμο να καταργηθούν. Αρα, αυτό το είδος της ζήτησης δεν θα μεταφραστεί σε αυξημένο εισόδημα και απασχόληση.

#### *ε. Παρεμφερείς ικανότητες*

Τα συστατικά του τουριστικού προϊόντος για την τρίτη ηλικία δεν είναι ριζικά διαφορετικά από αυτά για τις άλλες ομάδες πληθυσμού. Το μείγμα είναι διαφορετικό. Χρειάζονται περισσότερες δραστηριότητες εκπαίδευσης και πνευματικής ψυχαγωγίας. Η περιήγηση στη φύση, π.χ., απαιτεί περισσότερους συνοδούς. Οι εγκαταστάσεις πρέπει να είναι πιο άνετες και προσβάσιμες, και προσαρμοσμένες στο κλίμα της μέσης και χαμηλής σεζόν. Η διαφορετική σύνθεση παρόμοιων συστατικών είναι εφικτή, και αυξάνει την εμβέλεια και το βάθος του κλάδου του τουρισμού.

#### *στ. Αλληλεξάρτηση επιχειρήσεων:*

Είναι το κυριότερο πρόβλημα που πρέπει να λυθεί για κάθε νέα παραλλαγή τουριστικού προϊόντος. Για να ανοίξει ένας νέος προορισμός, ή για να επεκταθεί η σεζόν ενός υπάρχοντος, πρέπει να επενδύσουν χρήμα και χρόνο όλα τα είδη παρόχων που συνθέτουν την εμπειρία του επισκέπτη: καταλύματα, εστίαση, μεταφορές, υπηρεσίες ψυχαγωγίας, υπηρεσίες υγείας.

Για παράδειγμα, για να σχεδιάσει ένας πολιτιστικός οργανισμός δραστηριότητες για συνταξιούχους Ευρωπαίους, πρέπει να γνωρίζει αν τα ξενοδοχεία της περιοχής θα κάνουν ό,τι χρειάζεται για να τους προσελκύσουν – και το αντίστροφο, τα ξενοδοχεία πρέπει να ξέρουν ότι θα υπάρχουν δραστηριότητες για να κρατήσουν το ενδιαφέρον των πελατών. Για να δημιουργηθεί μια δέσμη ιατρικών υπηρεσιών επιλογής για τουρίστες, πρέπει οι υπόλοιποι πάροχοι να στοχεύσουν στην ίδια δημογραφική ομάδα, και για μια αρκετά μεγάλη σεζόν.

Όσο πιο πολύπλοκο είναι το προϊόν (και λιγότερο βασισμένο σε φυσικά πλεονεκτήματα), τόσο πιο σύνθετο είναι το πρόβλημα της αλληλεξάρτησης. Η διαφορά του τουρισμού από ένα σύνθετο βιομηχανικό προϊόν είναι ότι στη βιομηχανία υπάρχει κάθετη αλληλουχία του τελικού κατασκευαστή με τους προμηθευτές του και τους υποπρομηθευτές τους, ενώ στον τουρισμό οι διαφορετικοί πάροχοι παρέχουν τις διάφορες υπηρεσίες απευθείας στον επισκέπτη. Το πρόβλημα λύνεται σε μερικές μορφές τουρισμού από έναν κεντρικό πάροχο που συνάπτει συμβάσεις με όλους τους άλλους: είναι είτε ο *tour operator*, είτε ο ιδιοκτήτης ενός μεγάλου συγκροτήματος *all inclusive*.

Οι τουρίστες όμως της γενιάς των baby boomers προτιμούν να έχουν επιλογές και να συνθέτουν την εμπειρία οι ίδιοι. Στην περίπτωση αυτή το πρόβλημα του συντονισμού είναι ουσιαστικό και ενέχει μεγάλο «κόστος ανακάλυψης» (discovery cost) για τις επιχειρήσεις που επιδιώκουν να προσφέρουν κάτι νέο.

#### ζ. Μέγεθος επιχειρήσεων

Τα επιμέρους στοιχεία της τουριστικής εμπειρίας μπορούν να τα προσφέρουν σχετικά μικρές επιχειρήσεις. Δεν υπάρχουν πολύ ισχυρές οικονομίες κλίμακας. Γι' αυτό και η Ελλάδα, με τις πολύ μικρές επιχειρήσεις, έχει σχετική επιτυχία στον τουριστικό κλάδο.

Οι μεγάλες επιχειρήσεις έχουν όμως δύο σημαντικά πλεονεκτήματα: πρώτο, μπορούν να έχουν αυτοδύναμη ταυτότητα, ανεξάρτητη (σε κάποιο βαθμό) από την ταυτότητα της περιοχής τους. Δεύτερο, μπορούν να προσφέρουν μια γκάμα υπηρεσιών μέσα στον χώρο τους, αναθέτοντας επιμέρους ευθύνες σε υποπρομηθευτές. Αυτά σημαίνουν ότι μπορούν να αναπτύξουν στρατηγική μάρκετινγκ από μόνες τους, και να έχουν ικανοποιημένους πελάτες, ανεξάρτητα από το επίπεδο των υπηρεσιών που δεν ελέγχουν.

Οι μικρές μονάδες για να πετύχουν θα πρέπει να στηριχτούν στη φήμη και στο δίκτυο υπηρεσιών που έχουν οι καθιερωμένοι προορισμοί και να ενταχθούν σε καθιερωμένα πρότυπα διακοπών. Αν όμως θέλουν να μετάσχουν σε νέους προορισμούς, σε νέες δημογραφικές ομάδες ή σε νέα πακέτα, πρέπει να συντονίσουν το μάρκετινγκ και το προϊόν τους με πολλούς άλλους.

Το πρόβλημα της αλληλεξάρτησης, ή της συλλογικής δράσης, είναι το βασικό εμπόδιο για να αναπτυχθεί τουρισμός τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα, έξω από τους κορεσμένους προορισμούς και τους μήνες αιχμής.

### 5.1.2. Υπηρεσίες Υγείας

#### α. Υποαπασχολούμενο κεφάλαιο

Στο σύνολο της χώρας, ο ιδιωτικός τομέας ιατρικών υπηρεσιών έχει πλεονάζον δυναμικό σε νοσοκομειακές κλίνες, και σε διαγνωστικά κέντρα. Ενδεικτικά, η Ελλάδα είναι έβδομη μεταξύ 33 χωρών του ΟΟΣΑ σε αριθμό μαγνητικών τομογράφων ανά εκατομμύριο κατοίκων.<sup>4</sup> Η γεωγραφική κατανομή όμως των εγκαταστάσεων δεν είναι βέβαιο ότι είναι κατάλληλη για τουρίστες τρίτης ηλικίας ή για όσους ξένους έχουν δευτερεύουσες κατοικίες. Στα μεγάλα νησιά (Κρήτη, Ρόδο, Κέρκυρα) η προσφορά κλινών και διαγνωστικών κέντρων είναι ποσοτικά επαρκής, αλλά χρειάζεται επενδύσεις αναβάθμισης. Σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη είναι επαρκής ποσοτικά και ποιοτικά. Σε ελκυστικούς προορισμούς της ηπειρωτικής χώρας αυτό δεν ισχύει παντού, και πρέπει να εξεταστεί κατά περίπτωση.

Σχεδόν παντού, τα δημόσια κέντρα υγείας και τα περιφερειακά νοσοκομεία έχουν επαρκείς κτιριακές εγκαταστάσεις. Υπάρχουν ελλείψεις στη στελέχω-

ση, τον εξοπλισμό και την οργάνωση, αλλά δεν υπάρχει ανάγκη για πολύ μεγάλες επενδύσεις.

Τα κέντρα αποκατάστασης είναι ειδική περίπτωση. Οι μεγάλες και σύγχρονες ιδιωτικές μονάδες είναι συγκεντρωμένες στη Θεσσαλία και την περιοχή της Θεσσαλονίκης. Για την κατηγορία του επισκέπτη που έρχεται κυρίως για αποκατάσταση, η γεωγραφία της υπάρχουσας υποδομής είναι δεσμευτική.

#### *β. Κερδοφορία νέων επενδύσεων*

Με τα δεδομένα της υπάρχουσας προσφοράς, είναι μάλλον ασύμφορο να κτιστούν νέες μεγάλες μονάδες υπηρεσιών υγείας. Ίσως να υπάρχει χώρος για μικρές ειδικές μονάδες, π.χ. κέντρα αιμοκάθαρσης, σε επιλεγμένες περιοχές. Και σε αυτές τις περιπτώσεις όμως, είναι απίθανο να μπορούν να λειτουργήσουν κυρίως με ξένους ασθενείς.

#### *γ. Ανθρώπινο κεφάλαιο*

Η Ελλάδα έχει υπερπροσφορά ιατρών. Είναι πρώτη από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ σε αριθμό ενεργών ιατρών ανά 1.000 κατοίκους: 6,3 ιατροί στην Ελλάδα, έναντι 3,4 στον μέσο όρο των 35 χωρών (2015).<sup>4</sup> Υπάρχουν επίσης πολλοί Έλληνες ιατροί μετανάστες, που έχουν αποκτήσει εμπειρία σε πολλές μορφές φροντίδας ανά τον κόσμο και είναι διαθέσιμοι να απασχοληθούν ως σύμβουλοι ή και ενεργοί ιατροί με περιοδική απασχόληση.

Υπάρχει όμως έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών. Η Ελλάδα είναι 10η από το τέλος μεταξύ των 35 χωρών του ΟΟΣΑ, με 3,2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, έναντι μέσου όρου 9%. Το κενό θα πρέπει να καλυφθεί είτε με επαγγελματίες από άλλες χώρες, είτε με αύξηση των προγραμμάτων κατάρτισης εδώ.

#### *δ. Φυσικοί και χωροταξικοί περιορισμοί*

Δεν είναι σημαντικοί.

#### *ε. Παρεμφερείς ικανότητες*

Στις καθαυτό ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις το ερώτημα δεν έχει αντικείμενο. Υπάρχει όμως ανάγκη διαφορετικής οργάνωσης και διοίκησης για τη θεραπεία και την παρακολούθηση των ασθενών που έχουν κύρια κατοικία στο εξωτερικό.

#### *στ. Αλληλεξάρτηση επιχειρήσεων*

Η πρωτοβουλία για τον συντονισμό των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες φιλοξενίας έρχεται, φυσιολογικά, από την πλευρά που αποτελεί την κύρια αιτία για την απόφαση του ξένου επισκέπτη να έρθει στη χώρα.

Για τους υγιείς τουρίστες τρίτης ηλικίας και τους υγιείς ξένους συνταξιούχους που κατοικούν εδώ, οι υπηρεσίες υγείας είναι δευτερεύον στοιχείο, που πρέπει μεν να υπάρχει, αλλά δεν είναι αυτό που τους προσελκύει. Στις

περιπτώσεις αυτές, οι ξενοδόχοι, ή οι επιχειρηματίες των συγκροτημάτων δεύτερης κατοικίας, πρέπει να ορίσουν τα μεγέθη της πιθανής ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας, και μετά να συζητήσουν με ιατρούς και επιχειρήσεις υγείας σχετικά με τις δυνατότητες να υπάρχει επαρκής κάλυψη για τις ανάγκες που θα προκύψουν.

Αντίθετα, στην περίπτωση ιατρικού τουρισμού επιλογής, ο βασικός σχεδιασμός γίνεται από τους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών, που θα πρέπει να λάβουν υπόψη αν υπάρχουν κατάλληλα καταλύματα στην περιοχή. Αν δεν υπάρχουν αρκετά καταλύματα, το σχέδιο πρέπει να απορριφθεί, γιατί είναι απίθανο να μπορούν να επιβιώσουν νέες μονάδες φιλοξενίας μόνο για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Αν υπάρχουν καταλύματα, αλλά δεν είναι εντελώς κατάλληλα, τότε οι πάροχοι υγείας θα πρέπει να συζητήσουν με τους ξενοδόχους τα μεγέθη της πιθανής ζήτησης για να φανεί αν αξίζει από οικονομική άποψη να γίνουν βελτιωτικές επενδύσεις στα ξενοδοχεία.

Στην περίπτωση που δημιουργούνται συγκροτήματα υποβοηθούμενης διαβίωσης, οι δύο κλάδοι συνυπάρχουν από την αρχή. Οι επιχειρηματίες πρέπει να εντάξουν στο οικιστικό σχέδιο και τις υπηρεσίες υγείας, και να αναλάβουν το αρχικό κόστος για αυτές.

#### *ζ. Μέγεθος επιχειρήσεων*

Στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάρχουν σημαντικές οικονομίες κλίμακας, και γι' αυτό τον λόγο παρέχονται μόνο από μεγάλες επιχειρήσεις ή από το δημόσιο. Στην Ελλάδα υπάρχουν τουλάχιστον τρεις ιδιωτικοί όμιλοι που έχουν κάνει μεγάλες επενδύσεις, και έχουν κατάλληλη κλίμακα. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορούν να λειτουργήσουν μικρές μονάδες και μικρά δίκτυα ιατρών κατά περιοχή, αν και εκεί υπάρχουν οικονομίες κλίμακας ιδιαίτερα στα διαγνωστικά. Γενικά, το μέγεθος των επιχειρήσεων δεν είναι σημαντικό εμπόδιο για την παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας σε νέες ομάδες ασθενών.

Για τους οικισμούς υποβοηθούμενης διαβίωσης, το μικρό μέγεθος των ελληνικών επιχειρήσεων ανάπτυξης ακινήτων είναι περιοριστικό (βλ. την ενότητα που ακολουθεί).

### **5.1.3. Κατασκευή Συγκροτημάτων Κατοικιών Για Ξένους Τρίτης Ηλικίας**

#### *α. Υποαπασχολούμενο κεφάλαιο*

Οι οικοδομές ήταν ένας από τους μεγαλύτερους κλάδους της ελληνικής οικονομίας μέχρι το 2008, και είναι αυτός που συρρικνώθηκε περισσότερο μέσα στην κρίση. Η απασχόληση έπεσε από 402 χιλιάδες το 2008 σε 149 χιλιάδες το 2017, και η ετήσια αξία παραγωγής κτιρίων έπεσε από 7,6 δισ. € το 2009 σε 2,9 δισ. € το 2016. Οι ενεργές επιχειρήσεις του κλάδου μειώθηκαν από 37,4 χιλιάδες το 2009 σε 19,7 χιλιάδες το 2016. Χιλιάδες

μηχανικοί μετανάστευσαν, τα συνεργεία έφυγαν ή υποασφαλούνται, και ο εξοπλισμός αργεί. Αυτό το δυναμικό είναι διαθέσιμο για να αναλάβει πολλά έργα, μεγάλης και μικρής κλίμακας.

#### *β. Νέες επενδύσεις*

Οι προοπτικές κερδοφορίας φαίνονται καλές για οικιστικά συγκροτήματα που απαντούν στις ανάγκες των συνταξιούχων τρίτης ηλικίας, όπως έχουν καταγραφεί στο κεφάλαιο 3. Για μικρά συγκροτήματα δεν υπάρχουν ισχυροί θεσμικοί περιορισμοί, αλλά για μεγάλες μονάδες εκτός σχεδίου ίσως υπάρχουν.

#### *γ. Ανθρώπινο κεφάλαιο*

Ο κλάδος των κατασκευών έχει κατάλληλους και διαθέσιμους ανθρώπους, σε επίπεδο μηχανικών και σε επίπεδο συνεργειών.

#### *δ. Φυσικοί και χωροταξικοί περιορισμοί*

Πολλές από τις περιοχές που είναι κατάλληλες για διαμονή συνταξιούχων δεν είναι οικοδομικά κορεσμένες, άρα οι φυσικοί περιορισμοί δεν είναι σημαντικό εμπόδιο. Οι κανόνες όμως για εκτός σχεδίου δόμηση σε οργανωμένους οικισμούς πρέπει να τροποποιηθούν, γιατί είναι σχεδόν αδύνατο σήμερα να δοθούν άδειες για οικισμούς δεκάδων μονάδων και πολλών στρεμμάτων.

#### *ε. Παρεμφερείς ικανότητες*

Ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός και η κατασκευή οργανωμένων οικισμών, με κάθε είδος κοινόχρηστων υποδομών, είναι σαφώς μέσα στις σημερινές δυνατότητες του εγχώριου δυναμικού. Ο σχεδιασμός και η διαχείριση των υπηρεσιών υποστήριξης, και ιδίως υπηρεσιών υγείας και ψυχαγωγίας, θα απαιτήσουν μελέτη, ίσως και διεθνείς συνεργασίες.

#### *στ. Αλληλεξάρτηση επιχειρήσεων*

Σε αντίθεση με τους τουρίστες ολίγων ημερών ή εβδομάδων, όσοι μένουν πολλούς μήνες κάθε χρόνο εξυπηρετούνται κυρίως από τις υπηρεσίες που υπάρχουν και για τους μόνιμους κατοίκους. Το ζήτημα της αλληλεξάρτησης των παρόχων είναι λιγότερο σημαντικό από ό,τι στην περίπτωση του τουρισμού, ενώ μεγαλύτερη σημασία έχουν οι γενικές συνθήκες ζωής της κάθε περιοχής. Οι ειδικότερες ανάγκες που έχουν οι ξένοι ιδιοκτήτες για τη συντήρηση και τη διαχείριση των κατοικιών μπορούν να καλυφθούν σχετικά εύκολα είτε από τους ίδιους τους κατασκευαστές των οικιστικών συγκροτημάτων, είτε από μικρά τοπικά συνεργεία.

Ειδικό ζήτημα είναι οι υπηρεσίες υγείας και φροντίδας για τις περιπτώσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης. Στην περίπτωση αυτή η ευθύνη της παροχής είναι κατ' αρχήν της επιχείρησης που σχεδιάζει και διαθέτει τις κατοικίες. Οι υπηρεσίες εντάσσονται στο γενικό πακέτο που αγοράζει ή μισθώνει ο συνταξιούχος.

#### ζ. Μέγεθος επιχειρήσεων

Υπάρχουν πολλές εταιρείες κατασκευής και ανάπτυξης κατοικιών για μικρά συγκροτήματα (ενδεικτικά, μέχρι δέκα οικιστικές μονάδες). Για οικισμούς υποβοηθούμενης διαβίωσης οι οικονομίες κλίμακας στην παροχή υπηρεσιών μπορεί να απαιτούν πολύ μεγαλύτερο μέγεθος, που δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν οι μικρές εγχώριες εταιρείες οικοδομικών έργων. Για τις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει ένας μικρός αριθμός εγχώριων μεγάλων εταιριών ανάπτυξης ακινήτων. Πιθανότατα θα πρέπει να ενδιαφερθούν αυτές, και να προσελκύσουν διεθνείς συνεργασίες.

#### 5.1.4. Πώληση Υφιστάμενων Κατοικιών

Υπάρχει μεγάλη προσφορά εξοχικών κατοικιών προς πώληση σε πολλά μέρη της Ελλάδας. Στη μεγάλη πλειονότητα, όμως, δεν εντάσσονται σε οικιστικά συγκροτήματα, και δεν συνδυάζονται με τις υπηρεσίες συντήρησης, διαχείρισης και φροντίδας που ζητούν πολλοί από τους πιθανούς αγοραστές.

Σε περιοχές όπου υπάρχει ήδη μεγάλη πυκνότητα ξένων, το πρόβλημα μπορεί να λυθεί από ανεξάρτητες επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, που αναλαμβάνουν πολλές μονές κατοικίες στην ίδια περιοχή. Αυτό συμβαίνει ήδη σε ορισμένα τουριστικά νησιά.

Στην υπόλοιπη χώρα, η προσέλκυση ξένων που αναζητούν δεύτερη κατοικία είναι δύσκολη με βάση το υπάρχον απόθεμα κτιρίων. Αν συμβεί σε μερικά μέρη, αυτό θα γίνει σταδιακά καθώς πρώτα έρχονται οι πιο περιπετειώδεις, δημιουργούν μια μικρή κοινότητα που ζητά υπηρεσίες, και σιγά-σιγά κτίζεται η κρίσιμη μάζα. Μια στοχευμένη πολιτική για δευτερεύουσα κατοικία ή μακρά παραμονή ξένων τρίτης ηλικίας μπορεί να στηριχτεί στα σπίτια που ήδη υπάρχουν μόνο αν κάποιες επιχειρήσεις ενοικιάσουν ή αγοράσουν πολλές κατοικίες στην ίδια περιοχή και τις διαθέσουν στη διεθνή αγορά μαζί με τις συμπληρωματικές υπηρεσίες.

Η αγορά υφιστάμενων κατοικιών από ξένους μπορεί να έχει πολύ θετική επίδραση για την εθνική οικονομία. Απελευθερώνει την αποταμίευση των νοικοκυριών που το έχουν ανάγκη, και σε πολλές περιπτώσεις τα χρήματα μπορούν να στραφούν σε νέες παραγωγικές χρήσεις, είτε από τους ίδιους του ιδιοκτήτες που πούλησαν, είτε μέσω των τραπεζών όπου θα καταθέσουν το κεφάλαιο. Οι δε ξένοι αγοραστές, όσο κατοικούν στην Ελλάδα, θα προσθέτουν ενεργό ζήτηση στην οικονομία, όπως αναφέρεται στο επόμενο τμήμα.

#### 5.1.5. Αύξηση Της Γενικής Κατανάλωσης

Οι ξένοι που έχουν εισοδήματα από την πατρίδα τους, ενώ ζουν και καταναλώνουν στην Ελλάδα, αυξάνουν την εγχώρια καταναλωτική ζήτηση, χωρίς αυτό να επιδρά αρνητικά στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών (ΙΤΣ).

Το εισόδημα που έρχεται στη χώρα καταγράφεται ως θετική ροή, ενώ η ενδεχόμενη αύξηση των εισαγωγών που θα προκύψει από αυτή τη ζήτηση (αρνητική ροή) θα είναι πάντοτε μικρότερου μεγέθους.

Για την ελληνική οικονομία αυτός ο μηχανισμός ζήτησης έχει ιδιαίτερη αξία. Η χώρα ζούσε επί δεκαετίες με αρνητικό ΙΤΣ, μέχρις ότου η ξαφνική παύση της εξωτερικής χρηματοδότησης το 2010 οδήγησε σε βίαιη προσαρμογή και σε ισορροπημένο ισοζύγιο. Για το ορατό μέλλον, δεν μπορεί να αναβιώσει εκείνος ο μηχανισμός ανάπτυξης, όπου η κατανάλωση των ελληνικών οικογενειών στηριζόταν στον εξωτερικό δανεισμό, με αρνητικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών.

Επομένως, για να αυξάνεται το εθνικό εισόδημα, θα πρέπει είτε να αυξάνονται οι εξαγωγές, είτε να αυξάνεται η εγχώρια κατανάλωση με τρόπο που δεν πιέζει σε αρνητική κατεύθυνση το ΙΤΣ. Τα εμβάσματα των ξένων συνταξιούχων λειτουργούν με αυτό τον τρόπο.

Στις δεκαετίες των ελλειμάτων, διογκώθηκαν οι λεγόμενοι «μη διεθνώς εμπορεύσιμοι» κλάδοι, δηλαδή κυρίως οι υπηρεσίες προς τα εγχώρια νοικοκυριά: λιανικό εμπόριο, εστίαση, υγεία, μεταφορές, συνεργεία επισκευών, κ.ά. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχει κτίσει ικανότητες και έχει δεσμεύσει περιουσίες για να προσφέρει τέτοιες υπηρεσίες, ενώ δυσκολεύεται να βρει δουλειά στη βιομηχανία, τη γεωργία ή τον τουρισμό που είναι «διεθνώς εμπορεύσιμοι» κλάδοι. Η ζήτηση που θα δημιουργήσουν οι ξένοι συνταξιούχοι είναι επομένως μια σημαντική διέξοδος για όλους αυτούς που έχασαν μεγάλο μέρος των εισοδημάτων τους από το 2010. Επιπλέον, η ζήτηση για μη εμπορεύσιμες δραστηριότητες έχει γενικά ισχυρότερη θετική επίδραση στο εθνικό εισόδημα και στην απασχόληση από ό,τι η ζήτηση για βιομηχανικά ή αγροτικά προϊόντα.<sup>436</sup>

### 5.1.6. Σύνοψη Των Επιδράσεων Στην Ανάπτυξη

Η ανάπτυξη τουρισμού τρίτης ηλικίας και η διαμονή μακράς διάρκειας των συνταξιούχων από άλλες χώρες μπορούν να συμβάλουν με πολλούς τρόπους στην ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας.

α. Αξιοποιούν δυναμικό που υπάρχει και για το οποίο έχουν ήδη γίνει σημαντικές επενδύσεις:

- Το ξενοδοχειακό δυναμικό εκτός περιόδου αιχμής, και αυτό που βρίσκεται σε περιοχές μακριά από τις δημοφιλείς ακτές.
- Τους ιατρούς που υποαπασχολούνται, τα διαγνωστικά κέντρα και κλινικές.
- Το μεγάλο αργούν δυναμικό του οικοδομικού κλάδου.

β. Συνθέτουν με διαφορετικό τρόπο υπαρκτές παραγωγικές ικανότητες (capabilities), και δίνουν ευκαιρίες για να αναπτυχθούν νέες ικανότητες

παρεμφερείς με τις προηγούμενες.

Η διαφορετική σύνθεση παρόμοιων συστατικών αυξάνει την «πολυπλοκότητα» (complexity) της οικονομίας (κατά Hidalgo and Hausmann).<sup>437</sup> Πρόκειται για έναν βασικό μηχανισμό εξέλιξης που επιδεικνύουν όλες οι πετυχημένες οικονομίες. Αντί για παθητική αντίδραση στη διεθνή ζήτηση, δημιουργούν νέα, διαφοροποιημένα προϊόντα που αξιοποιούν τις ικανότητες που ήδη υπάρχουν.

Οι υπηρεσίες προς την τρίτη ηλικία απαιτούν διαφορετικά μοντέλα σύνθεσης και διοίκησης υπηρεσιών, που θα βελτιώσουν την παραγωγικότητα και τη διεθνή ανταγωνιστικότητα της χώρας. Το γεγονός ότι στοχεύουν σε δημογραφικές ομάδες που θα αυξάνονται για πολλά χρόνια δίνει πρόσθετο πλεονέκτημα.

γ. Οι επισκέπτες μακράς διαμονής (με ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη κατοικία στην Ελλάδα), φέρνουν εισοδήματα που έχουν αποκτήσει στο εξωτερικό. Η ζήτηση που δημιουργούν δεν αυξάνει το έλλειμμα του ισοζυγίου πληρωμών, και είναι υγιής τρόπος να αυξηθούν τα έσοδα των μη εμπορεύσιμων δραστηριοτήτων που έχουν πληγεί ιδιαίτερα από την κρίση. Επιπλέον, η ζήτηση για μη εμπορεύσιμες δραστηριότητες έχει γενικά ισχυρότερη θετική επίδραση στο εθνικό εισόδημα και στην απασχόληση από ό,τι η ζήτηση για βιομηχανικά ή αγροτικά προϊόντα.

δ. Οι υπηρεσίες προς την τρίτη ηλικία είναι πεδίο όπου θα υπάρξουν πολύ μεγάλες τεχνολογικές καινοτομίες στο κοντινό μέλλον. Όσο πιο οργανωμένοι είναι οι πάροχοι αυτών των υπηρεσιών στην Ελλάδα, και όσο περισσότερο αναγνωρίζεται η χώρα ως διεθνής πόλος έλξης, τόσο πιθανότερο είναι να βρεθεί στην πρωτοπορία της εισαγωγής των νέων τεχνολογιών της φροντίδας.



## 5.2. Ποσοτικές Εκτιμήσεις: Επίδραση Στο Εισόδημα Και Στην Απασχόληση

Στο μέρος αυτό παρουσιάζονται εκτιμήσεις για την πιθανή μελλοντική συμβολή των δραστηριοτήτων στο εθνικό εισόδημα και στην απασχόληση. Η γενική υπόθεση είναι ότι θα εφαρμοστεί ένα σημαντικό μέρος των μέτρων πολιτικής που περιγράφηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, και ότι θα υπάρξουν αρκετές επιχειρήσεις και επενδυτές που θα δραστηριοποιηθούν σχετικά.

Η μεθοδολογία που ακολουθείται για να υπολογιστούν τα μεγέθη είναι η εξής:

1. Εκτιμάται το μέσο ποσό που θα δαπανήσει ένας επισκέπτης που θα έρθει στην Ελλάδα, για κάθε δραστηριότητα χωριστά (π.χ. γενική κατανάλωση, υπηρεσίες υγείας, αγορά κατοικίας). Η εκτίμηση βασίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις σε σημερινά δεδομένα που έχουν δημοσιευτεί (π.χ., για τις δαπάνες τουριστών 3ης ηλικίας).
2. Γίνεται μια υπόθεση σχετικά με τον αριθμό των επισκεπτών που θα έρθουν στην Ελλάδα για κάθε μία από τις περιπτώσεις (τουρισμός βραχείας ή μακράς διάρκειας, θεραπεία, κτλ.) Η υπόθεση αυτή είναι κατ' ανάγκη αυθαίρετη, γιατί η πραγματική επίδοση θα εξαρτηθεί από τον δυναμισμό των επιχειρήσεων του χώρου, που πολλές από αυτές δεν έχουν κινητοποιηθεί ακόμα. Ο αριθμός που χρησιμοποιείται προκύπτει είτε από ένα εύλογο ποσοστό αύξησης σε σχέση με την σημερινή κατάσταση, είτε ως ένα εύλογο μερίδιο της συνολικής αγοράς της Ευρώπης.
3. Από το γινόμενο των παραπάνω μεγεθών προκύπτει η συνολική δαπάνη των επισκεπτών για κάθε κατηγορία.
4. Για να υπολογιστεί το εισόδημα που δημιουργεί η δαπάνη, χρησιμοποιούνται οι πολλαπλασιαστές εισοδήματος που έχουν εκτιμηθεί σε προηγούμενες μελέτες. Για όσες περιπτώσεις υπάρχουν πρόσφατες κλαδικές μελέτες (π.χ. του IOBE) με σχετικούς πολλαπλασιαστές, χρησιμοποιούνται αυτοί. Οπου δεν υπάρχουν, χρησιμοποιείται κάποιος από τους πολλαπλασιαστές που εκτίμησαν οι ερευνητές του ΚΕΠΕ.<sup>5</sup>
5. Το εισόδημα που δημιουργείται διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες. Η «άμεση» αναφέρεται στους μισθούς και τα κέρδη της συγκεκριμένης δραστηριότητας που παρέχεται απευθείας στον επισκέπτη. Η «έμμεση» αναφέρεται στους μισθούς και τα κέρδη των επιχειρήσεων που προμηθεύουν την άμεση δραστηριότητα. Η «προκαλούμενη» αναφέρεται στο εισόδημα που δημιουργούν οι καταναλωτικές δαπάνες των μισθωτών

- και των επιχειρηματιών στις δύο προηγούμενες κατηγορίες. Η έμμεση και η προκαλούμενη επίδραση έχει εκτιμηθεί από προηγούμενους μελετητές με βάση πίνακες εισροών-εκροών της ελληνικής οικονομίας.
6. Η απασχόληση που δημιουργείται από τις δαπάνες των επισκεπτών έχει εκτιμηθεί από πολλαπλασιαστές απασχόλησης, από τις ίδιες πηγές όπως το εισόδημα. Διακρίνεται και αυτή στις κατηγορίες «άμεση», «έμμεση» και «προκαλούμενη».
  7. Το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο μπορούν να προκύψουν τα μεγέθη δεν μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια. Υποθέτουμε, ενδεικτικά, ότι για εκείνες τις δραστηριότητες που αξιοποιούν υπάρχουσες εγκαταστάσεις και εξοπλισμό, ο εύλογος ορίζοντας είναι πέντε έτη, δηλαδή όσο περίπου χρειάζεται μια επιχείρηση να σχεδιάσει ένα διαφοροποιημένο προϊόν, να απευθυνθεί σε νέα αγορά, και να φέρει αποτέλεσμα. Για όσες δραστηριότητες χρειάζονται σημαντικές επενδύσεις σε νέες εγκαταστάσεις (ειδικά ο ιαματικός τουρισμός) ο εύλογος ορίζοντας είναι δέκα χρόνια. Για την αγορά κατοικίας, υποθέτουμε έναν αριθμό κατασκευών κάθε έτος που είναι απόλυτα εφικτός από την πλευρά της προσφοράς, και ορίζεται κυρίως από τη ζήτηση. Η υπόθεση μας είναι ότι η ζήτηση για κατοικίες θα είναι σταθερή κάθε έτος επί είκοσι έτη. Οι ξένοι που θα κατοικούν σε αυτές θα αυξάνονται γραμμικά κάθε έτος, και η καταναλωτική ζήτηση που δημιουργούν θα αυξάνεται επίσης γραμμικά, επί είκοσι έτη.
  8. Το κόστος των νέων επενδύσεων που απαιτούνται για να προσφερθούν οι διάφορες υπηρεσίες σε μεγαλύτερη κλίμακα δεν έχει εκτιμηθεί στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Όπως αναφέρεται στο προηγούμενο τμήμα, οι βασικές εγκαταστάσεις υπάρχουν ήδη για τις περισσότερες (με εξαίρεση τον ιαματικό τουρισμό) αλλά θα χρειαστούν επενδύσεις βελτίωσης και τροποποίησης. Εναπόκειται στις επιχειρήσεις να κάνουν την εκτίμηση κόστους-ωφέλειας για τις επενδύσεις. Με βάση τα ποιοτικά στοιχεία της μελέτης, εκτιμούμε ότι θα είναι θετικό, και ότι θα δημιουργηθεί η προβλεπόμενη δυναμικότητα. Ειδικά όμως για τις νέες κατοικίες, παρουσιάζουμε εκτίμηση κόστους κατασκευής, με βάση τις μέσες τιμές κατασκευής που ισχύουν.

### 5.2.1. Τουρισμός Τρίτης Ηλικίας

Περίπου το 33% των Ευρωπαίων τουριστών είναι άνω των 55 ετών, και από αυτούς πάνω από τους μισούς είναι άνω των 65. Η ομάδα αυτή θα αυξάνεται τις επόμενες δεκαετίες. Ο διάμεσος τουρίστας αυτής της κατηγορίας δαπανά €3.000 ετησίως για διακοπές.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, αν υλοποιηθούν μέτρα για να την προσέλκυση τουριστών τρίτης ηλικίας, φαίνεται ρεαλιστικό σε πέντε έτη να υπάρχουν οι εξής επιδράσεις:

1.000.000 περισσότεροι ξένοι τουρίστες (αύξηση 13% σε σχέση με το 2017 για αυτή την ηλικιακή ομάδα).

1,5 δισ. € αύξηση της εγχώριας δαπάνης ξένων τουριστών (χωρίς το κόστος μεταφοράς προς την Ελλάδα). Η υπόθεση είναι ότι θα δαπανήσουν το 50% της μέσης ετήσιας δαπάνης τους για διακοπές στην Ελλάδα.

Με βάση τον μέσο όρο των πολλαπλασιαστών που εκτιμούν ο ΣΕΤΕ,<sup>438</sup> το ΚΕΠΕ<sup>439</sup> και το ΙΟΒΕ,<sup>440</sup> η επίδραση στο ΑΕΠ θα είναι αύξηση 3,7 δισ. € στο πέμπτο έτος (2% του συνολικού ΑΕΠ του έτους 2017).

Αναλύεται σε:

- 1,6 δισ. € περισσότερα εισοδήματα σε τουριστικές δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 0,6 δισ. € σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους τουριστικών υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 1,5 δισ. € από την δαπάνη των εισοδημάτων των παραπάνω κλάδων στην οικονομία γενικά (προκαλούμενη επίδραση).

Στην απασχόληση, η επίδραση θα είναι 60 χιλιάδες περισσότερες θέσεις εργασίας (1,6% αύξηση της απασχόλησης σε σχέση με το 2017). Αναλύεται σε:

- 35,5 χιλιάδες στις τουριστικές δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 5,5 χιλιάδες σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους τουριστικών υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 19 χιλιάδες στην ευρύτερη οικονομία (προκαλούμενη επίδραση).

### 5.2.2. Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής – Δαπάνες Διαμονής

Η εκτιμώμενη ζήτηση από πολίτες της ΕΕ για δευτερεύουσες κατοικίες στον Ευρωπαϊκό Νότο είναι 2,7 εκατ. κατοικίες στην επόμενη εικοσαετία. Αν η Ελλάδα καλύψει το 15%, θα έχει παράσχει περίπου 400 χιλιάδες κατοικίες, στην εικοσαετία, που σημαίνει κάθε χρόνο θα αυξάνεται, κατά μέσο όρο, κατά 20 χιλιάδες ο αριθμός των κατοικιών που έχουν πωληθεί ή ενοικιάζονται μακροχρόνια σε πολίτες της Ευρώπης.

Η εγχώρια ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες από τους επισκέπτες αυτούς μπορεί να εκτιμηθεί, με τις εξής υποθέσεις: Μέσος αριθμός ενοίκων ανά κατοικία: 1,5. Μέση διάρκεια παραμονής κατ' έτος: 6 μήνες. Μέση μηνιαία δαπάνη ανά ένοικο: 1.500€.

Για τις πρώτες 20 χιλιάδες κατοικίες, αυτό σημαίνει συνολική ετήσια δαπάνη 270 εκατ. Με βάση τους πολλαπλασιαστές του ΚΕΠΕ,<sup>439</sup> η επίδραση στο ΑΕΠ θα είναι 786 εκατ. ευρώ (0,4% του ΑΕΠ του 2017), και η επίδραση στην απασχόληση θα είναι περίπου 8 χιλιάδες νέες θέσεις εργασίας.

Αν κάθε χρόνο προστίθενται 20 χιλιάδες κατοικίες, στο εικοστό έτος η ετήσια δαπάνη θα είναι 5,4 δισ. €, η επίδραση στο ΑΕΠ 15,7 δισ. € (σε σημερινές τιμές) και οι θέσεις εργασίας που δημιουργούνται 167 χιλιάδες.

### 5.2.3. Τουρισμός Μακράς Διάρκειας Διαμονής – Αγορά Κατοικιών

Υποθέτουμε ότι οι ξένοι επισκέπτες θα αγοράζουν 20 χιλιάδες κατοικίες κάθε χρόνο, από τις οποίες τα 2/3 θα είναι νέες κατασκευές. Μέση αξία αγοράς νέας κατασκευής 100 χιλιάδες (που προκύπτει, ενδεικτικά, για μια μέση κατοικία 80 τ.μ. προς €1.200 ανά τ.μ.), και μέση αξία αγοράς υφιστάμενης κατοικίας 80 χιλιάδες. Προκύπτουν οι εξής εκτιμήσεις:

Νέες κατασκευές (ετησίως):

- 13,3 χιλιάδες νέες κατοικίες κάθε χρόνο. Αύξηση 130% σε σχέση με τις νέες κατοικίες που κατασκευάστηκαν σε όλη τη χώρα το 2017.
- 1,3 δισ. € συνολική δαπάνη για αγορά νεόδμητων κατοικιών από αλλοδαπούς.
- 4,5 δισ. € επίδραση στο ΑΕΠ (2,4% του ΑΕΠ 2017).
- 51 χιλιάδες θέσεις εργασίας (27 χιλιάδες στον κλάδο κατασκευών, 24 στην υπόλοιπη οικονομία).

Αγορά υφιστάμενων κατοικιών:

- 6,7 χιλιάδες μεταβιβάσεις κάθε χρόνο.
- 536 εκατ. € αξία μεταβιβάσεων προς ελληνικά νοικοκυριά και επιχειρήσεις.
- Προστίθενται στη ρευστότητα της οικονομίας (δεν αυξάνουν άμεσα το ΑΕΠ ή τις θέσεις εργασίας).

### 5.2.4. Ιατρικός Τουρισμός Επιλογής

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του κεφ. 3, είναι ρεαλιστικός στόχος σε πέντε έτη να αυξηθεί κατά 100.000 ο αριθμός των τουριστών που επισκέπτονται τη χώρα για ιατρικές επεμβάσεις ή θεραπείες. Μέσος όρος τουριστικής δαπάνης για αυτούς θα είναι €2.000 (μαζί με τον συνοδό τους), και μέσος όρος ιατρικής δαπάνης €3.000. Με αυτές τις υποθέσεις, το σύνολο της αύξησης στην εγχώρια δαπάνη αυτής της ομάδας θα είναι 500 εκατ. €.

Με βάση τους πολλαπλασιαστές που εκτιμά το ΚΕΠΕ<sup>439</sup>, η επίδραση στο ΑΕΠ θα είναι αύξηση 1,5 δισ. € περίπου στο πέμπτο έτος (0,8% του συνολικού ΑΕΠ του έτους 2017). Τα 500 εκατ. € προέρχονται από την τουριστική δαπάνη (με συντελεστή 2,5) και τα 1.000 εκατ. € από την ιατρική (με συντελεστή 3,33). Αναλύεται σε:

- 270 εκατ. € περισσότερα εισοδήματα σε τουριστικές δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 460 εκατ. € περισσότερα εισοδήματα σε ιατρικές και συναφείς δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 780 εκατ. € στους προμηθευτές τους, και από την δαπάνη των εισοδημάτων των παραπάνω κλάδων στην οικονομία γενικά (έμμεση και προκαλούμενη επίδραση).

Στην απασχόληση, η επίδραση θα είναι 20 χιλιάδες περισσότερες θέσεις εργασίας (0,5% αύξηση της απασχόλησης σε σχέση με το 2017). Αναλύεται σε:

- 5 χιλιάδες θέσεις στις τουριστικές δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 6,5 χιλιάδες θέσεις σε ιατρικές και συναφείς δραστηριότητες (άμεση επίδραση).
- 8,5 χιλιάδες θέσεις στους προμηθευτές τους, και από την δαπάνη των εισοδημάτων των παραπάνω κλάδων στην οικονομία γενικά (έμμεση και προκαλούμενη επίδραση).

### 5.2.5. Ιαματικός Τουρισμός – Θερμαλισμός

Η συνολική αγορά της Ευρώπης εκτιμάται σε 16 εκατομμύρια επισκέπτες, και 16 δισ. € (βλ. Πίνακα 17, μετατροπή απο δολάρια σε ευρώ)

Αν γίνουν στην Ελλάδα οι κατάλληλες βελτιωτικές επενδύσεις στις υποδομές των ιαματικών λουτρών, είναι ρεαλιστική υπόθεση ότι με ορίζοντα δεκαετίας η Ελλάδα μπορεί να διεκδικήσει το 5% της αγοράς αυτής, δηλαδή 800 χιλιάδες ξένους επισκέπτες και 800 εκατ. ευρώ δαπάνη.

Με βάση τους πολλαπλασιαστές που εκτιμά το ΚΕΠΕ (για τον τουρισμό γενικά),<sup>5</sup> η επίδραση στο ΑΕΠ θα είναι αύξηση περίπου 2 δισ. € περίπου (σε δέκα έτη). Αναλύεται σε:

- 1 δισ. € εισοδήματα στις επιχειρήσεις ιαματικού τουρισμού (άμεση επίδραση).
- 170 εκατ. € σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους των υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 760 εκατ. € από την δαπάνη των εισοδημάτων των παραπάνω κλάδων στην οικονομία γενικά (προκαλούμενη επίδραση).

Στην απασχόληση, η επίδραση θα είναι 25,6 χιλιάδες περισσότερες θέσεις εργασίας. Αναλύεται σε:

- 15,2 χιλιάδες στις επιχειρήσεις ιαματικού τουρισμού (άμεση επίδραση).
- 2,4 χιλιάδες σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους των υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 8 χιλιάδες στην ευρύτερη οικονομία (προκαλούμενη επίδραση).

### 5.2.6 Τουρισμός Ευεξίας

Η συνολική αγορά της Ευρώπης εκτιμάται σε 130 εκατομμύρια επισκέπτες, και 180 δισ. € δαπάνη. Με την υπόθεση ότι η Ελλάδα μπορεί να διεκδικήσει το 3% της αγοράς αυτής, δηλαδή 3,9 εκατ. ξένους επισκέπτες και 5,4 δισ. € δαπάνη, προκύπτουν οι παρακάτω εκτιμήσεις (Ας σημειωθεί όμως ότι δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με το μερίδιο που

ήδη έχει η Ελλάδα στον τομέα της ευεξίας. Επομένως τα μεγέθη αυτά περιέχουν εν μέρει ετήσια εισοδήματα και θέσεις εργασίας που ήδη έχουν δημιουργηθεί):

Με βάση τους πολλαπλασιαστές που εκτιμά το ΚΕΠΕ (για τον τουρισμό γενικά),<sup>439</sup> η επίδραση στο ΑΕΠ μπορεί να είναι 13,5 δισ. € περίπου σε πέντε έτη. Αναλύεται σε:

- 7,2 δισ. € εισοδήματα στις επιχειρήσεις τουρισμού ευεξίας (άμεση επίδραση).
- 1,2 δισ. € σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους των υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 5,1 δισ. € από τη δαπάνη των εισοδημάτων των παραπάνω κλάδων στην οικονομία γενικά (προκαλούμενη επίδραση).

Στην απασχόληση, η επίδραση είναι 171 χιλιάδες θέσεις εργασίας. Αναλύεται σε:

- 102 χιλιάδες στις επιχειρήσεις τουρισμού ευεξίας (άμεση επίδραση).
- 16 χιλιάδες σε κλάδους που προμηθεύουν τους παρόχους των υπηρεσιών (έμμεση επίδραση).
- 53 χιλιάδες στην ευρύτερη οικονομία (προκαλούμενη επίδραση).

### 5.2.7 Συνολική Επίδραση

Η αθροιστική επίδραση από τον τουρισμό της 3ης ηλικίας, τη διαμονή μακράς διάρκειας των ξένων 3ης ηλικίας, την κατασκευή κατοικιών για αυτούς, τον ιατρικό τουρισμό και τον ιαματικό τουρισμό εκτιμάται ως εξής:

Στο πέμπτο έτος: το ΑΕΠ θα είναι μεγαλύτερο κατά 13,6 δισ. ευρώ (7,3% του ΑΕΠ του 2017), και η απασχόληση κατά 173 χιλιάδες θέσεις εργασίας.

Στο εικοστό έτος: το ΑΕΠ θα είναι μεγαλύτερο κατά 27,4 δισ. ευρώ (14,7% του ΑΕΠ του 2017), και η απασχόληση κατά 324 χιλιάδες θέσεις εργασίας.

Οι αριθμοί δεν περιλαμβάνουν τις εκτιμήσεις για τον τουρισμό ευεξίας, που αναφέρεται πολύ περισσότερο και στις νεότερες ηλικίες, και είναι από μόνος μια δυνητικά πολύ μεγάλη αγορά. Ο τουρισμός ευεξίας, με λογικές υποθέσεις μπορεί να προσθέσει στο ΑΕΠ 13,5 δισ. ευρώ, και στην απασχόληση 171 χιλιάδες θέσεις εργασίας σε πέντε χρόνια.

## 5.3. Ανταγωνιστικά Πλεονεκτήματα Και Μειονεκτήματα

Η Ελλάδα έχει ανταγωνιστές στην προσπάθεια να προσελκύσει ανθρώπους της τρίτης ηλικίας για τουρισμό ή διαμονή μακράς διάρκειας. Στον τουρισμό ανταγωνίζεται με χώρες που έχουν χαμηλότερο κόστος ή καλύτερες υποδομές. Στην μακρά διαμονή, ανταγωνίζεται επίσης και με την επιλογή του κάθε ανθρώπου να μείνει στην δική του χώρα.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χώρας μπορούν να διακριθούν σε όσα ανάγονται στην μακροκλίμακα (κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον), και σε όσα υπάρχουν στην μικροκλίμακα (επιχειρήσεις και στοιχεία παραγωγής).

### α. Μακροκλίμακα

Πλεονεκτήματα. Η Ελλάδα:

- Έχει πολύ ελκυστικό κλίμα και φύση.
- Είναι κοντά σε μεγάλους πληθυσμούς σχετικά εύπορων ηλικιωμένων, αυτών της βόρειας και δυτικής Ευρώπης.
- Είναι μέλος της Ευρώπης, στοιχείο που σηματοδοτεί μια σχετική ασφάλεια θεσμών σε σύγκριση με άλλους προορισμούς που έχουν παρόμοιο κλίμα. Επίσης, η συμμετοχή στην Ευρώπη διευκολύνει τις διαδικασίες μετεγκατάστασης συνταξιούχων, και επιτρέπει την κάλυψη των ιατρικών δαπανών στην Ελλάδα από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας προέλευσης.
- Έχει χαμηλό κόστος ζωής συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

### Μειονεκτήματα

- Οι περισσότερες ελληνικές πόλεις δεν έχουν καλές υποδομές για άτομα με προβλήματα κινητικότητας.
- Οι υπηρεσίες των μέσων μαζικής μεταφοράς είναι κακές, ιδίως για ηλικιωμένους και ξένους.
- Το δημόσιο σύστημα υγείας πάσχει από ελλείψεις προσωπικού και υλικών, και από κακή οργάνωση.
- Οι χωροταξικοί κανονισμοί και διαδικασίες δυσχεραίνουν τις επενδύσεις σε οικιστικά συγκροτήματα.

### *β, Μικροκλίμακα*

Πλεονεκτήματα. Υπάρχουν:

- Πολλές τουριστικές επιχειρήσεις με έμπειρα στελέχη.
- Πολλοί και ικανοί διαθέσιμοι ιατροί.
- Μεγάλη και υποαπασχολούμενη βιομηχανία οικοδομών.

Μειονεκτήματα:

- Λείπουν οι μεγάλες επιχειρήσεις με δυνατότητα να επενδύουν σε μεγάλης έκτασης εγκαταστάσεις, και να παρέχουν σύνθετα πακέτα υπηρεσιών.
- Είναι εξαιρετικά υψηλή η φορολογία στα μεσαία εισοδήματα (που αφορούν στα εξειδικευμένα στελέχη), και υψηλή η φορολογία στα εταιρικά κέρδη.

Το μείγμα πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων δείχνει ποια είναι τα βασικότερα ζητήματα δημόσιας πολιτικής που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Πρέπει να συμβούν τα εξής, εναλλακτικά ή συνδυαστικά:

α. Να αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο που εμποδίζει τις μεγάλες επενδύσεις σε οργανωμένα συγκροτήματα κατοικιών, εκτός σχεδίου πόλης, που περιλαμβάνουν και υπηρεσίες ψυχαγωγίας και υγείας.

β. Να υπάρξουν ολοκληρωμένα τοπικά σχέδια παροχής σύνθετου πακέτου υπηρεσιών από μικρές επιχειρήσεις διαφόρων κλάδων. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να πάρει την πρωτοβουλία μια ικανή και αξιόπιστη αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης, ή ένας συλλογικός φορέας του ιδιωτικού τομέα.

γ. Να βελτιωθούν σημαντικά οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και μεταφορών, ώστε οι μικρές μονάδες φιλοξενίας να μην χρειάζεται να παρέχουν ιδιωτικά τέτοιες υπηρεσίες.



---

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Ιούνιος 2019

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Παράρτημα I: Ενδεικτικά Συγκροτήματα Κατοικιών Για Ηλικιωμένους

### Αγγλία:

**UK Cliveden Village, Buckinghamshire** ([clivedenvillage.net](http://clivedenvillage.net)):<sup>220</sup> Αποτελείται από 131 διαμερίσματα και σπίτια σχεδιασμένα για άτομα άνω των 55 ετών, διαθέσιμα προς ενοικίαση. Διαθέτει εύκολη οδική, σιδηροδρομική και εναέρια πρόσβαση, καθώς και ειδικές δομές για άτομα τρίτης ηλικίας.

Το **Wispers Park** ([manorlife.com/wispers/home](http://manorlife.com/wispers/home))<sup>221</sup> στο Haslemere του Surrey και το **Lincombe Manor** ([manorlife.com/lincombe/home](http://manorlife.com/lincombe/home)) στο Torquay του Devon αποτελούν συνταξιοδοτικά χωριά με μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για τους κατοίκους που αντιμετωπίζουν ή θα αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα υγείας στο μέλλον.

**McCarthy & Stone** ([mccarthyandstone.co.uk](http://mccarthyandstone.co.uk)):<sup>222</sup> Αποτελεί τον μεγαλύτερο πάροχο κατοικίας για ηλικιωμένους-συνταξιούχους στο Ηνωμένο Βασίλειο, με μερίδιο αγοράς κοντά στο 70%. Όλες οι δομές προς πώληση/ενοικίαση βρίσκονται σε κεντρική τοποθεσία, έτσι οι κάτοικοι βρίσκονται κοντά στις ζητούμενες από αυτούς υπηρεσίες.

### Πορτογαλία:

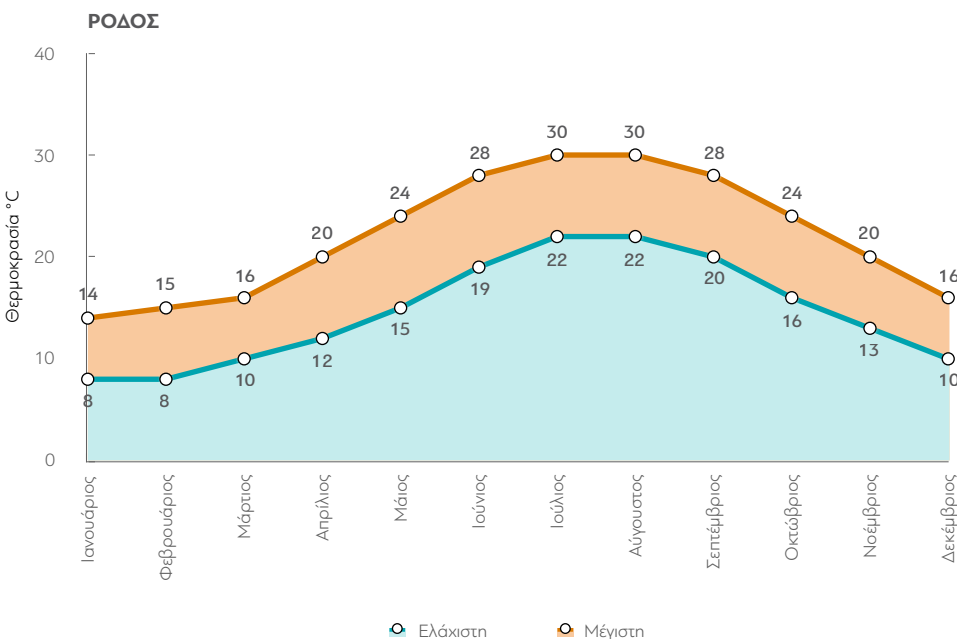
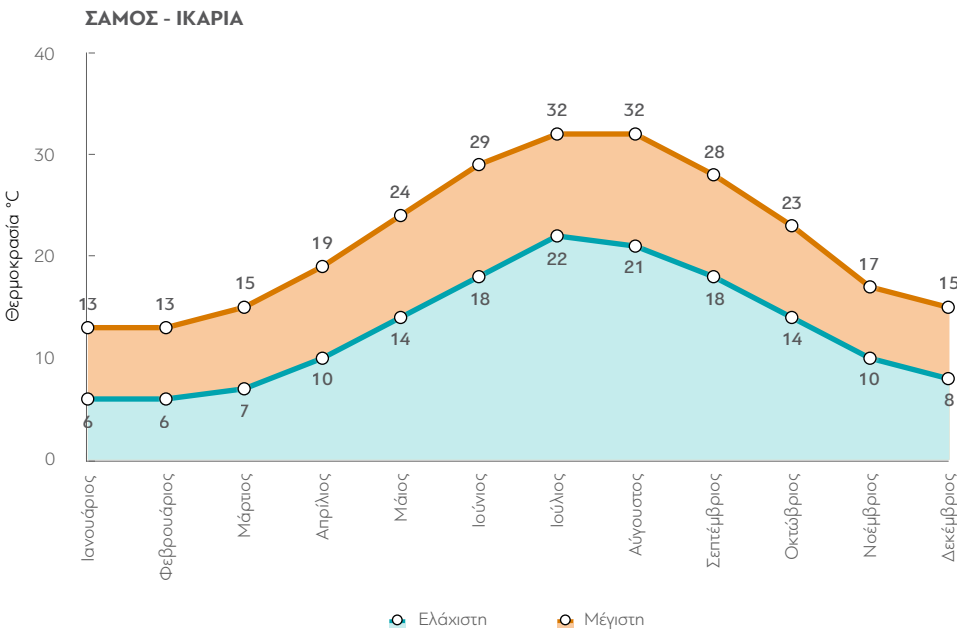
**Algarve Senior Living**:<sup>223</sup> Συγκρότημα κτιρίων προς πώληση και μακροπρόθεσμα ενοίκια συνοδευόμενο από υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως νομικές υπηρεσίες, μεταφορά, κ.ά. Διοργανώνονται κοινωνικές, ψυχαγωγικές και αθλητικές εκδηλώσεις για τους κατοίκους.

**Dilectus - Assisted Living, Μαδέρα**:<sup>224</sup> Αποτελεί μονάδα υποβοηθούμενης διαβίωσης και ανακούφισης με εξειδικευμένο και φιλικό προσωπικό και περιλαμβάνει παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υποστήριξης όλο το 24ωρο.

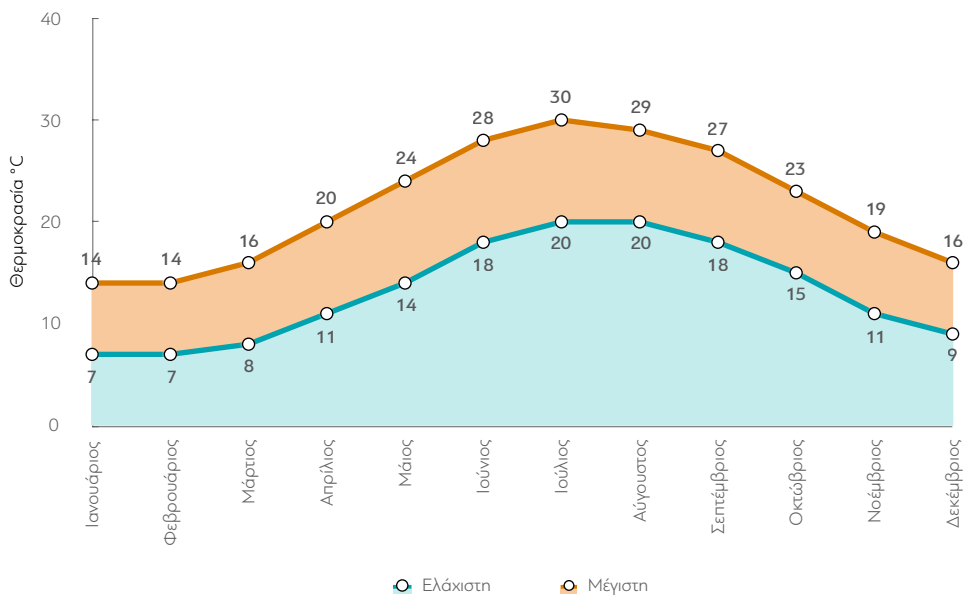
**Monte da Palhagueira Retirement Village Villas, apartments, town houses and nursing home**:<sup>225</sup> Το συγκεκριμένο χωριό προσφέρει πολλά μοναδικά χαρακτηριστικά, όπως ιδιωτικό ιατρείο, 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από μια ομάδα ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, διαμορφωμένους χώρους που περιλαμβάνουν εστιατόριο, γήπεδο τένις, δύο πισίνες και διακοσμνητική λίμνη.

## Παράρτημα II: Κλιματολογικές Συνθήκες Ορισμένων Περιοχών Για Δευτερεύουσα Κατοικία

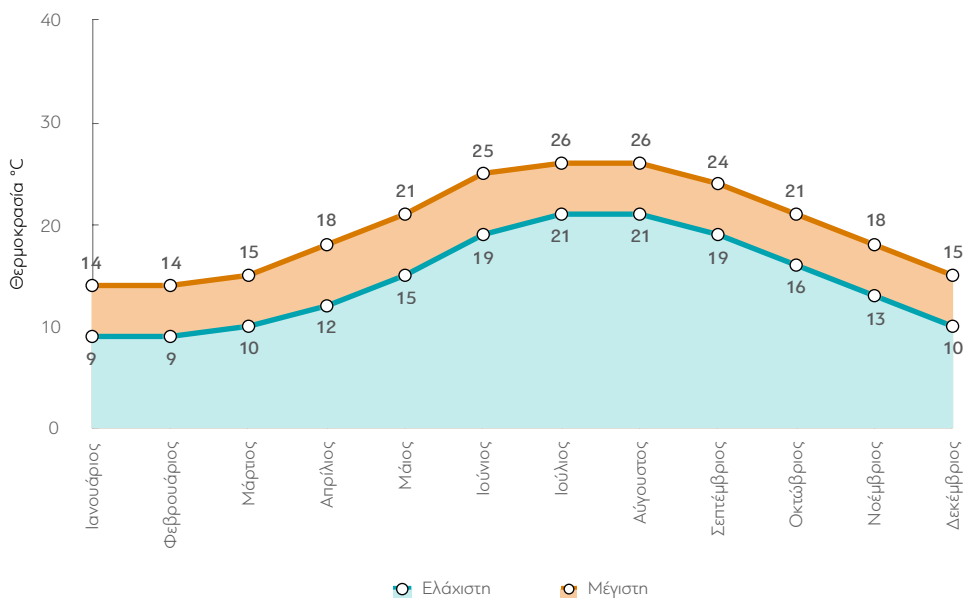
### Ελάχιστη Και Μέγιστη Θερμοκρασία Μέσα Στο Έτος



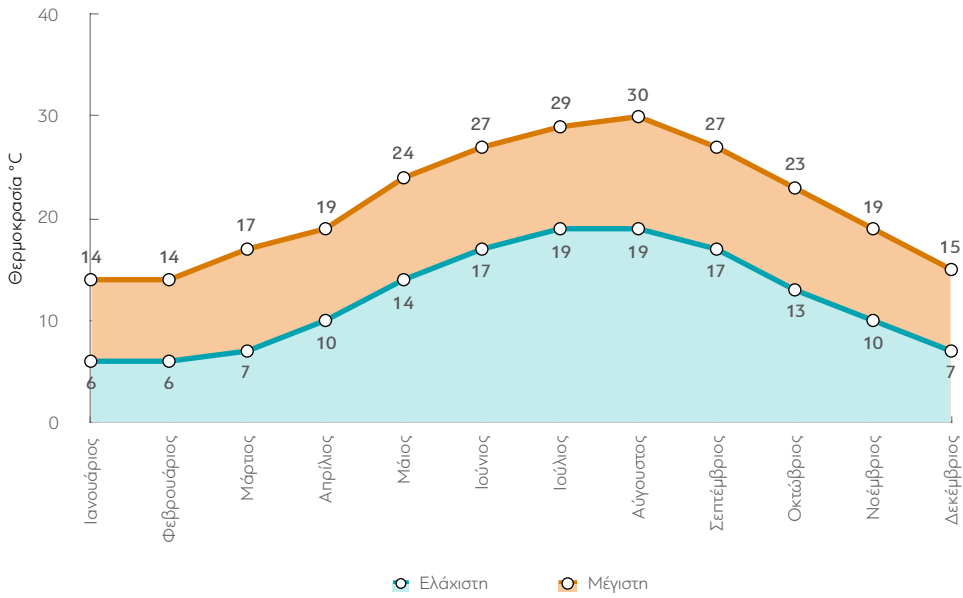
**ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ ΚΡΗΤΗΣ**



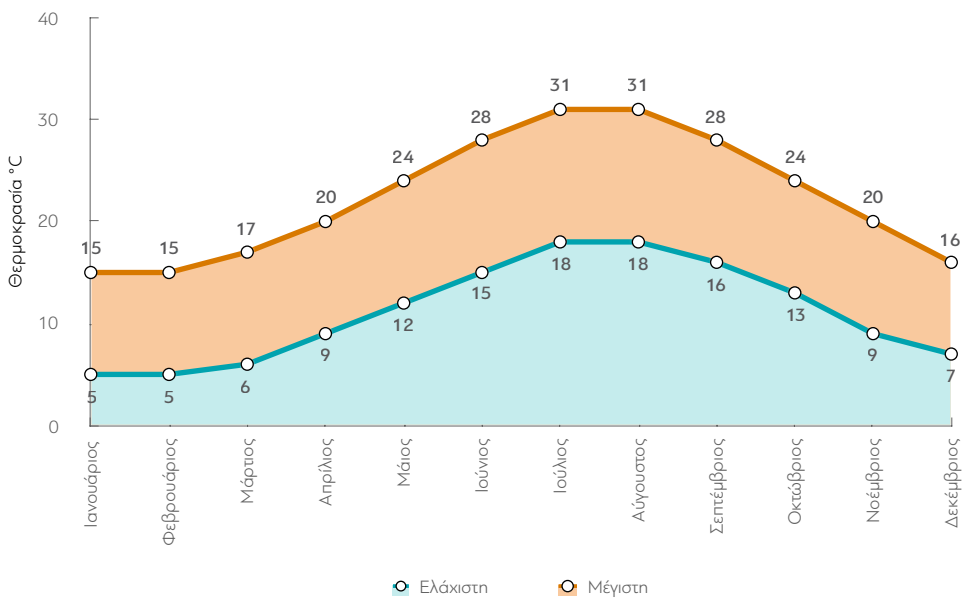
**ΣΑΝΤΟΡΙΝΗ – ΜΥΚΟΝΟΣ**



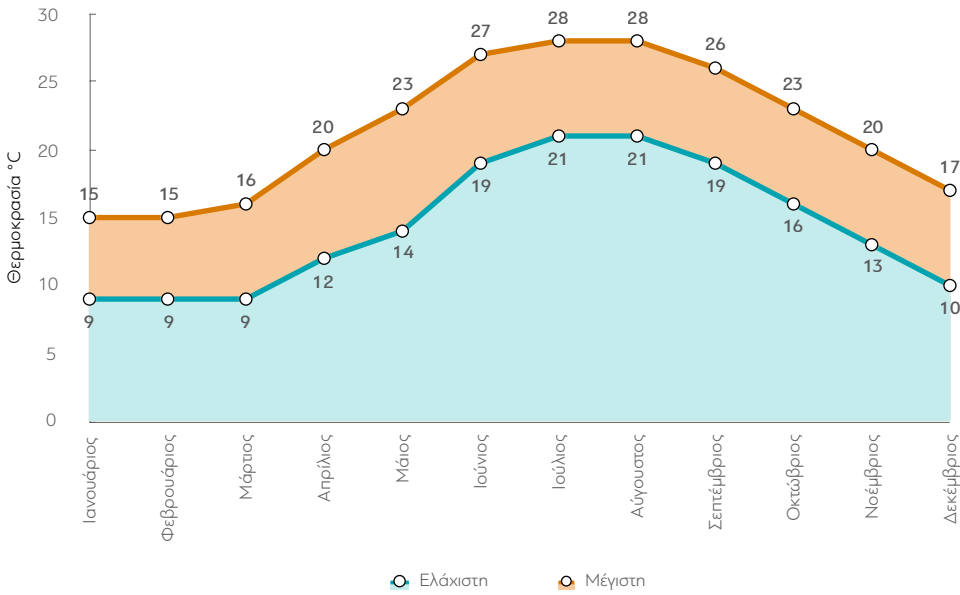
### ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ



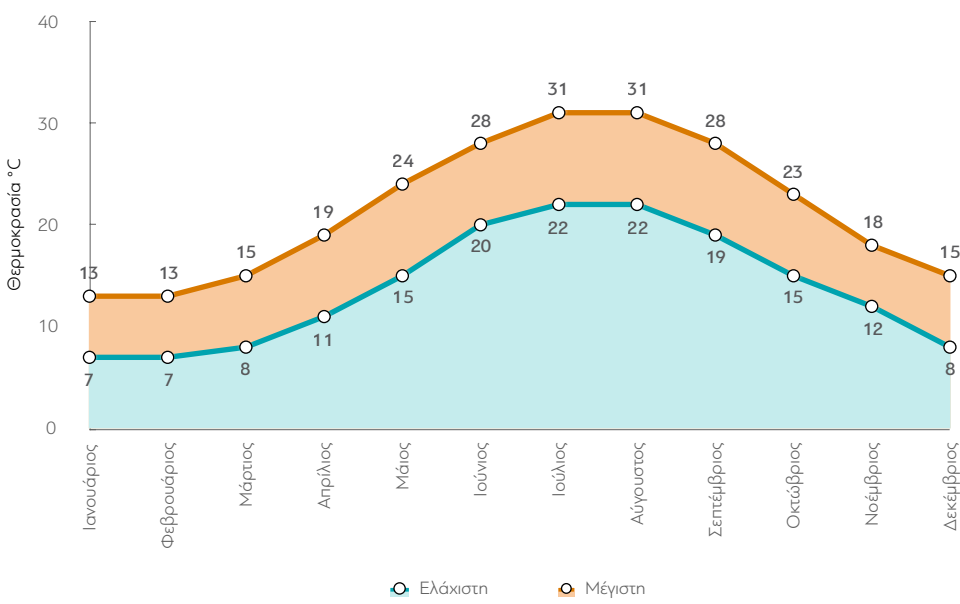
### ΚΑΛΑΜΑΤΑ



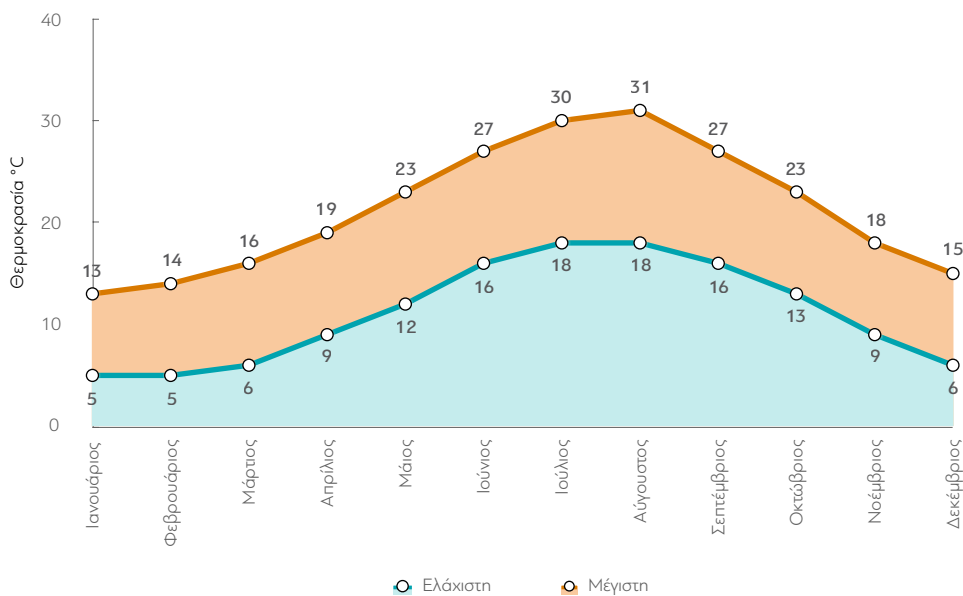
**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**



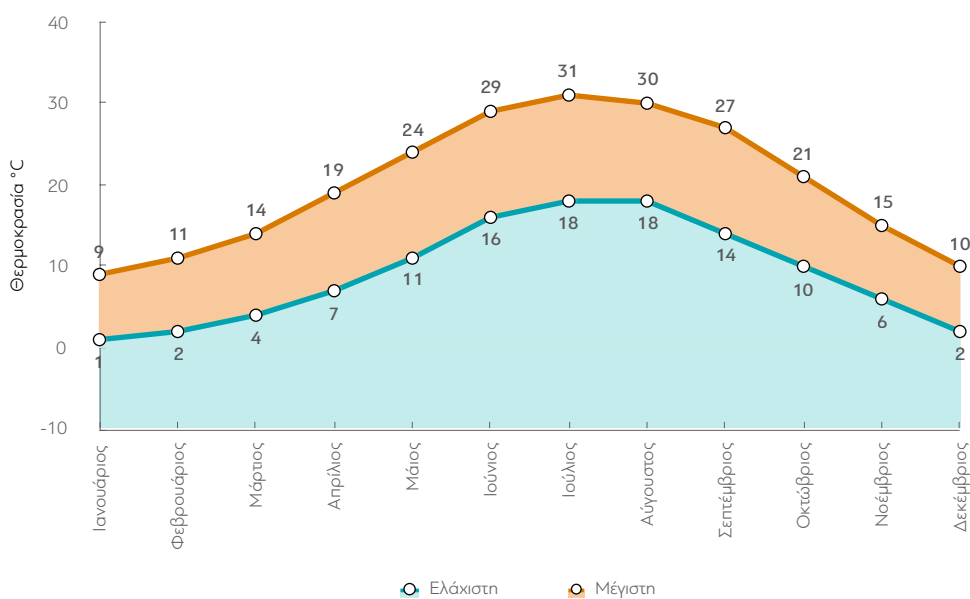
**ΑΘΗΝΑ**



**ΚΕΡΚΥΡΑ**

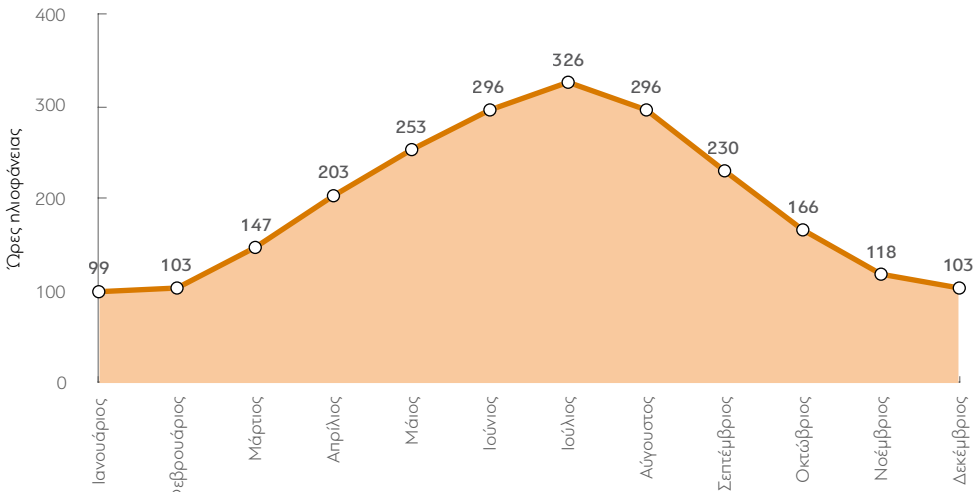


**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ – ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ**

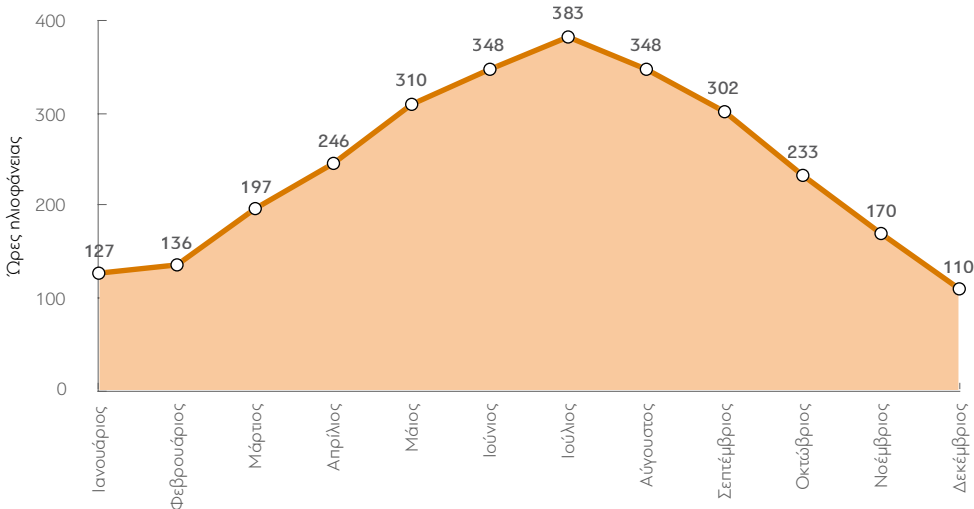


## Μηνιαίος Μέσος Όρος Ωρών Με Ήλιο Μέσα Στο 2016

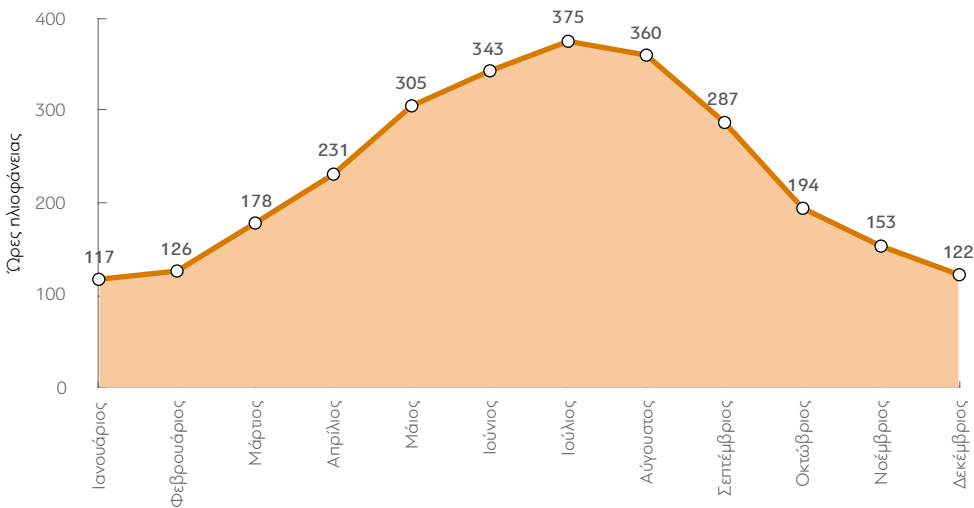
### ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ – ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ



### ΣΑΜΟΣ - ΙΚΑΡΙΑ

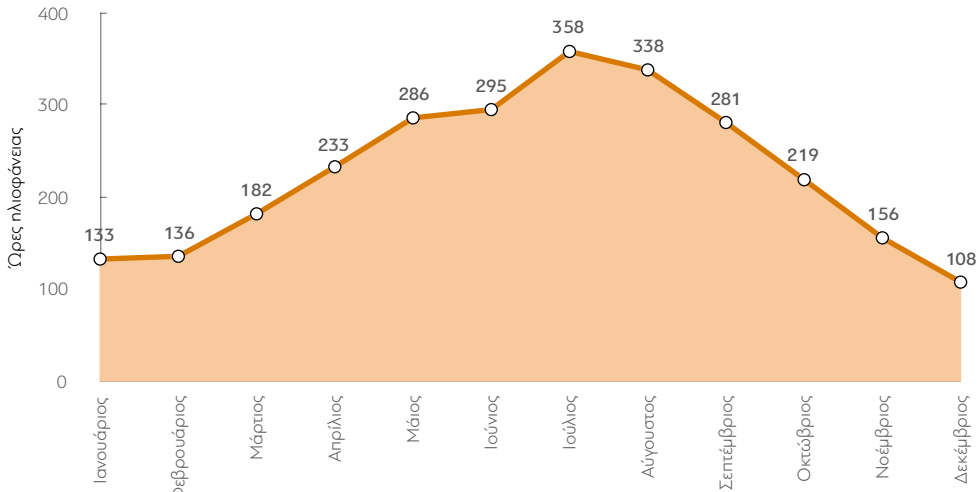


### ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ ΚΡΗΤΗΣ

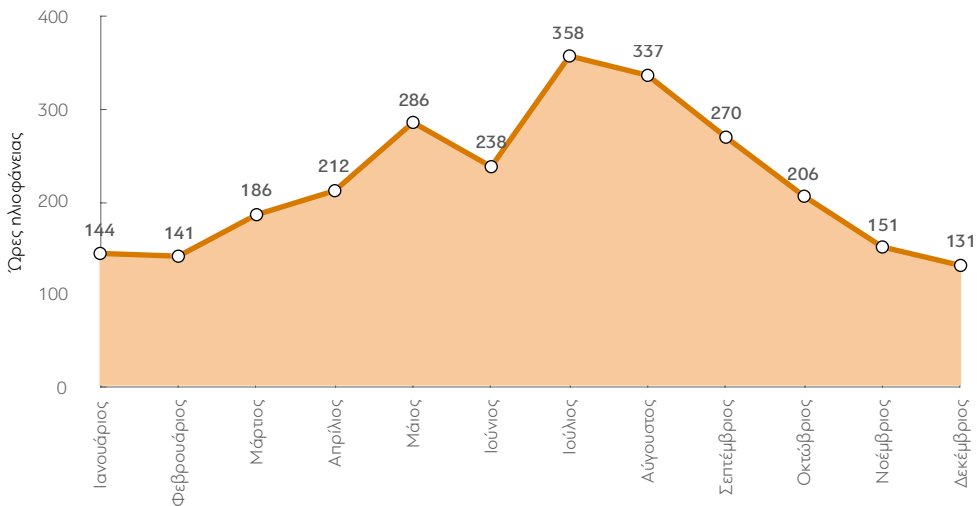




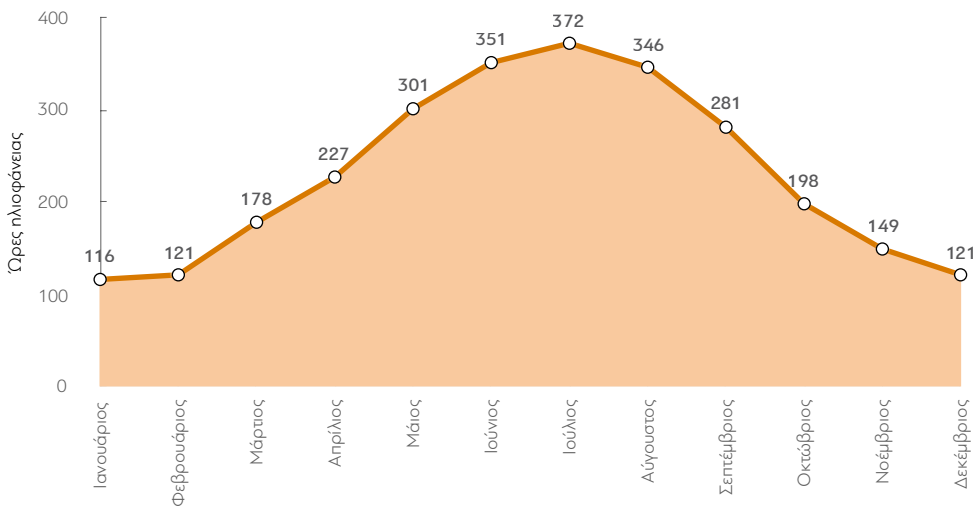
### ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ

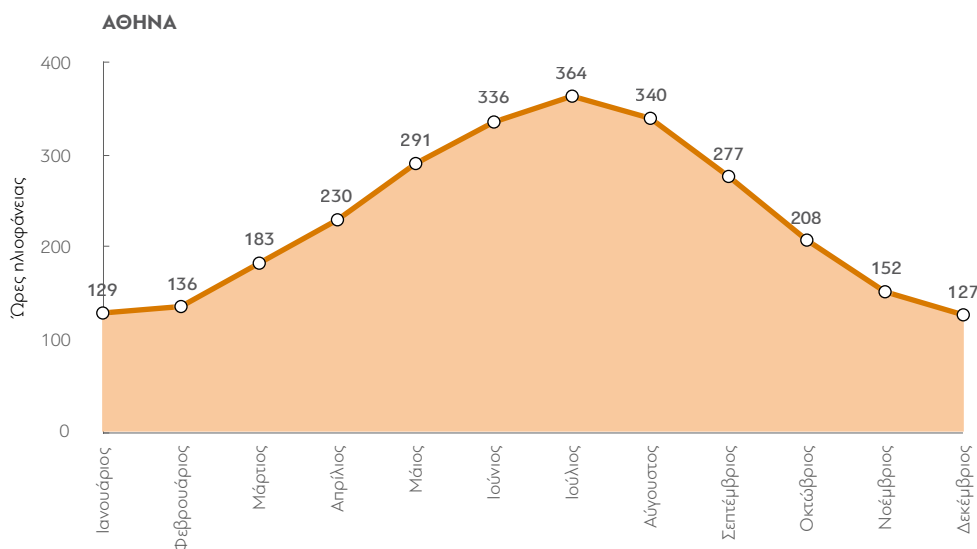
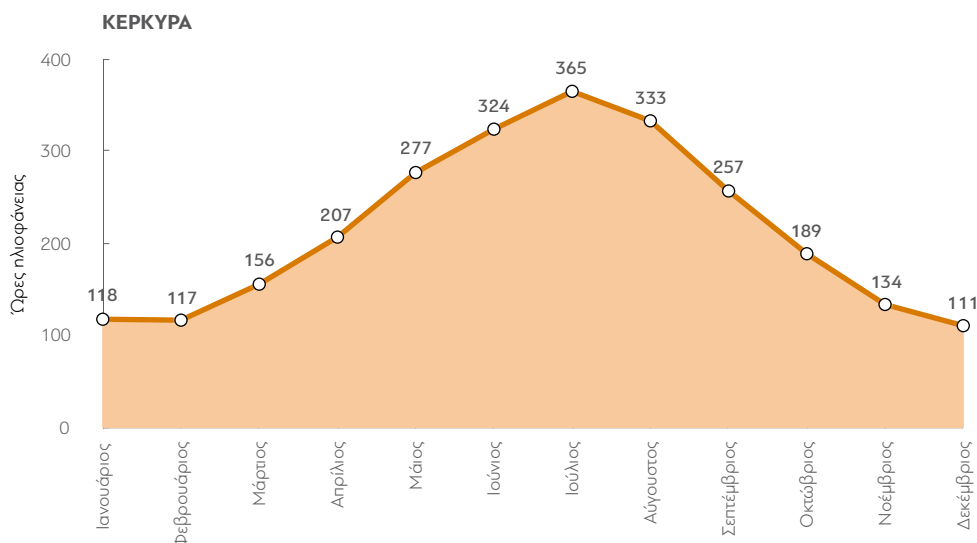


### ΚΑΛΑΜΑΤΑ

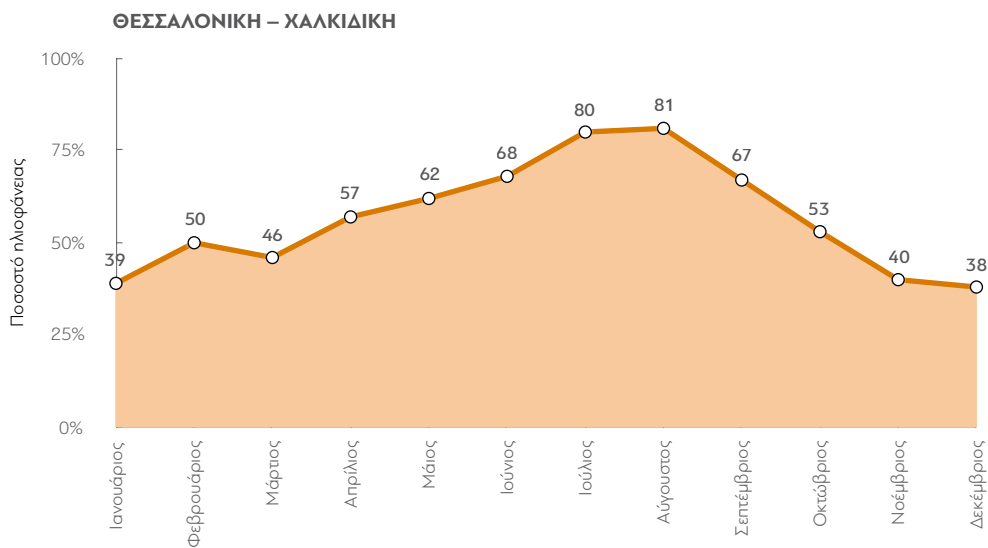


### ΗΡΑΚΛΕΙΟ



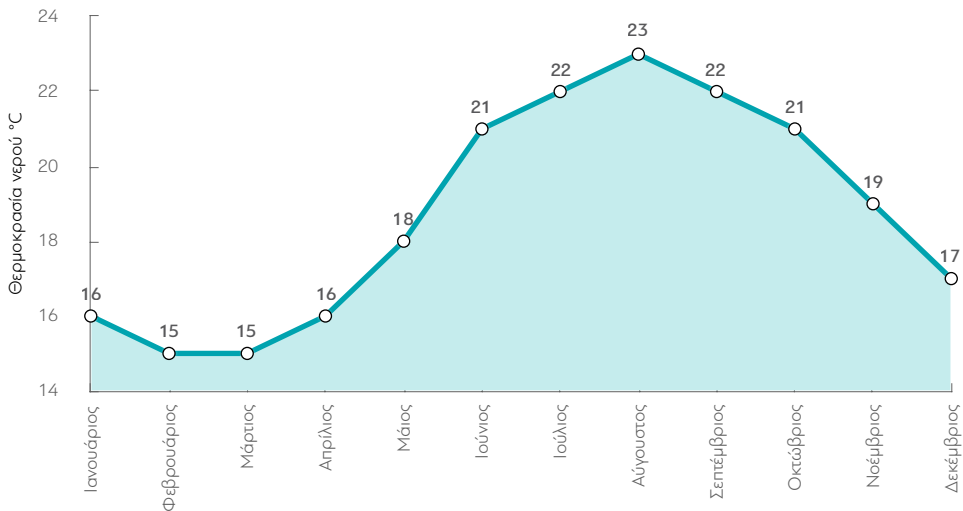


**Μηνιαίος Μέσος Όρος Ηλιοφάνειας**

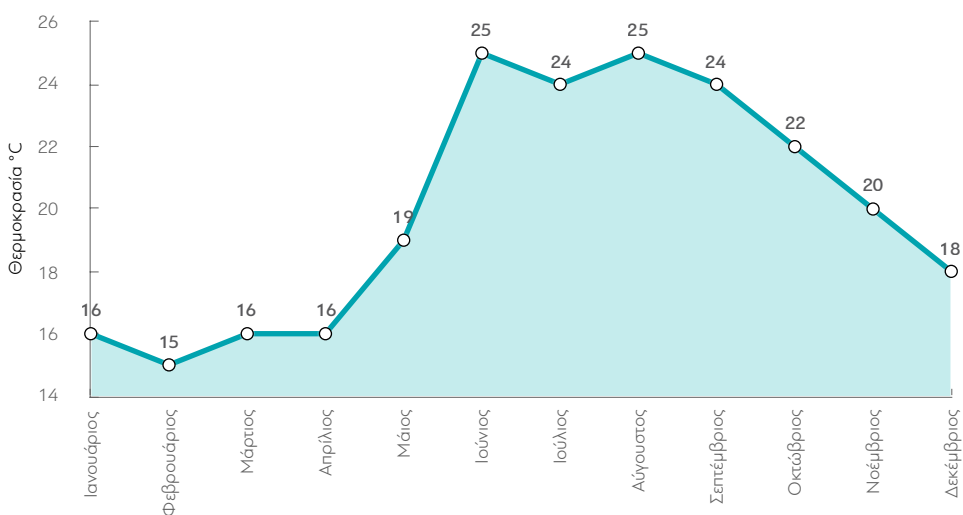


## Μέση Θερμοκρασία Νερού Μέσα Στο 2016

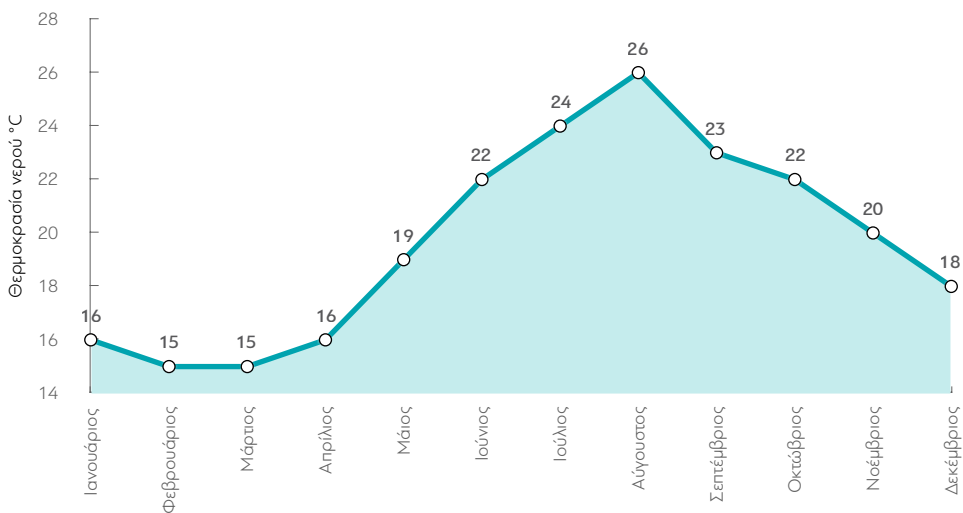
### ΣΑΜΟΣ - ΙΚΑΡΙΑ



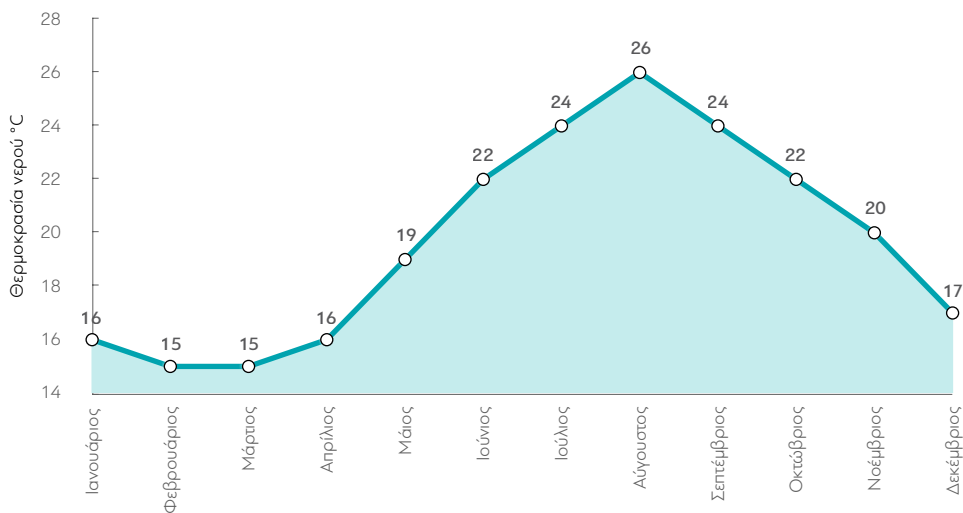
### ΣΑΝΤΟΡΙΝΗ - ΜΥΚΟΝΟΣ



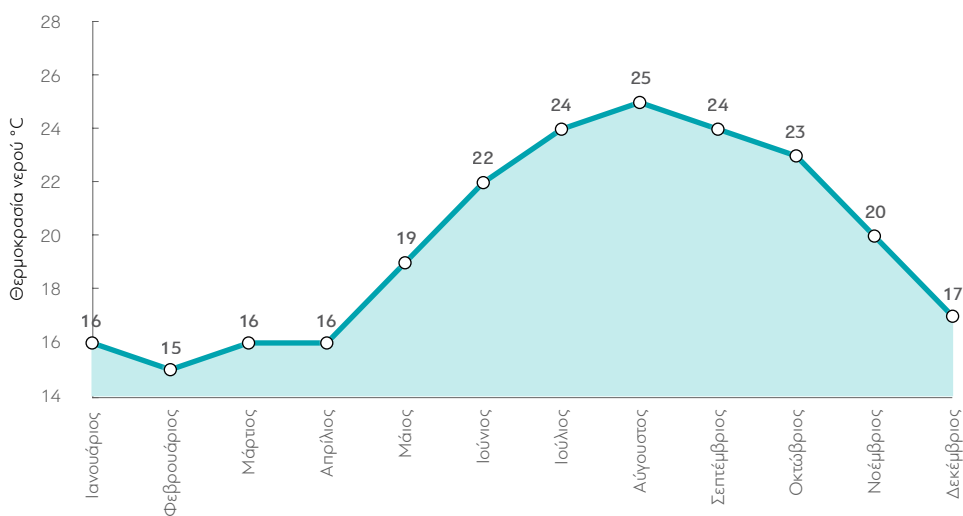
### ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ



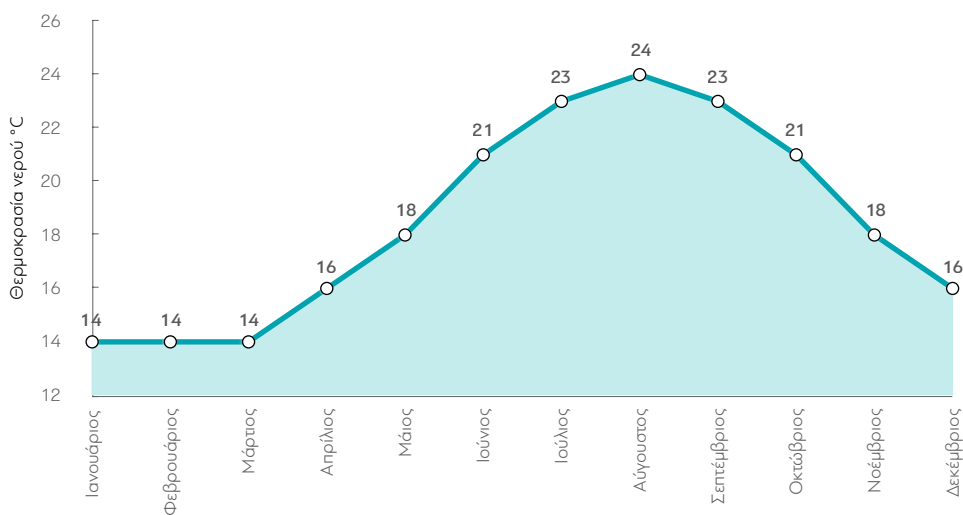
### ΚΑΛΑΜΑΤΑ

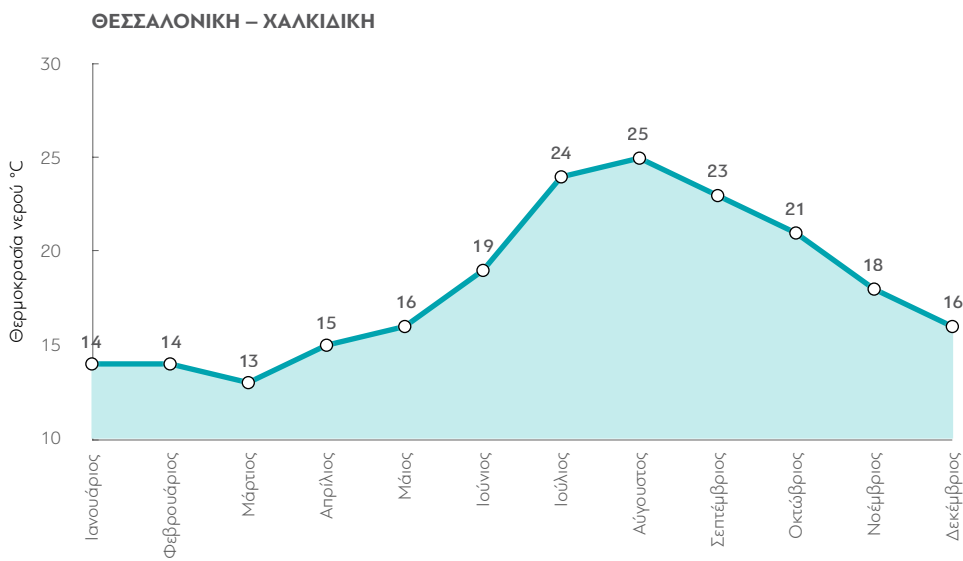
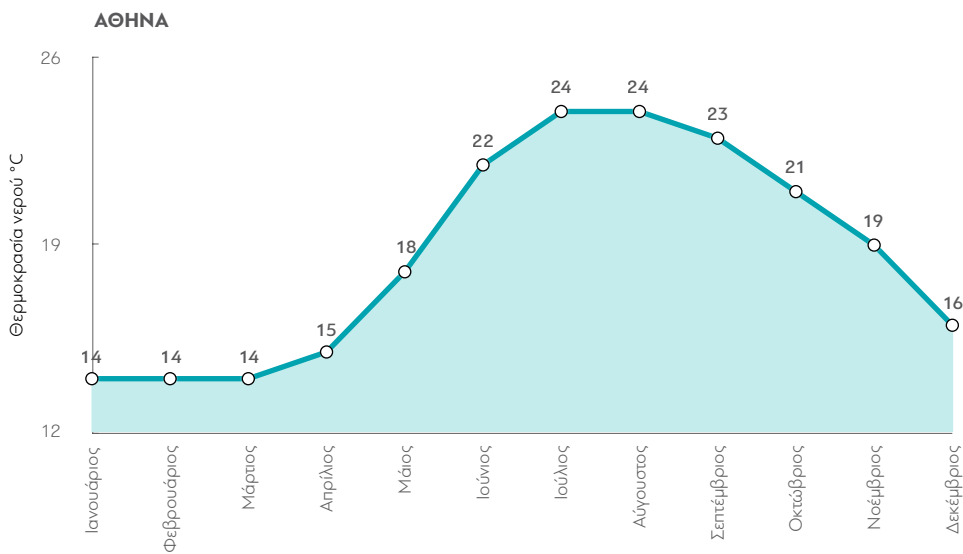


### ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

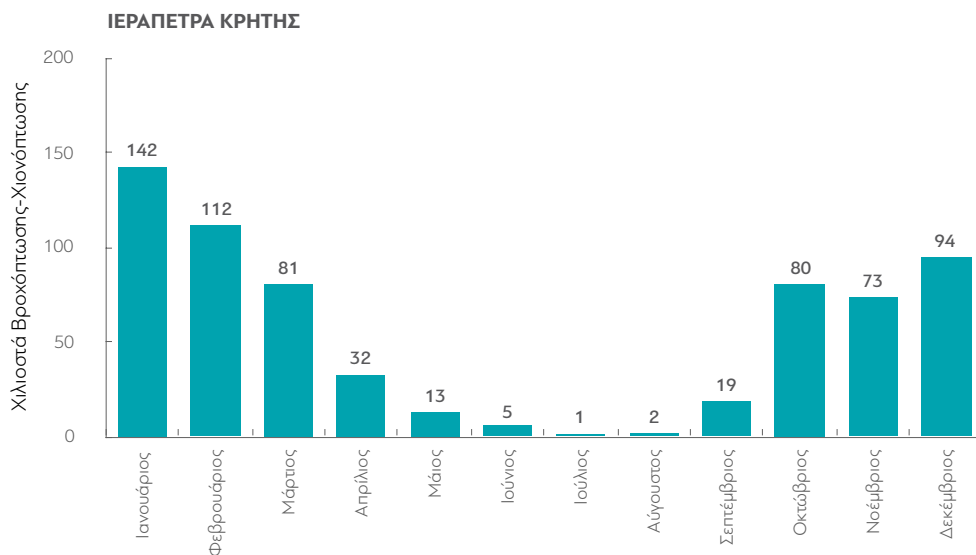
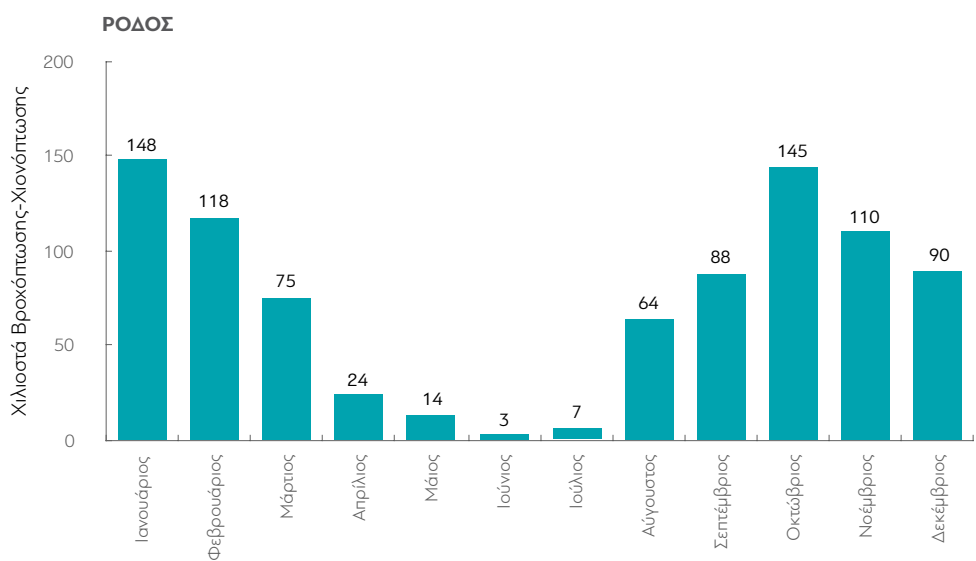
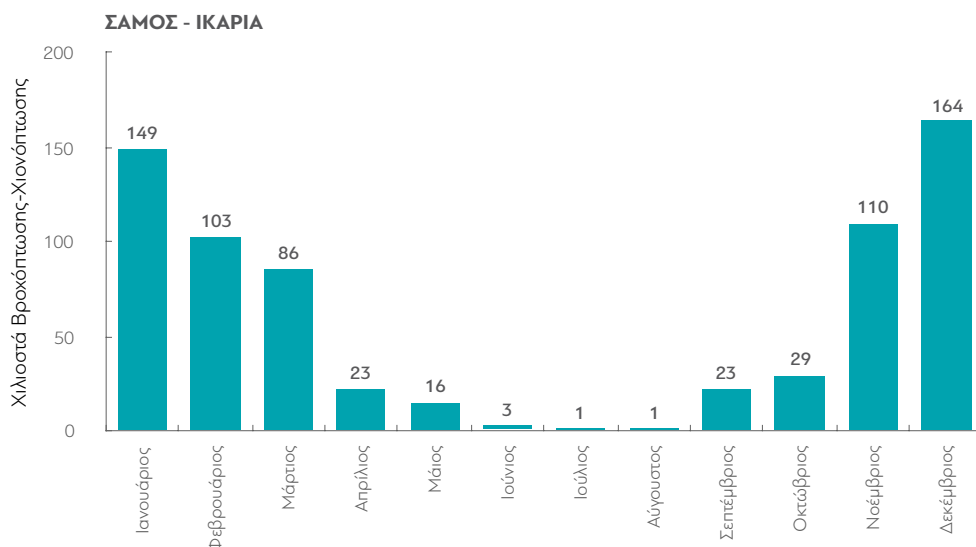


### ΚΕΡΚΥΡΑ

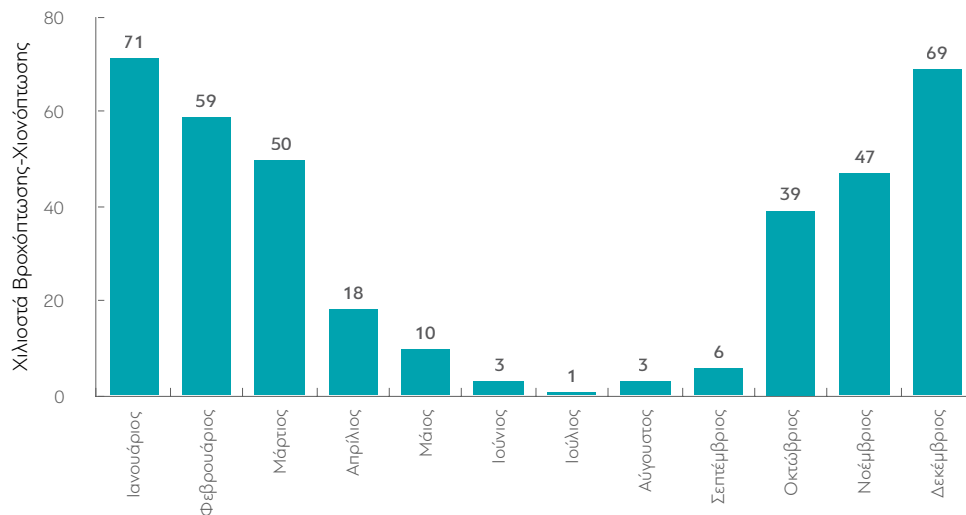




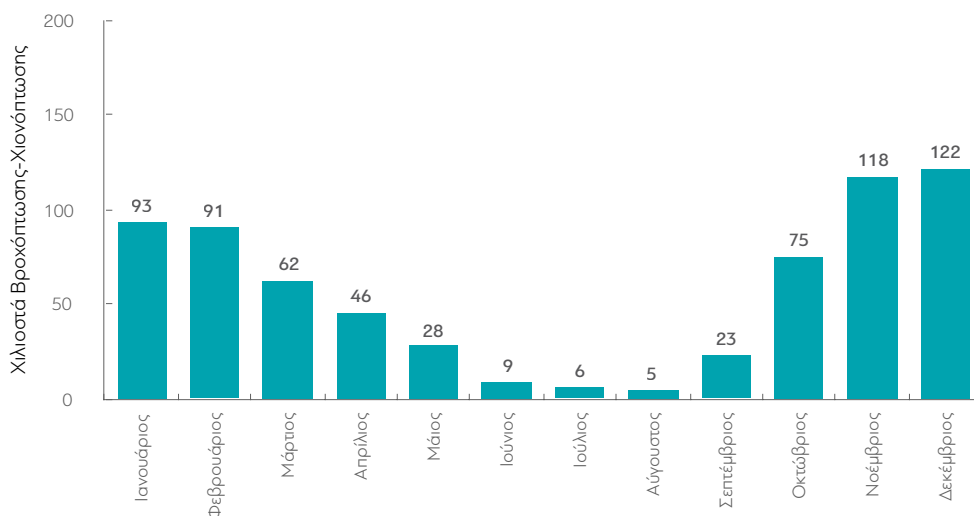
## Μέση Μηνιαία Τιμή Αναφορικά Με Χιλιοστά Βροχόπτωσης-Χιονόπτωσης 2016



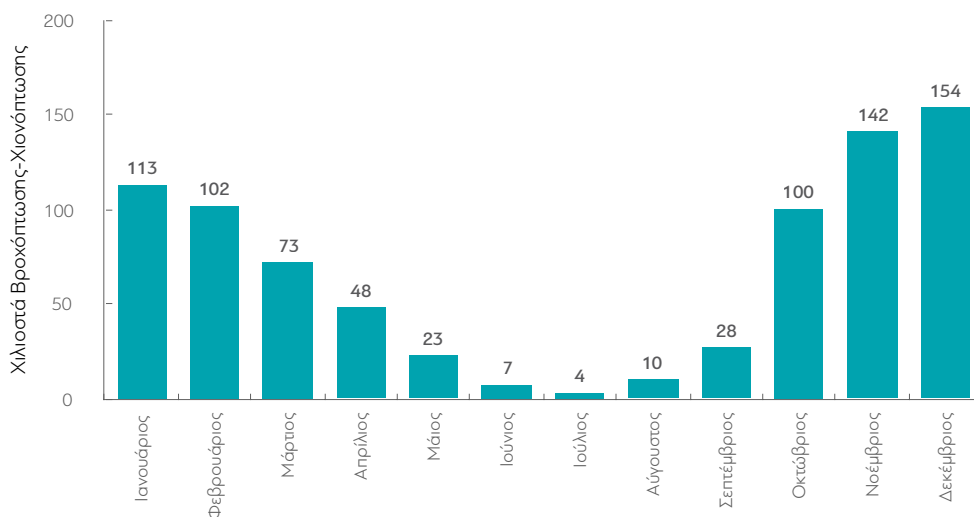
### ΣΑΝΤΟΡΙΝΗ – ΜΥΚΟΝΟΣ

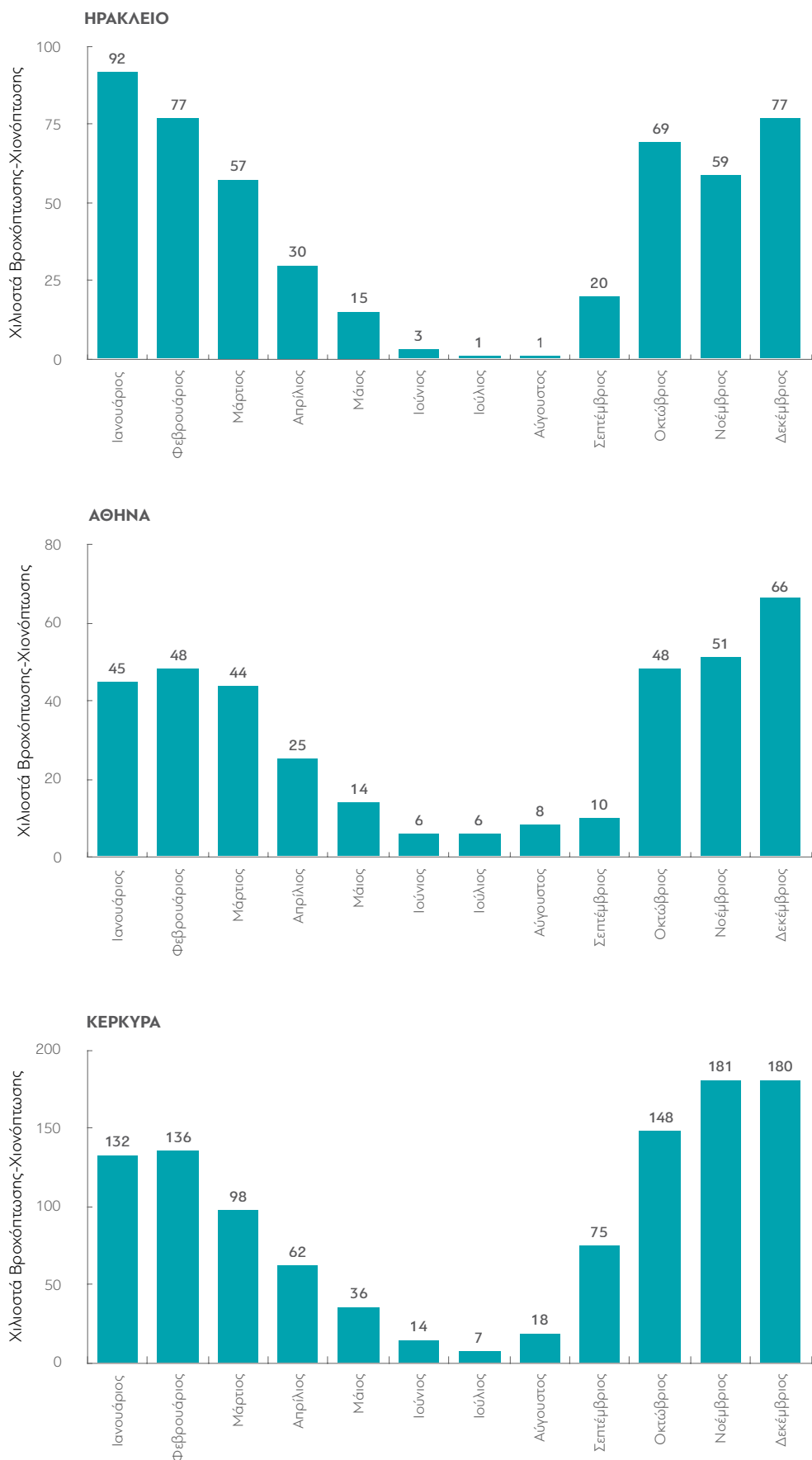


### ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ

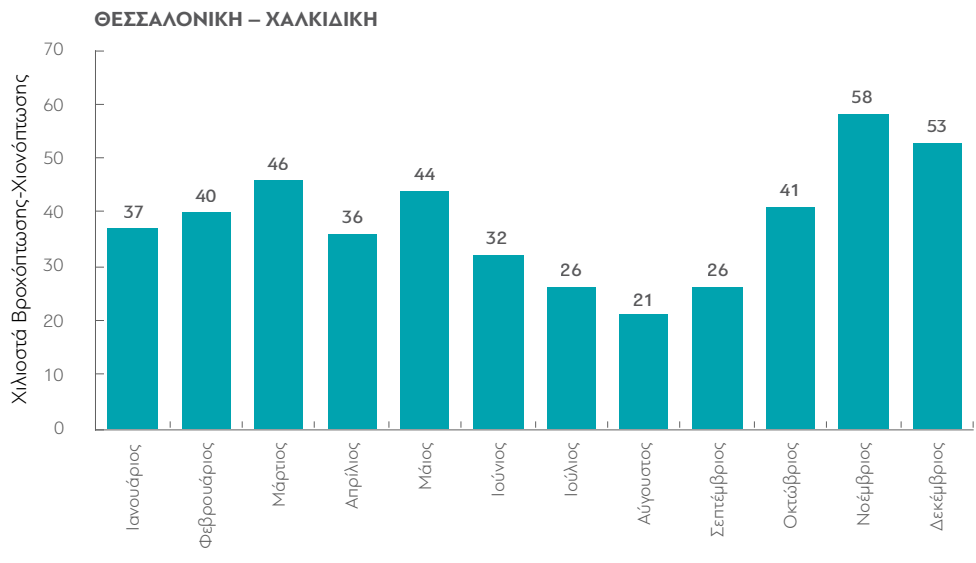


### ΚΑΛΑΜΑΤΑ

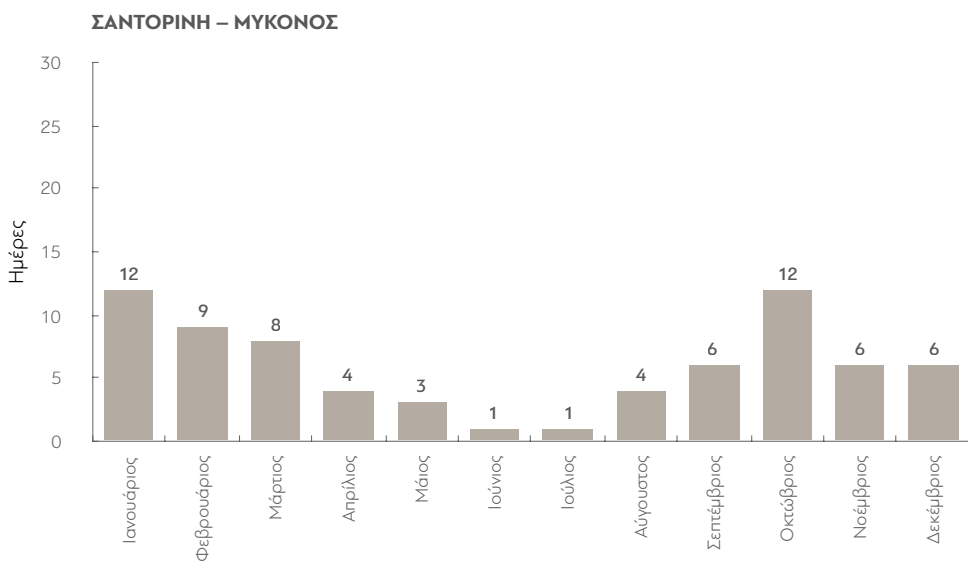
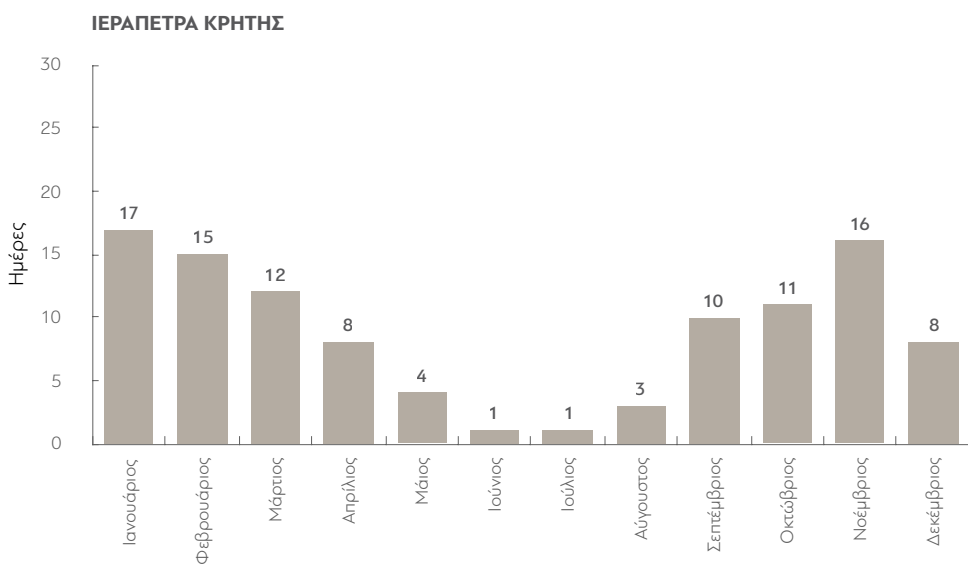
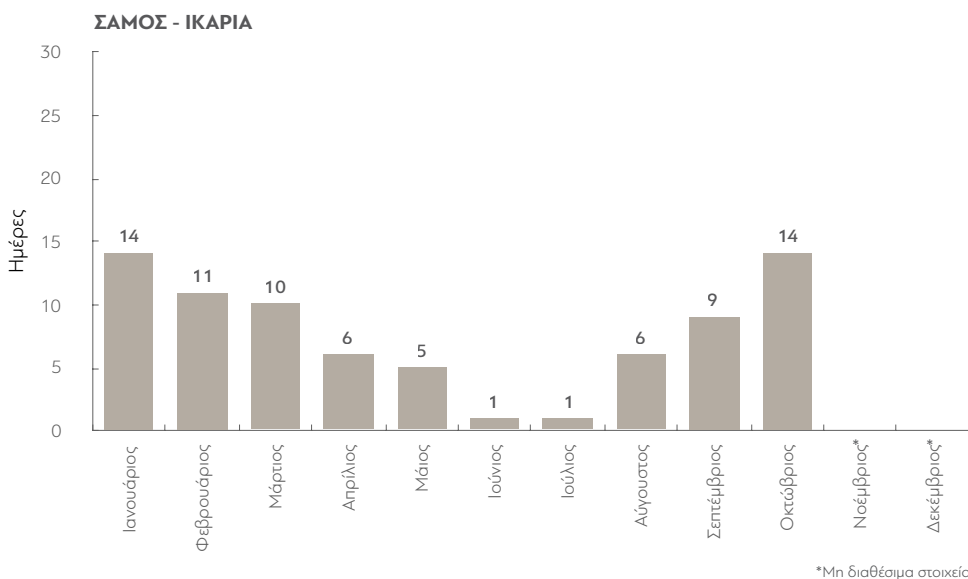


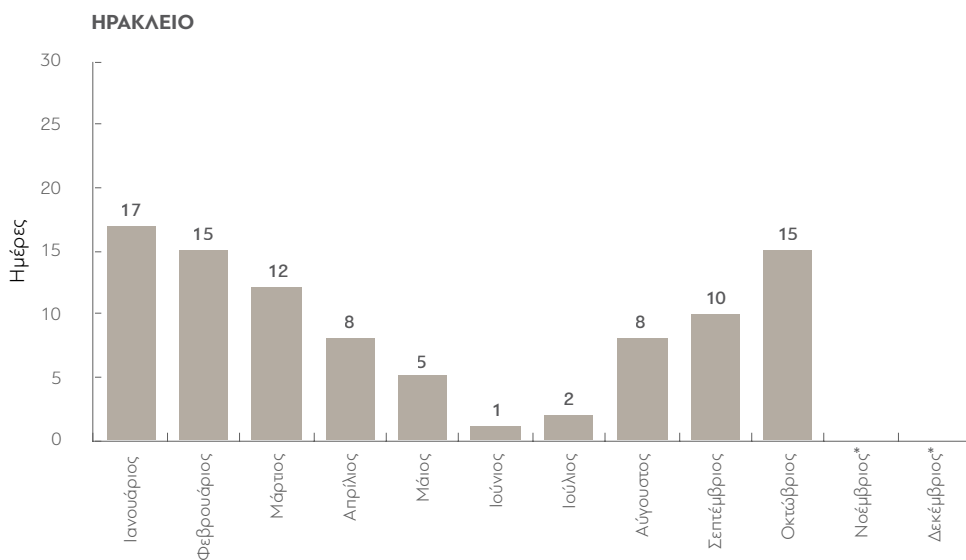
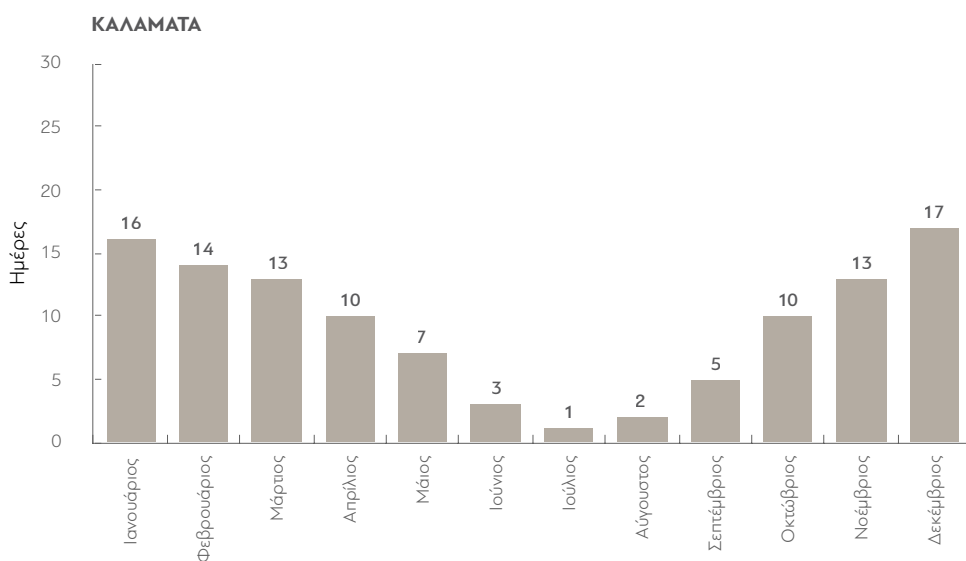
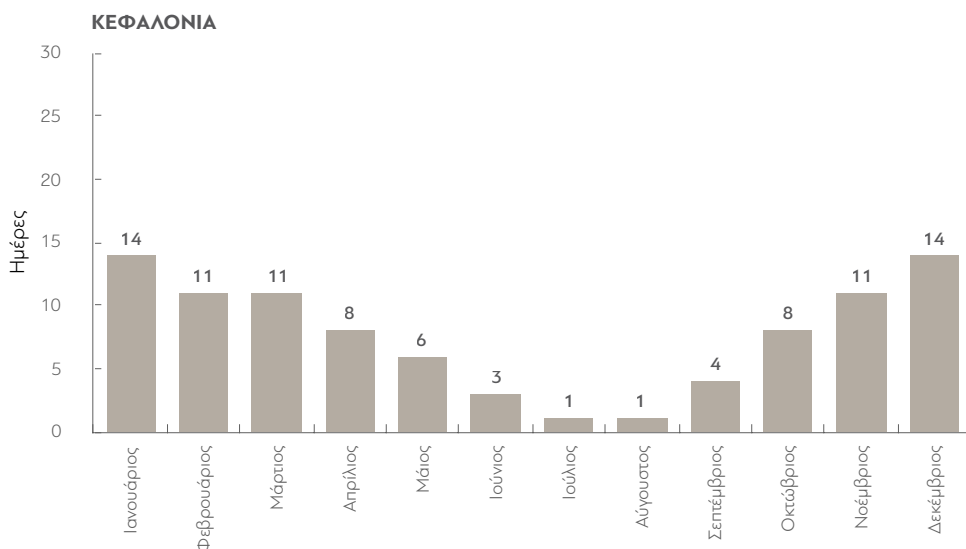




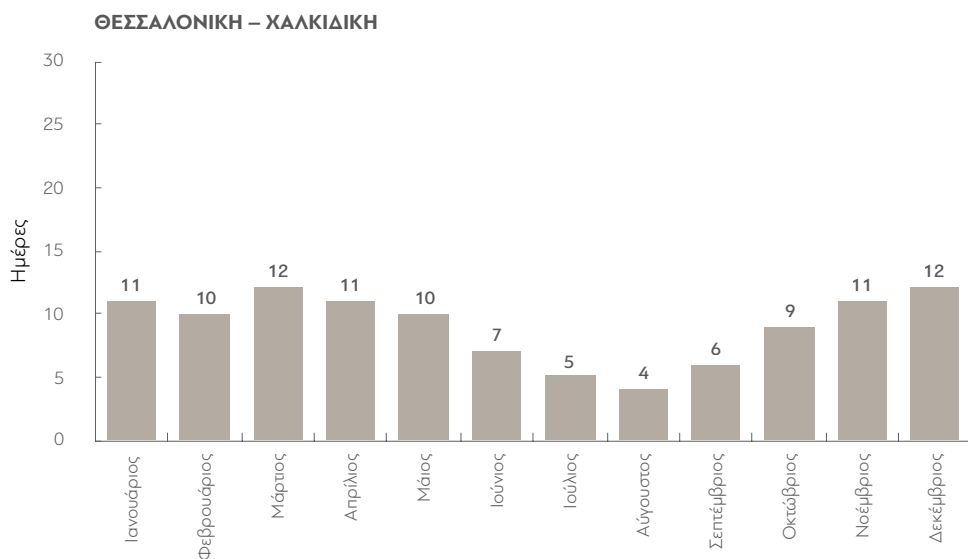
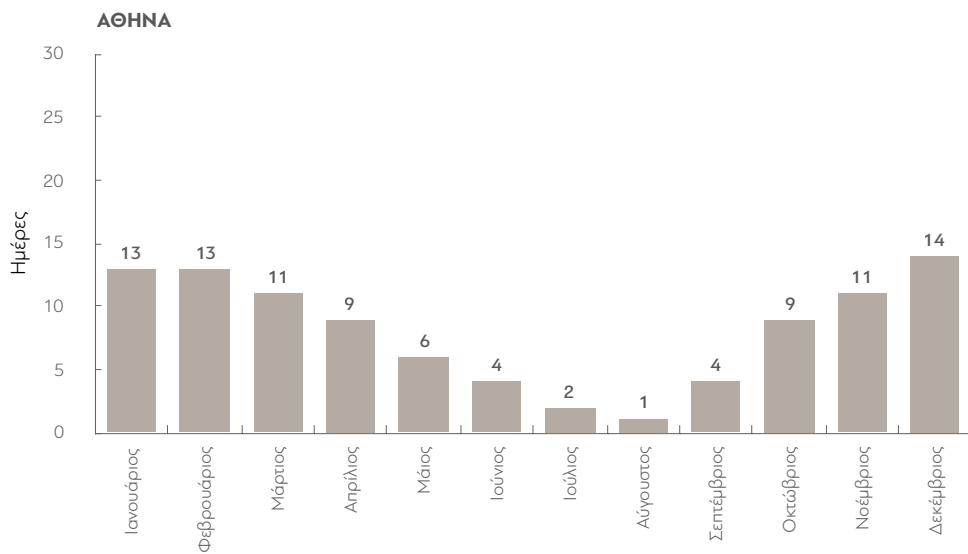
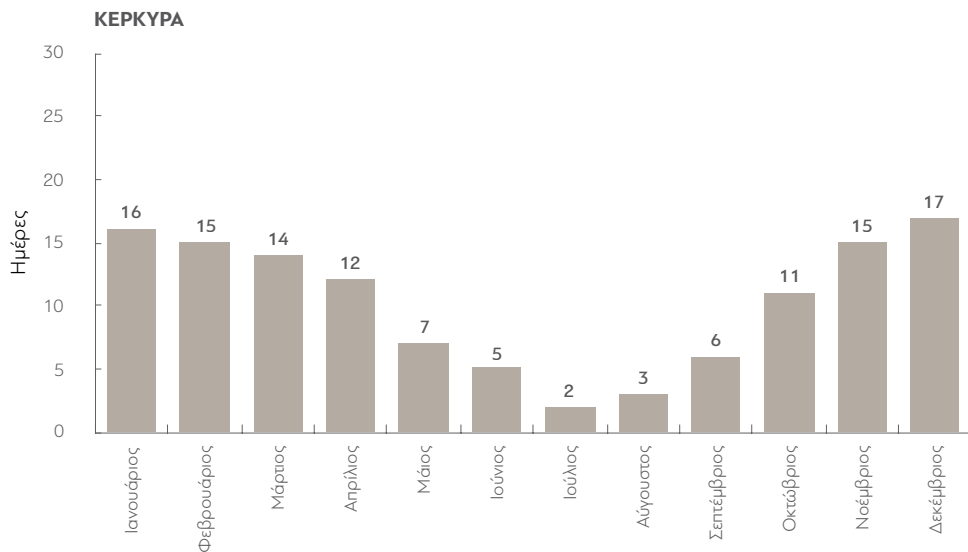


## Μηνιαίος Μέσος Όρος Βροχερών Ημερών Μέσα Στο 2016





\*Μη διαθέσιμα στοιχεία



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

# Ενδεικτικές Μονάδες Στα Γνωστότερα Ιαματικά Λουτρά Στην Ελλάδα

ΜΟΝΑΔΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	WEBSITE
Thermae Sylla Spa & Wellness	Αιδηψός	<a href="http://www.thermaesylla.gr">www.thermaesylla.gr</a>
Galini Wellness Spa & Resort	Καμένα Βούρλα	<a href="http://www.mitsishotels.com">www.mitsishotels.com</a>
Loutraki Thermal Spa	Λουτράκι Περαχώρας	<a href="http://www.loutrakispa.gr">www.loutrakispa.gr</a>
Ιαματικά Λουτρά Αγίας Παρασκευής Κασσάνδρα	Χαλκιδική	<a href="http://www.halkidikispa.com">www.halkidikispa.com</a>
Πηλοθεραπευτήριο Κρηνίδων	Καβάλα	<a href="http://www.pilotherapia.gr">www.pilotherapia.gr</a>
Λουτρά Πόζαρ	Αριδαία	<a href="http://www.loutrapozar.com.gr">www.loutrapozar.com.gr</a>
Λίμνη Βουλιαγμένης	Βουλιαγμένη	<a href="http://www.limnivouliagmenis.gr">www.limnivouliagmenis.gr</a>
Therma Spa	Λέσβος	<a href="http://thermaspalesvos.com">thermaspalesvos.com</a>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

# Ενδεικτικές Μονάδες-Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας Παγκοσμίως

Η Ευρώπη αποτελεί σημαντική αγορά με παρόχους εξαιρετικά υψηλών προδιαγραφών. Σύμφωνα με την ετήσια έρευνα World's Best Awards που διεξάγει το Travel and Leisure,<sup>338</sup> στην κορυφή της λίστας των δέκα παγκοσμίως καλύτερων premier spa facilities βρίσκεται ένα γερμανικό resort με έναν αιώνα παράδοση, το Schloss Elmau, (το οποίο φιλοξένησε το G8 Summit το 2015). Στις παροχές του περιλαμβάνει μεταξύ άλλων κινέζικη ιατρική, tai chi, qigong, yoga retreats, χαμάμ αλλά και οικογενειακό spa. Στην λίστα με τα δέκα πρώτα βρίσκονται επίσης δυο γαλλικά: το Les Prés d'Eugénie - Michel Guérard, γνωστό για την Eugénie Μέθοδο και την "cuisine minceur" (slimming cuisine) σε συνδυασμό με εξατομικευμένες θεραπείες, καθώς και το Les Sources de Caudalie, Bordeaux-Martillac, τοποθετημένο ανάμεσα στα αμπέλια του Μπορντό με δύο βραβευμένα με αστέρια Michelin εστιατόρια και ειδικές θεραπείες σώματος με τη χρήση μούστου. Στα δέκα καλύτερα βρίσκεται και ένα ιταλικό, το Fonteverde, San Casciano dei Bagni, με ειδικές παροχές σχετικές με τη χρήση των ιδιοτήτων του νερού της περιοχής και δραστηριότητες στο φυσικό περιβάλλον της Τοσκάνης.

Αξίζει να σημειωθεί πως μια μικρή χώρα όπως η Εσθονία διαθέτει διεθνούς φήμης κέντρα ευεξίας. Το Tervis Medical Spa, το οποίο προσφέρει επαγγελματικές ιατρικές υπηρεσίες ευεξίας εδώ και 40 χρόνια, είναι 3 αστέρων και ίσως το μεγαλύτερο κέντρο Spa στην Εσθονία. Καλύπτει 494 επισκέπτες και διαθέτει συγκρότημα ιατρικών θεραπειών και θεραπειών ευεξίας, εστιατόρια και μπαρ, αθλητικό κέντρο, συνεδριακό κέντρο, πολιτιστικό κέντρο, βιβλιοθήκη, σαλόνι ομορφιάς και καταστήματα. Ο πελάτης μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε 50 διαφορετικά προγράμματα θεραπειών, εξετάσεων και χαλάρωσης.

Το Maria Farm στην Εσθονία είναι ένα αγρόκτημα εξαιρετικό για ξεκούραση, διοργάνωση σεμιναρίων και εκδηλώσεων. Οι πελάτες μπορούν να απολαύσουν άνετη διαμονή, υγιεινή τοπική κουζίνα, ενδιαφέρουσες δραστηριότητες και επισκέψεις σε διάφορες περιοχές. Το αγρόκτημα διαθέτει 130 εκτάρια γης και πρόσβαση σε δάσος, με τα μονοπάτια πλάι στο αγρόκτημα να δίνουν την ευκαιρία για περιπάτους, ιππασία, και διαδρομές με άμαξες, προσφέροντας έτσι στους επισκέπτες μοναδικές εμπειρίες.

Και στη Λετονία, το Dikļi Palace Hotel είναι ένα πανέμορφο παλιό αρχοντικό, που βρίσκεται περίπου 120χλμ από την πρωτεύουσα της Ρίγα και 20χλμ από το χωριό Dikļi. Το ξενοδοχείο παρέχει υπηρεσίες ευεξίας και θεραπείες Eco Spa. Το Dikļi Palace Hotel καινοτομεί λόγω της συνεργασίας του με το θέατρο Valmiera και το τοπικό ζυθοποιείο Valmiermuižas alus, προσφέροντας σύνθετες υπηρεσίες που συνδυάζουν τον πολιτισμό, την τοπική γαστρονομία και τη διαμονή.

Το γεγονός ότι πέντε στα δέκα καλύτερα premier spa facilities του κόσμου είναι ευρωπαϊκά, καθιστά την Ευρώπη προνομιακή περιοχή τουρισμού ευεξίας, με μεγάλη παράδοση και με σημαντικές δυνατότητες περαιτέρω ανάπτυξης, καθώς στις υπηρεσίες ευεξίας υπάρχει έντονη διασύνδεση με το πολιτισμικό χαρακτηριστικό και το φυσικό περιβάλλον της κάθε χώρας ή του κάθε τόπου, που αποτελούν τη βάση για την ποιότητα και την ιδιαιτερότητα της μονάδας.

#### Ενδεικτικές μονάδες-πάροχοι τουρισμού ευεξίας παγκοσμίως

ΜΟΝΑΔΑ	ΧΩΡΑ	WEBSITE
Schloss Elmau	Γερμανία	<a href="https://www.schloss-elmau.de/en/">https://www.schloss-elmau.de/en/</a>
Les Sources de Caudalie	Γαλλία	<a href="https://www.sources-caudalie.com/en/">https://www.sources-caudalie.com/en/</a>
Fonteverde	Ιταλία	<a href="http://www.fonteverdespa.com/it/resort-spa-toscana/1-0.html">http://www.fonteverdespa.com/it/resort-spa-toscana/1-0.html</a>
Ananda Himalayas	Ινδία	<a href="http://www.anandaspa.com/">http://www.anandaspa.com/</a>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

# Ενδεικτικές Μονάδες-Πάροχοι Τουρισμού Ευεξίας Στην Ελλάδα

Η παγκόσμια ομπρέλα των ξενοδοχείων Healing Hotels of the World περιλαμβάνει ξενοδοχεία τα οποία πληρούν πολύ αυστηρές προδιαγραφές στην παροχή υπηρεσιών τουρισμού ευεξίας, με βασικό σκοπό να παρακινήσουν τον σύγχρονο άνθρωπο να κάνει «εσωτερική μεταμόρφωση» και να τον βοηθήσουν να ζήσει μια πιο υγιή, ευτυχισμένη και ολοκληρωμένη ζωή.<sup>331</sup>

Το Euphoria Retreat, μέλος του ομίλου Ξενοδοχείων Healing Hotels of The World, είναι ένα κατάλυμα 5 αστέρων με αρχιτεκτονικό ντιζάιν εμπνευσμένο από τη Βυζαντινή αρχιτεκτονική. Βρίσκεται στους πρόποδες του Όρους Ταΰγετος, στην Καστροπολιτεία του Μυστρά και περιβάλλεται από ιδιωτικό δάσος.<sup>343</sup>

Με μια φιλοσοφία που στοχεύει στη σωματική και συναισθηματική μεταμόρφωση, το ξενοδοχείο προσφέρει προσωπικούς συμβούλους για ευεξία και διατροφή, διάφορες δραστηριότητες, όπως γιόγκα και πιλάτες, καθώς και προγράμματα αποτοξίνωσης. Παρέχει επίσης κέντρο Spa επιφάνειας 3,000μ<sup>2</sup> με εσωτερική-εξωτερική πισίνα.

Το Euphoria Spa είναι κατάλληλο για στιγμές χαλάρωσης και περιλαμβάνει terpidarium, βυζαντινό χαμάμ, αίθουσα αλατιού, πισίνα υδροθεραπείας, μαρμάρινο ατμόλουτρο, υπαίθριο υδρομασάζ California και φινλανδική σάουνα. Οι επισκέπτες έχουν δωρεάν πρόσβαση στο Euphoria Spa και σε όλες τις προγραμματισμένες καθημερινές δραστηριότητες άσκησης.

Το δεύτερο ελληνικό μέλος των ξενοδοχείων Healing Hotels of the World βρίσκεται στο ιδιωτικό νησί Silver Island στους Ωραιούς Ευβοίας και πρόκειται για ένα yoga retreat.<sup>344</sup>

Το Amanzoe Hotel στο Κρανίδι αποτελεί έναν συνδυασμό Exclusive Spa και Health & Fitness Clubs, καθώς αποκλειστική πρόσβαση έχουν μόνο οι ιδιοκτήτες των ιδιωτικών κατοικιών. Στο ξενοδοχείο προσφέρονται υπηρεσίες όπως massage, scrubs and facials, infused steam bath, body alignment and breath awareness, vinyasa or ashtanga practices, Watsu aquatic therapy session, pilates class, reconnection healing, Chi Balancing Massage, auricular acupuncture, hypnotherapy, meditation Life, coaching, Qi Gong.<sup>345</sup>



Ένα κλασικό resort Spa είναι το Elatos Resort and Health Club στον Παρνασσό, το οποίο προσφέρει υπηρεσίες spa και φυσικές δραστηριότητες στο βουνό (mountain yoga, mountain running, pilates, aqua fitness και mountain bootcamp)..<sup>346</sup>

Ένα ειδικού τύπου Health & Fitness Club με τη μορφή συνδρομής μέλους και με έμφαση στο άθλημα του τέννις, είναι το Tatoi Club, το οποίο βρίσκεται μέσα στον αστικό ιστό της Αθήνας.<sup>347</sup>

#### Ενδεικτικές μονάδες-πάροχοι τουρισμού ευεξίας στην Ελλάδα

ΜΟΝΑΔΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	WEBSITE
Euphoria Retreat	Μυστράς	<a href="https://www.euphoriaretreat.com/en/">https://www.euphoriaretreat.com/en/</a>
Silver Island Yoga	Αργυρόνισσος	<a href="https://www.silverislandyoga.com/">https://www.silverislandyoga.com/</a>
Elatos Resort	Παρνασσός	<a href="http://www.elatosresort.gr/">http://www.elatosresort.gr/</a>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

# Ενδεικτικές Μονάδες Για Άνοια- Ρευματοειδή Νοσήματα-Αρθρίτιδα- Οστεοπόρωση

**Angel Care** (Πολωνία) - <http://www.en.angel-care.pl><sup>351</sup>

Η συγκεκριμένη μονάδα στη Πολωνία ακολουθεί το μοντέλο της συνεχιζόμενης φροντίδας παρέχοντας υπηρεσίες σε ξεχωριστούς χώρους εντός του συγκροτήματος, για ανθρώπους σε διαφορετικό στάδιο της άνοιας. Οι δομές περιλαμβάνουν εγκαταστάσεις υποστηριζόμενης διαβίωσης, μονάδας φροντίδας με 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα, εξειδικευμένο κέντρο για ανθρώπους με άνοια, κέντρο ημέρας και ιατρείο μνήμης.

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν:

- Παρακολούθηση από ιατρό Νευρολόγο
- Υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και προγραμμάτων αποκατάστασης
- Υπηρεσίες από εξειδικευμένο διατροφολόγο
- Πρόγραμμα απασχόλησης με ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης
- Εξειδικευμένες θεραπείες, όπως μουσικοθεραπεία, παιγνιοθεραπεία, θεραπευτικά ζώα, θεραπεία μέσω τέχνης, και ομαδικές δραστηριότητες.

**Baan Kamlangchay** (Ταϊλάνδη) - <https://www.alzheimerthailand.com/><sup>352</sup>

Η μονάδα Baan Kamlangchay βρίσκεται κοντά στη πόλη Chiang Mai της Ταϊλάνδης και προσφέρει υπηρεσίες σε ανθρώπους που βρίσκονται στην περιοχή για διακοπές ή παραχείμαση και έχουν κάποιο μέλος της οικογένειας τους με άνοια.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Αποκλειστική νοσηλευτική φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας και της νύχτας από τρεις φροντιστές. Η φροντίδα ξεκινά από την παραλαβή του ηλικιωμένου από το αεροδρόμιο μέχρι τη παράδοσή του στην οικογένεια. Τα πρόσωπα φροντίδας παραμένουν συνεχώς και φροντίζουν για όλες τις ανάγκες του ηλικιωμένου ακόμα και στο ενδεχόμενο νοσηλείας σε νοσοκομείο.
- Η ιατρική παρακολούθηση πραγματοποιείται σε συνεργασία με δυο ιδιωτικά νοσοκομεία της περιοχής που παρέχουν ιατρούς κάθε ειδικότητας. Το προσωπικό της μονάδας είναι εκπαιδευμένο στην παροχή πρώτων βοηθειών.
- Ιδιαίτερη μέριμνα δίνεται στη διατροφή των ηλικιωμένων. Προσφέ-

ρουν γεύματα εύπεπτα, πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες και χαμηλά σε λίπη και υδατάνθρακες.

- Παρέχονται επίσης υπηρεσίες απασχόλησης και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

### **Care Resort Chiang Mai** (Ταϊλάνδη) - <http://careresortchiangmai.com/><sup>353</sup>

Η μονάδα Care Resort Chiang Mai έχει λάβει τη διάκριση του καλύτερου θέρετρου φροντίδας ηλικιωμένων για το 2016. Προσφέρεται τόσο για παραχείμαση όσο και για σύντομες διακοπές και παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ανθρώπους με άνοια. Ακολουθεί το μοντέλο της «κοινότητας συνεχιζόμενης φροντίδας» και διαθέτει ξεχωριστά κτίρια για ανθρώπους με άνοια διαφορετικής λειτουργικότητας. Έτσι, υπάρχουν υπηρεσίες που προσφέρονται σε ανθρώπους που διατηρούν σχετικά την αυτονομία τους και σε ανθρώπους που χρήζουν 24ωρης νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ποιότητα ζωής και στην ελευθερία του ατόμου να απολαμβάνει τη φύση.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Υπηρεσίες νοπτικής ενδυνάμωσης
- Παροχή σταθερού προγράμματος και καθημερινότητας
- Εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής
- Εκδρομές και δραστηριότητες στην κοινότητα και στο φυσικό τοπίο του θέρετρου
- Συνεχόμενη φροντίδα και υποστήριξη

### **Casa Cieneguita** (Μεξικό) - <http://casacieneguita-assisted-living.com/><sup>354</sup>

Στη μονάδα Casa Cieneguita του Μεξικού προσφέρονται υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και ανθρώπους με άνοια. Οι εγκαταστάσεις βρίσκονται στα φυσικά θερμά λουτρά του San Miguel de Allende στο Μεξικό.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας για ανθρώπους με άνοια περιλαμβάνουν:

- Θεραπεία με κατοικίδια ζώα
- Δραστηριότητες με παιδιά από τα σχολεία της περιοχής
- Συμπεριφορικές προσεγγίσεις (Validation therapy)
- Θεραπευτική ιππασία
- Μουσικοθεραπεία και θεραπεία μέσω τέχνης
- Εξατομικευμένη διατροφή
- Συνεχή ιατρική παρακολούθηση

### **Dementiavillage** (Ολλανδία) - <https://www.dementiavillage.com/><sup>355</sup>

Το Dementiavillage στην Ολλανδία έχει δομηθεί κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να βοηθάει τους ασθενείς στην καθημερινή τους ζωή και να είναι δραστήριοι. Το συγκρότημα έχει πύλες και φράκτες ασφαλείας, όπως επίσης εστιατόρια, καφετέριες, σούπερ μάρκετ, κήπους, πεζόδρομους, πάρκο, κ.ά., χωρίς να τίθενται σε κίνδυνο οι ασθενείς.

**Dilectus Madeira** (Μαδέρα, Πορτογαλία) - <http://dilectusmadeira.pt/care-services><sup>356</sup>

Το Dilectus Madeira στην Πορτογαλία αποτελεί μια μονάδα παραχείμασης και διαμονής συνταξιούχων. Παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους που χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινότητα ή χρήζουν συνεχούς ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, περιλαμβανομένων ασθενών με άνοια. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από συνεργαζόμενη ιατρική εταιρία, η οποία εδράζεται εντός της μονάδας Dilectus Madeira. Παρέχονται υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, θεραπείας με κατοικίδια ζώα και πλήρη αποκλειστική νοσηλευτική φροντίδα.

Ενδεικτική μονάδα που παρέχει θεραπεία σε ανθρώπους με ρευματοειδή νοσήματα είναι το Shemer Medical Center (<http://en.shemere.co.il>) στο Ισραήλ.<sup>357</sup> Στη συγκεκριμένη μονάδα προσφέρονται υπηρεσίες για τη θεραπεία της αρθρίτιδας, αξιοποιώντας τη θερμοκρασία του νερού και τα μεταλλικά στοιχεία που περιέχει το νερό της νεκράς θάλασσας, παράλληλα με συμβατικές θεραπείες.

Αντίστοιχα, το Thalassotherapia Opatija ([www.thalassotherapia-opatija.hr](http://www.thalassotherapia-opatija.hr))<sup>358</sup> στην Κροατία είναι ένα κέντρο Θαλασσοθεραπείας με εξειδικευμένες θεραπείες σε ανθρώπους με αρθρίτιδα και άλλα ρευματοειδή νοσήματα. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Εξέταση και παρακολούθηση από ιατρό ρευματολόγο
- Θεραπείες με Fango wrap (είδος λάσπης με ιαματικό νερό)
- Μασάζ
- Ηλεκτροθεραπεία
- Θαλασσοθεραπεία
- Ατομική κινησιοθεραπεία
- Πρωινή γυμναστική

Το κέντρο Thalassotherapia Opatija στην Κροατία εκτός από υπηρεσίες υγείας για τα ρευματοειδή νοσήματα προσφέρει υπηρεσίες και για την οστεοπόρωση.

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Εξέταση από ειδικευμένο ιατρό
- Μέτρηση και έλεγχο διατροφής από διατροφολόγο
- Γυμναστική στο γυμναστήριο και τη πισίνα
- Ηλεκτρο-αναλγητικά ρεύματα
- Μασάζ
- Λασπόλουτρο
- Σολάριουμ
- Χρήση υπηρεσιών χαλάρωσης σε Spa

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. World Report on Ageing and Health. World Health Organization, 2015.
2. Τούντας Γ. *Χρόνια Πολλά Γεμάτα Υγεία*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 2014.
3. Ageing in the Twenty-First Century. A Celebration and A Challenge. United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International, 2012.
4. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
5. Ρερρές Κ. (2013) Τουρισμός για άτομα τρίτης ηλικίας. Ινστιτούτο Τουριστικών Ερευνών και Προβλέψεων, Αθήνα. 2013.
6. Nimrod, G. (2008). Retirement and tourism themes in retirees' narratives. *Annals of Tourism Research*, 35 (4), 859-878.
7. Viallon, P. (2012). Retired snowbirds. *Annals of Tourism Research*, 39 (4), 2073-2091.
8. Hsua, C.H.C., Cai, L.A., & Wonga, K.K.F. (2007). A model of senior tourism motivations – Anecdotes from Beijing and Shanghai. *Tourism Management*, 28 (5), 1262-1273.
9. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα. Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδας, Αθήνα, 2012.
10. Κουσκούκης Κ. Τουρισμός Υγείας: Ιαματικός Τουρισμός-Θερμαλισμός. Εκδόσεις Καυκάς. Αθήνα, 2014.
11. Global Wellness Institute ([http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf)) [Date accessed: 18.01.2018].
12. Kaspar, C., Gesundheitstourismus im Trend, in: Institut für Tourismus und Verkehrswirtschaft (edt.): Jahrbuch der Schweizer Tourismuswirtschaft 1995/96, St. Gallen 1996, pp. 53-61.

13. The Global Wellness Tourism Economy, 2013. [http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf) [Date accessed: 21/12/2017].
14. Nikitina O., & Vorontsova, G. (2015). Aging Population and Tourism: Socially Determined Model of Consumer Behavior in the “Senior Tourism” Segment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 214 (5), 845–851
15. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing)
16. Dattilo J., Lorek A., Mogle J., Sliwinski M., Freed S., Frysinger M. & Schucker S. (2015). Perceptions of Leisure by Older Adults Who Attend Senior Centers. *Leisure Sciences*, 37 (4), 373-390.
17. Chen, S.C. & Shoemaker, S. (2014). Age and cohort effects: The American senior tourism market. *Ann Tour Res*, 48, 58-75.
18. Jang, S., Bai, B., Hu, C., & Wu C.-M.E. (2009). Affect, travel motivation, and travel intention: a senior market. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 33 (1), 51-73.
19. OECD. Life expectancy at birth: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
20. World Population Prospects: the 2017 Revision ([https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf))
21. Ahmad, R. (2002). The older or ageing consumers in the UK: are they really that different? *International Journal of Market Research*, 44 (3), 337-360.
22. Badinelli, K., Davis, N., & Gustin, L. (1991). Senior travel study. *Hotel and Motel Management*, 206 (15), 31-34.
23. Gladwell, N.J., & Bedini, L.A. (2004). In search of lost leisure: the impact of caregiving on leisure travel. *Tourism Management*, 25 (6), 685-693.
24. Kazaminia, A., Del Chiappa, G., & Jafari, J. (2015). Seniors' travel constraints and their coping strategies. *J Travel Res*, 54 (1), 80-93.
25. Prayag G. (2012). Senior Travelers' Motivations and Future Behavioral Intentions: The case of Nice. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 29 (7), 665-681.
26. Rand Corporation (2001). Policy brief: preparing for an aging world. [http://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB5058/index1.html](http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB5058/index1.html)
27. Sellick, M.C. (2004). Discovery, Connection, Nostalgia Key Travel Motives within the Senior Market. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 17 (1), 51-70.
28. Turner, D. (2007). Money follows Japan's baby boomers. *Tokyo publication*, 1 (1), 1-5.

29. United Nations, World Population Ageing 2017 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/05/WPA-2017-Launch-to-the-IDOP-5-October-2017.pdf>)
30. United Nations Population ageing and sustainable development, 2017 ([http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2017-1.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-1.pdf))
31. Eurostat: Population structure by major age groups, EU-28, 2016-80 (% of total population).([http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing))
32. Eurostat: Shares of different age groups in the 15 years or over tourist population and in the 15 years or over total population, 2014 (%), ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism\\_trends\\_and\\_ageing&oldid=328285](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tourism_trends_and_ageing&oldid=328285)).
33. Flash Eurobarometer 334 Attitudes of Europeans Towards Tourism REPORT, 2012. [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_334_en.pdf)
34. Stebbins, R.A. (1998b). *After Work: The Search for an Optimal Leisure Lifestyle*. Detselig Enterprises, Calgary, Alberta.
35. Wei, S., & Millman, A. (2002). The impact of participation in activities while on vacation on senior s' psychological well-being: a path model analysis. *Journal of Hospitality and Tourism Research*, 26 (2), 175-185.
36. Gillon, S.M. (2004). *Boomer Nation: the Largest and Richest Generation Ever, and How it Changed*. Free Press, New York.
37. Patterson, Ian. (2006). *Growing Older: Tourism and Leisure Behaviour of Older Adults*. School of Tourism and Leisure Management, University of Queensland. Wallingford, Oxfordshire, United Kingdom.
38. Cleaver, M. (2000). Australian seniors' use of travel information sources: perceived usefulness of word-of-mouth, professional advice, marketer-dominated and generalmedia information. *ANZMAC 2000 Visionary Μαρκετινγκ for the 21 st Century*, 1-6.
39. Kim, J., Wei, S., & Ruys, H. (2003). Segmenting the market of West Australian senior tourist using an artificial neural network. *Tourist Management*, 24 (1), 25-34.
40. Littrell, M.A., Paige, R.C., & Song, K. (2004). Senior travelers: Tourism activities and shopping behaviors. *Journal of Vacation Μαρκετινγκ*, 10 (4), 348-362.
41. Wang, K. C. (2006). Motivations for Senior Groups Package Tour Tourists. *Journal of Tourism Studies*, 12 (2), pp. 119-138.
42. Fleischer, A., & Pizam, A. (2002). Tourism constraints among israelí seniors, *Annals of Tourism Research*, 29 (1), 106-123.

43. Hossain, A., Bailey, G., & Lubulwa, M. (2003). *Characteristics and Travel Patterns of Older Australians: Impact of Population Ageing on Tourism*. In International Conference on Population Ageing and Health: Modeling our Future. Canberra, Australia.
44. Hsu, C.H.C., & Lee, E.J., (2002). Segmentation of Senior Motor coach Travelers. *J. Travel Res*, 40 (4), 364-373.
45. Huang, L., & Tsai, H.T. (2003). The study of senior traveler behavior in Taiwan. *Tourism Management*, 24 (5), 561-574.
46. Reece, W.S. (2004). Are Senior Leisure Travelers Different? *J Travel Res*, 43 (1), 11-18.
47. Shim, S., Gehrt, K.C., & Siek, M. (2005). Attitude and Behavior Regarding Pleasure Travel among Mature Consumers: A Socialization Perspective. *Journal of Travel & Tourism Μαρκετινγκ*, 18 (2), 69-81.
48. Horneman, L., Carter, R.W., Wei, S., & Ruys, H. (2002). Profiling the senior traveler: An Australian perspective. *J Travel Res*, 41 (1), 23-37.
49. Jang, S.C., & Wu, C.M.E. (2006). Senior's travel, motivation and the influential factors: An examination of Taiwanese senior. *Tourism Management*, 27 (2), 306-316.
50. Lee, S.H., & Tideswell, C. (2005). Understanding attitudes towards leisure travel and the constraints faced by senior Koreans. *Journal of Vacations Μαρκετινγκ*, 11 (3), 249-263.
51. Eurobarometer 378: Overall perceptions of ageing and older people ([https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing_en)).
52. Crompton, J. L. (1979). Motivations for pleasure vacations. *Annals of Tourism Research*, 6 (4), 408-424.
53. Andreu, L., Bigne, E., & Cooper, C. (2000). Projected and perceived image of Spain as a tourist destination for British travellers. *Journal of Travel and Tourism Μαρκετινγκ*, 9 (4), 47-67.
54. Kozak, M. (2002). Comparative analysis of tourist motivations by nationality and destinations. *Tourism Management*, 23 (3), 221-232.
55. Krippendorf, J. (1987). *The holidaymakers: Understanding the impact of leisure and travel*. London: Heinemann-Butterworth.
56. Brewer, J. (1978). Tourism business and ethnic categories in a Mexican Town. In V. Smith (Ed.), *Tourism and behavior*. Williamsburg, VA: College of William and Mary.
57. Brewer, J. (1984). Tourism and ethnic stereotypes: Variations in a Mexican Town. *Annals of Tourism Research*, 11 (1), 487-502.



58. Baloglu, S. (1997). The relationship between destination images and sociodemographic and trip characteristics of international travelers. *Journal of Vacation Marketing*, 3 (3), 221-233.
59. Baloglu, S., & McCleary, K. W. (1999). A model of destination image formation. *Annals of Tourism Research*, 26 (4), 868-897.
60. Sangpikul, A., (2008). Travel motivations of Japanese senior travellers to Thailand. *International Journal of Tourism Research*, 10 (1), 81-94.
61. Silver Travel Advisor (2017). *Silver Travel Industry Report 2107. An analysis of the travel and holiday habits of the over 50s*. United Kingdom.
62. Eurobarometer 432: Preferences of Europeans towards tourism, 2016 ([https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065\\_432\\_ENG](https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2065_432_ENG)).
63. Trading Economics <https://tradingeconomics.com/european-union/retirement-age-men>.
64. Trading Economics <https://tradingeconomics.com/european-union/retirement-age-women>.
65. Pensions at a Glance 2017 OECD and G20 Indicators. [https://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance\\_19991363](https://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-at-a-glance_19991363)
66. <https://www.weforum.org/agenda/2018/02/retirees-in-these-countries-receive-100-of-a-working-salary/>.
67. Eurobarometer ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tourism\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tourism_statistics))
68. Blazey, M.A. (1987). The differences between participants and non-participants in a senior travel program. *J Travel Res*, 26 (1), 7-12.
69. Pederson, B. (1994). Age and cohort effects an examination of older Japanese travelers. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 9 (2), 21-42.
70. McGuire, F.A. (1984). A factor analytic study of leisure constraints in advanced adulthood. *Leisure Sciences*, 6 (3), 313-326.
71. Rose, C., & Graesser, C.C. (1981). *Adult participation in life-long learning activities in California*. Technical Report, Evaluation and Training Institute, Los Angeles, CA.
72. Brög, W., Erl, E., & Glorius, B. (1998, November 19-20). *Transport and the ageing of the population*. Paper presented at the 112th Round Table of Transport Economics in the European Conference of Ministers of Transport (ECMT), Paris, France.
73. Metz, D. H. (2003). Transport policy for an ageing population. *Transport Reviews*, 23 (4), 375-386.

74. Cleaver, M., Green, B. C., & Muller, T. E. (2000). Using consumer behavior research to understand the baby boomer tourist. *Journal of Hospitality and Tourism Research*, 24 (2), 274-287.
75. Cho, S. M. (2002). Comparative analysis of mature travelers on the basis of Internet use. Retrieved January 22, 2004, from <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-03272002-151445/unrestricted/content.pdf>.
76. Rasmusson, E. (2000). The age of consumer spending. *Sales and Marketing Management*, 152 (7), 16-17.
77. Blazey, M. A. (1992). Travel and retirement status. *Annals of Tourism Research*, 19 (4) 771-783.
78. Javalgi, R.G., Thomas, E.G., & Rao, S.R. (1992). Consumer behaviour in the US pleasure travel marketplace: An analysis of senior and nonsenior travelers. *J Travel Res*, 31 (1), pp. 14-19.
79. Miller, J. (1996, April 1). Golden opportunity. *Hotel and Motel Management*, 211 (6), 45-46.
80. Shoemaker, S. (1989). Segmentation of the senior pleasure travel market. *J Travel Res*, 27 (3), 14-21.
81. Shoemaker, S. (2000). Segmenting the mature market: 10 years later. *J Travel Res*, 39 (1), 11-26.
82. Swartz, L. N. (1999). Marketing to maturity. *Franchising World*, 31 (6), 47-50.
83. Zimmer, Z., Braley, R.E., & Searle, M.S. (1995). Weather to go and where to go: identification of important influences on senior's decisions to travel. *J Travel Res*, 33 (3), 3-10.
84. Lindqvist, L.-J., & Bjork, P. (2000). Perceived safety as an important quality dimension among senior tourists. *Tourism Economics*, 6 (2), 151-158.
85. Bai, B.X., Jang, S., Cai, L.A., & O'Leary, J.T. (2001). Determinants of travel mode choice of senior travelers to the United States. *Journal of Hospitality & Leisure Marketing*, 8 (3-4), 147-168.
86. Statts, L., & Pierfelice, L. (2003). Travel: a long-range goal of retired women. *J Travel Res*, 39 (1), 11-26.
87. Le Serre, D. & Chevalier, C. (2012). Marketing travel services to senior consumers. *Journal of Consumer Marketing*, 29 (4), 262-270.
88. Patterson, I. (2007). Information sources used by older adults for decision making about tourist and travel destinations. *International Journal of Consumer Studies*, 31 (5), 528-533.
89. European Conference of Ministers of Transport. (2001, April 24). Council of Ministers: Report on transport and ageing of the population.

Retrieved February 19, 2005, from <http://www1.oecd.org/cem/online/council/2001/CM0116e.pdf>

90. Metz, D. H. (2000). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 7 (2), 149-152.
91. Esichaikul R. (2012). Travel motivations, behavior and requirements of European senior tourists to Thailand. *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 10 (2), 47-58.
92. <https://www.choicehotels.com/>
93. Koss, L. (1994). Hotel developing special packages to attract senior travelers. *Hotel and Motel Management*, 209 (3), 37-44.
94. Ahmad, R. (2003). Benefit segmentation: A potentially useful technique of segmenting and targeting older consumers. *International Journal of Market Research*, 45 (3), 373-388.
95. Long, N. (1998). Broken down by age and sex – exploring the ways we approach the elderly consumer. *Journal of the Market Research Society*, 40 (2), 73-91.
96. Moschis, G.P. (1996). *Gerontographics: Life Stage Segmentation for Marketing Strategy Development*. Westport, CT: Quorum Books.
97. [https://ec.europa.eu/transport/themes/urban/cycling\\_en](https://ec.europa.eu/transport/themes/urban/cycling_en).
98. <http://www.aevv-egwa.org/>.
99. Kalache, A. & Kickbusch, I. (1977). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4-5.
100. Global Age-friendly Cities: A Guide, 2017. World Health Organization. [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf).
101. <http://www.tourage.eu>.
102. Europe for Seniors (EUROSEN): <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18986>
103. [http://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.enat\\_projects\\_and\\_good\\_practices.1311](http://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.enat_projects_and_good_practices.1311)
104. <http://www.ecalypso.eu/steep/public/index.jsf>
105. [www.eldertreks.com](http://www.eldertreks.com)
106. [www.kavaliero-viajes.com](http://www.kavaliero-viajes.com)
107. [https://cordis.europa.eu/project/rcn/198450\\_en.html](https://cordis.europa.eu/project/rcn/198450_en.html)
108. <https://www.age-platform.eu/project/escape-facilitating-tourism-55>
109. <http://www.tourage.eu>
110. <http://www.visiteurope.com/en/>

111. [http://www.imserso.es/imserso\\_01/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm)
112. [www.turismotropical.com](http://www.turismotropical.com)
113. <https://www.portaldocidadao.pt/en/web/fundacao-inatel/fundacao-inatel>
114. <http://bealtaine.ie/index.php>
115. <https://www.irelandxo.com/>
116. <https://www.knockshrine.ie/>
117. [www.turystykabezbarier.info](http://www.turystykabezbarier.info)
118. <http://madeinwm.pl/warmia-mazury-senior-games/>
119. <http://gasztroutazas.info/szabolcs-szatmar-bereg-gasztronomiaja/>
120. [www.hnp.hu/en](http://www.hnp.hu/en)
121. <http://www.strandja.bg/>
122. <http://www.kareliaexpert.fi/>
123. [www.italia.it/en/home.html](http://www.italia.it/en/home.html)
124. [www.viajamaiz.gov.br](http://www.viajamaiz.gov.br)
125. <http://braztoa.com.br/eng/>
126. <http://www.oits-isto.org/oits/files/resources/198.pdf>
127. <http://www.elderhostel.org/welcome/home.aspx>
128. [www.50plusexpeditions.com](http://www.50plusexpeditions.com)
129. <https://www.odysseytraveller.com/>
130. [https://www.eldertreks.com/countries/new\\_zealand](https://www.eldertreks.com/countries/new_zealand)
131. <https://travel.saga.co.uk/holidays/destinations/europe/uk/england.aspx>
132. [www.valortours.com/](http://www.valortours.com/)
133. <https://www.canyonranch.com>
134. ΙΝΣΕΤΕ «Ποιος είναι ο πελάτης μας;», Οκτώβριος 2015.
135. ΙΝΣΕΤΕ «Προφίλ εισερχόμενου τουρισμού 3<sup>ης</sup> ηλικίας για διακοπές στην Ευρώπη», 2016.
136. ΙΤΕΠ-ΞΕΕ « Η Εποχικότητα του Τουρισμού στην Ελλάδα», 2014.
137. Ινστιτούτο Εμπορίου και Υπηρεσιών της ΕΣΕΕ «Μελέτη για το εμπόριο και τον τουρισμό στην Κρήτη» 2014.
138. Oxford Economics “The impact of online content on European Tourism” το 2017.
139. Available from: <http://www.kathimerini.gr/933534/gallery/ta3idia/sthn-ellada/afierwma-toyrismos-ygeias>.

140. <http://www.kathimerini.gr/771362/article/ta3idia/sthn-ellada/epis-trefontas-sthn-paro>
141. <https://georgiastartshere.com/>
142. Zhang, Y. L., & Li, Y.D. (2009). Research on travel motivations of elderly people based on content analysis method. *Journal of Beijing Technology and Business Univeristy*, 24(5), 101-106.
143. Bao, Y.F. (2009). A study on seniors' travel motivation in Hangzhou based on 'Push and Pull' theory. *Tourism tribune*, 11, 47-52.
144. Maria Teresa Pinheiro Melo Borges Tiago, Jo~ao Pedro de Almeida Couto, Fl avio Gomes Borges Tiago, Sandra Micaela Costa Dias Faria 2016. Baby boomers turning grey: European profiles. *Tourism Management* 54 (2016) 13e22.
145. Litvin, S. W., Goldsmith, R. E., & Pan, B. (2008). Electronic word-of-mouth in hospitality and tourism management. *Tourism Management*, 29(3), 458-468.
146. Scott, D. M., Newbold, K. B., Spinney, J. E., Mercado, R., P aez, A., & Kanaroglou, P. S. (2009). New insights into senior travel behavior: the Canadian experience. *Growth and Change*, 40(1), 140-168.
147. Kohlbacher, F., & Herstatt, C. (Eds.). (2008). *The silver market phenomenon: Business opportunities in an era of demographic change*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
148. Sharpley, R., & Stone, P. R. (Eds.). (2012). *Contemporary tourist experience: Concepts and consequences*. London: Routledge.
149. [http://www.snowbirds.org/CSADownloads/csa\\_travel\\_guide\\_en.pdf](http://www.snowbirds.org/CSADownloads/csa_travel_guide_en.pdf)
150. <http://www.snowbirds.org/csaneews/issues/104/CSANews-104.pdf>
151. <http://www.seniorshousingonline.com.au/>
152. <https://uniting.org/>
153. <https://www.agedcareguide.com.au/retirement-villages>
154. <http://www.seniorlivingonline.com.au/>
155. <https://www.villages.com.au/>
156. <https://www.retirementlivingonline.com.au/>
157. <http://www.retirementabroad.com/>
158. <https://www.retirementvillages.co.uk/>
159. <http://www.anchor.org.uk/our-properties/retirement-villages>
160. <http://www.housingcare.org/index.aspx>
161. <http://www.seniorservice.co.za/>
162. Benson, Michaela and Karen O' Reilly (eds) (2009), *Lifestyle Migra-*

tion: Expectations, Aspirations and Experiences. Surrey and Burlington: Ashgate.

163. Ono, Mayumi (2008), Long-stay Tourism and International Retirement Migration: Japanese Retirees in Malaysia. In S. Yamashita, M. Minami, D. W. Haines and Jerry Eades (eds.) Transnational Migration in East Asia: Japan in a Comparative Focus (Senri Ethnological Reports, 77), pp. 151-162. Osaka: National Museum of Ethnology.”

164. <https://www.theguardian.com/world/2012/dec/26/german-elderly-foreign-care-homes>

165. Eurobarometer 247, Family life and the needs of an ageing population [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\\_247\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_247_en.pdf)

166. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/articles/livingabroad/april2018>

167. <https://www.theguardian.com/politics/2017/jun/29/number-of-britons-over-65-living-in-spain-more-than-doubles-in-10-years>

168. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/datasets/numberofbritishcitizensresidentineucountriesbyagegroupandsex2017>

169. <https://www.gov.uk/search?q=pension+in+spain>

170. <https://www.retiredbrains.com/retiring-abroad.html>

171. Annual Global Retirement Index: <https://www.im.natixis.com/us/resources/2017-global-retirement-ind>.

172. [https://www.tripping.com/?cam=2476&h1=Search+Top+Snowbird+Rentals&gclid=EAlaIQobChMIhLbZxO211gIVILbACh0X2Q-F9EAYASAAEgKq\\_\\_D\\_BwE](https://www.tripping.com/?cam=2476&h1=Search+Top+Snowbird+Rentals&gclid=EAlaIQobChMIhLbZxO211gIVILbACh0X2Q-F9EAYASAAEgKq__D_BwE)

173. <https://www.vrbo.com/>

174. <http://www.snowbirdcondo.com/>

175. FloridaSnowbird.com

176. AlabamaSnowbird.com

177. MississippiSnowbird.com

178. ArizonaSnowbird.com

179. GeorgiaSnowbird.com

180. SouthCarolinaSnowbird.com

181. HawaiiSnowbird.com

182. CaliforniaSnowbird.com

183. TexasSnowbird.com

184. [SnowbirdMexico.com](http://SnowbirdMexico.com)
185. [CaribbeanSnowbird.com](http://CaribbeanSnowbird.com)
186. [http://www.snowbirdhelper.com/vacation\\_rentals.htm](http://www.snowbirdhelper.com/vacation_rentals.htm)
187. <https://www.snowbirdadvisor.ca/snowbird-real-estate-finder>
188. <https://www.helpguide.org/articles/alzheimers-dementia-aging/senior-housing.htm>
189. <https://www.villageoflombard.org/DocumentCenter/View/11272/Senior-Housing-Plan-October-2011-FINAL?bidId>
190. <http://www.housingcare.org/housing/index.aspx>
191. Katsapi and Rizos F (2014): Business study with title: “Business and Operational Models’ Survey–Target populations’ description in the frame of the Elderly accommodation and care”.
192. Garwood, S. and King, N. (2005) Care in Extra Care Housing – A Technical Brief. Department of Health Housing Learning and Improvement Network, Technical Brief No. 1
193. <http://www.ecumenddevelopment.org/senior-coop>
194. <https://www.seniorliving.org/lifestyles/senior-cohousing/>
195. <https://www.cohousing.org/aging>
196. <http://theconversation.com/co-housing-works-well-for-older-people-once-they-get-past-the-image-problem-79907>
197. <https://www.senioradvice.com/articles/what-is-senior-co-housing>
198. <https://www.senioradvisor.com/blog/2016/08/senior-cohousing-a-new-trend-in-senior-living/>
199. <https://www.berkeleyside.com/2018/03/07/future-aging-senior-co-housing-communities-provide-alternatives>
200. [http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/10\\_Housing%20of%20the%20Elderly.pdf](http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/10_Housing%20of%20the%20Elderly.pdf)
201. <https://www.bdcnetwork.com/8-trends-shaping-today%E2%80%99s-senior-housing>
202. <http://www.ecumenddevelopment.org/active-adult>
203. <https://www.seniorcaring.com/resources/what-is-the-difference-between-a-senior-community-and-an-independent-living-community>
204. <https://www.seniorhousingnet.com/care-types/independent-living>
205. <https://www.aplaceformom.com/independent-living>
206. <https://www.seniorhomes.com/s/washington/independent-living>
207. <https://www.seniorliving.org/retirement/villages/>

208. <http://www.retirementliving.org.au/wp-content/uploads/2017/01/Research-Report-FINAL-for-website.pdf>
209. <https://www.villages.com.au/retirement-villages/nsw/kirribilli>
210. Zimmerman, S. et al. (2005), "How Good is Assisted Living? Findings and Implications from an Outcomes Study", *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Science Sciences and Social Sciences*, 60 (4), pp. S195-S204.
211. <http://www.ecumendevlopment.org/assisted-living>
212. Scourfield, P. (2007), "Are There Reasons To Be Worried About the 'Caretelization' of Residential Care?", *Critical Social Policy*, 27 (2), pp. 155-180.
213. Parker, Barnes, Mckee, Morgan, Torrington and Tregenza (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing & Society* 24 (6), 941-962.
214. U.S. Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy , 2011: "RESIDENTIAL CARE FACILITIES: A KEY SECTOR IN THE SPECTRUM OF LONG-TERM CARE PROVIDERS IN THE UNITED STATES". <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/137016/RCFkey.pdf>
215. [http://www.canhr.org/factsheets/rcfe\\_fs/html/rcfe\\_needtoknow\\_fs.htm](http://www.canhr.org/factsheets/rcfe_fs/html/rcfe_needtoknow_fs.htm)
216. [https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public\\_policy\\_institute/lc/2012/residential-care-insight-on-the-issues-july-2012-AARP-ppi-ltc.pdf](https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/lc/2012/residential-care-insight-on-the-issues-july-2012-AARP-ppi-ltc.pdf)
217. Australian Institute of Health and Welfare. (2006a). Residential aged care in Australia 2004-2005: A statistical overview. Canberra, Australia. AIHW. (Aged Care Statistics Series no. 22).
218. <https://www.n4a.org/files/HousingOptions.pdf>
219. [www.housingcare.org](http://www.housingcare.org)
220. UK CLIVEDEN VILLAGE, BUCKINGHAMSHIRE ([clivedenvillage.net](http://clivedenvillage.net))
221. Wispers Park ([manorlife.com/wispers/home](http://manorlife.com/wispers/home))
222. McCarthy & Stone ([mccarthyandstone.co.uk](http://mccarthyandstone.co.uk))
223. Algarve Senior Living <http://algarveseniorliving.com/>
224. Dilectus – Assisted Living, Μαδέρα: <http://dilectusmadeira.pt/assisted-living-facility-respite-care/>
225. Monte de Palhagueira Village Villas, apartments, town Houses and nursing home: <http://www.retirementvillageportugal.co.uk/>
226. InterNations: <https://www.internations.org/>



227. <https://www.expatinfodesk.com/>
228. Numbeo: <https://www.numbeo.com/cost-of-living/>
229. <https://www.expatistan.com/cost-of-living>
230. <https://www.investopedia.com/retirement/best-countries-to-retire/>
231. <https://money.usnews.com/money/blogs/on-retirement/2015/07/14/15-places-to-retire-in-europe#close-modal>
232. <https://www.bankofgreece.gr/Pages/el/Statistics/realestate/default.aspx>
233. [https://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/TE\\_EREVNA\\_KTIMATOMESITON.pdf](https://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/TE_EREVNA_KTIMATOMESITON.pdf)
234. <https://en.spitogatos.gr/>
235. <http://www.hellenic-realty.com/>
236. <https://en.tospitimou.gr/>
237. <https://www.realtor.com/international/gr/p3/>
238. <http://www.apropertyingreece.com/>
239. Enterprise Greece, 2017: <https://www.enterprisegreece.gov.gr/h-el-lada-shmera/zoi-stin-ellada/adeies-diamonhs>
240. Ενδειγμένη πολιτική προσέλκυσης ηλικιωμένων τουριστών, 2013. Available from: <http://www.tovima.gr/files/1/2013/itepsimperasmatax.pdf>
241. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>.
242. Eurostat Statistics Database [database on the Internet] 2012. Available from: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database). Cited in RIVM, 2012 .
243. Ageing in the Twenty-First Century. A Celebration and A Challenge. United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International, 2012.
244. Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. RIVM, December 2012.
245. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):357-71.
246. The Global Burden of disease: 2016 update. World Health Organization
247. Good Health adds life to years. Global Brief for World Health Day 2012. World Health Organization 2012.

248. Freedman, V.A., Martin, L. G. and Schoeni, R.F., "Recent Trends in Disability and Functioning Among Other Adults in the United States: A Systematic Review", *Journal of the American Medical Association* 288 (24) (December 2002): 3137-46.
249. Wills, A. K., Lawlor, D. A., Matthews, F. E., Aihie Sayer, A., Bakra, E., Ben-Shlomo, Y., Benzeval, M., Brunner, E., Cooper, R., Kivimaki, M., Kuh, D., Muniz-Terrera, G. & Hardy, R. Life course trajectories of systolic blood pressure using longitudinal data from eight UK cohorts. *PLoS Medicine*, 2011;8. Cited in Age UK, 2015.
250. Global report on Diabetes. World Health Organization, 2016.
251. World Health Organization, data & statistics, 2017 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/>
252. European Cardiovascular Disease Statistics, 2017 edition. European Heart Network, 2017.
253. SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).Eds. B.-S. Axel., K.Thorsten., L. Howard., M. Michal & W. Guglielmo. De Gruyter, 2015.
254. GLOBOCAN 2008 <http://globocan.iarc.fr/> [database on the Internet] 2008. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>. Cited in RIVM, 2012.
255. Taekema DG, Gussekloo J, Maier AB, Westendorp RGJ, de Craen AJM. Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age Ageing*. 2010;39(3):331–7. Cited in Αναστασιάδου Β, 2015.
256. Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*.2013;29(4), 737. Cited in <http://www.gernaosallios.gr/2017/09/15/>
257. Μ. Δημητριάδου. Γνωστική έκπτωση στην 3η ηλικία: Τι είναι; Αντιμετωπίζεται; Sept 2017. Available from: <http://www.gernaosallios.gr/2017/09/15/>
258. Available from: [www.parkinson.gr/](http://www.parkinson.gr/)
259. Available from: [www.parkinson.org](http://www.parkinson.org)
260. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International. London, 2011.
261. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης (ΕΨΕΠ). Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία: Η Ενεργός Γήρανση ως μέσο Πρόληψης & Αντιμετώπισης. Πρακτικός οδηγός. ΕΨΕΠ. Ιωάννινα, 2016.
262. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430 – 439.

263. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37–43.
264. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006413.
265. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013 Nov 2;382(9903):1525–33.
266. Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *PLoS One*. 2015;10(4):e0118531.
267. Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1686–91.
268. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—a systematic literature review. *PLoS One*. 2013;8(11):e79641.
269. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345 oct04 1:e6341.
270. Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 2014 Apr;29(4):670–9.
271. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med*. 2015 Jun;175(6):959–67. PMID: 25844730.
272. Risonar MG, Rayco-Solon P, Ribaya-Mercado JD, Solon JA, Cabalda AB, Tengco LW, et al. Physical activity, energy requirements, and adequacy of dietary intakes of older persons in a rural Filipino community. *Nutr J*. 2009;8(1):19.
273. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med*. 1995 Dec 1;123(11):850–9.
274. Beck AM, Kjør S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):483–93.

275. Carrera, PM & Bridges, J.F. (2009). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 6 (4), 447-454.
276. Smith, M., & Puczkó, L. (2014). *Health, tourism and hospitality: Spas, wellness and medical travel* (2 ed.). London (UK): Routledge).
277. Mainil, T, Eijgelaar, E, Klijs, J, Nawijn, J, Peeters, P, (2017), Research for TRAN Committee – Health tourism in the EU: a general investigation, *European Parliament, Policy Department for Structural and Cohesion Policies, Brussels*.
278. GWI. (2017). Global Wellness Economy Monitor, January 2017. Miami, USA.
279. Kurtulmuşoğlu, F. B., & Esiyok, B. (2016). Motivations and destination selection of mature international thalassotherapy tourists. *Current Issues in Tourism*, 1-19. doi:10.1080/13683500.2016.1170109
280. Dumont, J., and Zurn, P. (2007). OECD International Migration Outlook.
281. Baumol, WJ. *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Yale, 2012
282. Intuition. (2014). Exploring the opportunity for medical tourism networks in Greece. Intuition Communication Ltd.
283. Lister, G. (1999). Hopes and fears for the future of health: A European scenario for health and care in 2022. assessed on 2<sup>nd</sup> October 2006 at <http://www.jbs.cam.ac.uk/research/health/polifutures/pdf/hopes.pdf>
284. Deloitte (2011). Medical tourism in Australia: A scoping study, for the Department of Resources, Energy and Tourism, Australia, 15 August 2011
285. Patients Without Borders, “*Medical Tourism statistics and Facts*”. Available at: <https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>
286. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). *Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review*. Paris, France.
288. WHO, (2013). Medical tourism, WHO Patient Safety Program, 2 October
289. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
290. Medical Tourism Index.
291. Στόχασις. Κλαδικές Στοχεύσεις: Τουρισμός υγείας: ιατρικός τουρισμός, ιαματικός τουρισμός & τουρισμός ευεξίας, Απρίλιος 2017.

292. Research/Surveys/Statistics, (n.d.), Retrieved October, 2017, from <http://www.medicaltourismassociation.com/en/research-and-surveys.html>
293. Medical Tourism: Consumers in Search of Value, Deloitte Center for Health Solutions, 2008. Available online at: <http://www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,sid%253D127087%2526cid%253D217866,00.html>
294. Statista.com, "Top global medical tourism destinations based on number of tourists in 2013". Available at: <https://www.statista.com/statistics/546678/top-global-destinations-by-number-of-medical-tourists/>.
295. Klijs, J., Ormond, M., Mainil, T., Peerlings, J., & Heijman, W. (2016). A state-level analysis of the economic impacts of medical tourism in Malaysia. *Asian-Pacific Economic Literature*, 30 (1), 3-29.
296. Pachanee, C., & Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy and Planning*, 21 (4), 310-318.
297. Medical Tourism Magazine, (2018). Medical tourism market in Greece: Current trends, and the future. Medical Tourism Magazine, March 20. Available at: <https://www.medicaltourismmag.com/article/medical-tourism-market-greece-current-trends-future>
298. European Commission. (2015h). Special Eurobarometer 425. Patients' rights in crossborder healthcare in the European Union (DOI 10.2875/75886).
299. Stakpole, I. and Vequist D., Analysis of Medical Travel to Colombia, (unpublished) 2013
300. Global Healthcare Resources, (2017). 2016-2017 Global Buyers Survey, Brief, International Healthcare Research Center.
301. European Commission. (2015a). Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare (COM(2015) 421 final). Brussels.
302. Eurostat Statistics Explained (2018). Unmet health care needs statistics. Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care)
303. Τράπεζα της Ελλάδος: Available from: <https://www.bankofgreece.gr/pages/el/statistics/externalsector/balance/travelling.aspx>
304. 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.

305. Health Tourism Greece, home page. Available at: <http://healthtourismgreece.com/>.
306. World Economic Forum, (2017). Greece: Travel and Tourism Competitiveness Index 2017 edition. Available at: <http://reports.weforum.org/travel-and-tourism-competitiveness-report-2017/country-profiles/#economy=GRC>
307. Available from: [www.elitour.org](http://www.elitour.org)
308. Available from: <https://globalhtc.org/>
309. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Διαμόρφωση Βασικών Παραδοτέων για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα. Αθήνα, 2014. Available from: [www.gha.gr](http://www.gha.gr)
310. <https://greekhealthtourism.gr/el/home-2/>
311. Available from: [www.summit.imtj.com](http://www.summit.imtj.com)
312. Ένωση Κέντρων Αποκατάστασης Ελλάδας (ΕΚΑΕ), 2017
313. Footman, K., Mitrio, S., Zanon, D., Glonti, K., Risso-Gill, I., McKee, M., & Knai, C. (2014). Dialysis services for tourists to the veneto region: A qualitative study. *Journal of Renal Care*, 41(1), 19-27. doi:10.1111/jorc.12088.
314. Sims, J., Bennett, P. N., Ockerby, C., Ludlow, M., Fairbairn, J., Wilson, A., & Kerr, P. G. (2017). The effect of holiday haemodialysis treatments on patient mood, adverse symptoms and subjective wellbeing using the Big Red Kidney Bus. *Nephrology*, 22(2), 107-113. doi:10.1111/nep.12811
315. Available from: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/tour/2013/TasiosIlias/attached-document-1375857691-384994-1713/TasiosIlias2013.pdf>
316. Σύνδεσμος Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας (Σ.Δ.Ι.Π.Ε.).
317. Available from: [http://www.huffingtonpost.gr/2016/12/09/ei-diseis-ugeia-oi-753-iamatikes-piges-tis-elladas-tourismos-tessaron-epoxon-meso-tis-iamatikis-iatrikis-\\_n\\_13527628.html](http://www.huffingtonpost.gr/2016/12/09/ei-diseis-ugeia-oi-753-iamatikes-piges-tis-elladas-tourismos-tessaron-epoxon-meso-tis-iamatikis-iatrikis-_n_13527628.html)
318. Szromek, A. R., Romaniuk, P., & Hadzik, A. (2016). The privatization of spa companies in Poland – An evaluation of policy assumptions and implementation. *Health Policy*, 120(4), 362-368. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.011>
319. (Pforr, C., & Locher, C. (2012). The German Spa and Health Resort Industry in the Light of Health Care System Reforms. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29(3), 298-312. doi:10.1080/10548408.2012.666175)
320. Global Spa & Wellness Summit, 2010.
321. Available from: <http://www.naftemporiki.gr/finance/story/1309887/pos-tha-treksoun-oi-ependuseis-ston-tomea-iamatikou-tourismou>
322. Κωβαίου Μαρία (Καθημερινή, 11.2017). Αφιέρωμα: Τουρισμός

Υγείας. Available from: <http://www.kathimerini.gr/933534/gallery/ta3idia/sthn-ellada/afierwma-toyrismos-ygeias>

323. World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>) [Date accessed: 21/12/2017].

324. Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας. Αθήνα 2000.

325. Ardell. D. B. High Level Wellness (2nd edition), Berkeley. 1986.

326. Mueller H. and Kaufmann EL. Wellness Tourism. 2001. Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, Volume 7 Number 1. pp. 5-17.

327. Huffington Post. [https://www.huffingtonpost.com/susie-ellis/wellness-wellbeingand-wha\\_b\\_9641722.html](https://www.huffingtonpost.com/susie-ellis/wellness-wellbeingand-wha_b_9641722.html) [Date accessed: 18.01.2018].

328. Chen, Kaung-Hwa & Liu, Hsiou-Hsiang & Chang, Feng-Hsiang. 2013. Essential customer service factors and the segmentation of older visitors within wellness tourism based on hot springs hotels. *International Journal of Hospitality Management*. 35. pp. 122-132.

329. Guinn, R. 1980. Elderly recreational vehicle tourists: Motivations for leisure, *Journal of Travel Research*, 19(1). pp. 9-12.

330. Romsa, G. and Blenman. M. 1989, Vacation patterns of the elderly German, *Annals of Tourism Research* 16(2), pp. 178–188.

331. Horx M. 2001. Was ist wellness? Anatomie und Zukunft sperspektive dasWolfühl trends. *Zukunft Institut Frankfurt*.

332. Scholz J. 2003. Der Gesundheitstourismus in Europa – 50plus und weitere Trends. *Unternehmensplanung und marktforschung*. ΕΙΞαδάς, Bielefeld.

333. Pilzer P. Z. 2007. *The New Wellness Revolution*. John Wiley&Sons, Inc.,Hoboken, New Jersey, pp. 304.

334. Friedl H., 2007. Werbraucht Wellness – und warum gerade jetzt? *Zeitschrift für integrativen Tourismus und Entwicklung* 4.06.. pp. 6-10.

335. Zsigmond E. 2007. A wellness koncepció története. in: Laczkó T. (Szerk.): *Wellness alapismeretek I.*, PTE ETK, Pécs, pp. 3 - 21.

336. Rátz T. 2004. Zennis és Lomi Lomi, avagy új trendek az egészségturizmusban. In: AubertA.–Csapó J. (szerk). *Egéségturizmus*. Bornus nyomda, Pécs. pp. 46–65.

337. [[https://experienceispa.com/images/pdfs/Global-Best-Practices\\_2017Updates.pdf](https://experienceispa.com/images/pdfs/Global-Best-Practices_2017Updates.pdf)] [Date accessed: 28/12/2017].

338. Voigt, C. & Pforr, C. (2014). *Wellness Tourism. A destination perspective*. Routledge, London and New York.

339. Kiss K. - Török P. 2001. Az Egéségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei, *Turizmus Bulletin* 2001. 5(3). pp. 7–14.

340. Csirmaza E. and Peto. K. 2015. International trends in recreational and wellness tourism *Procedia Economics and Finance* 32. pp. 755 – 762.
341. <http://www.ipkinternational.com/en/>
342. Travel and Leisure. <http://www.travelandleisure.com/worlds-best/spa-getaways-international#kamalaya-koh-samui> [Date accessed: 7/01/2018].
343. <https://healinghotelsoftheworld.com/hotels/euphoria-retreat-a-holistic-destination-spa-greece/> [Date accessed: 28/12/2017].
344. <https://healinghotelsoftheworld.com/hotels/silver-island-yoga-greece/>[Date accessed: 28/12/2017].
345. <https://www.aman.com/resorts/amanzoe> [Date accessed: 28/12/2017].
346. <http://www.elatosresort.gr/> [Date accessed: 28/12/2017].
347. <https://www.tatoiclub.com/> [Date accessed: 28/12/2017].
348. World Report on Ageing and Health. World Health Organization, 2015.
349. Current and future caregiver needs for people with disabling conditions. Geneva: World Health Organization; 2002 (Longterm care series).
350. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_in\\_Europe\\_-\\_facts\\_and\\_views\\_-\\_health#Further\\_Eurostat\\_information](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_health#Further_Eurostat_information)
351. <http://www.en.angel-care.pl>
352. <https://www.alzheimerthailand.com/>
353. <http://careresortchiangmai.com/>
354. <http://casacieneguita-assisted-living.com>
355. <https://www.dementiavillage.com/>
356. <http://dilectusmadeira.pt/care-services>
357. <http://en.shemere.co.il>
358. [www.thalassotherapie-opatija.hr](http://www.thalassotherapie-opatija.hr)
359. [http://www.pflegeurlaub-rhodos.eu/?file=files/contaodemo/media/content-images/Aktuelles/2017/Dokumentation\\_Rhodos\\_2017\\_GR\\_FI-NAL\\_WEB-PDF.pdf](http://www.pflegeurlaub-rhodos.eu/?file=files/contaodemo/media/content-images/Aktuelles/2017/Dokumentation_Rhodos_2017_GR_FI-NAL_WEB-PDF.pdf)
360. [www.aktios.gr](http://www.aktios.gr)
361. <http://temos-aegean.info/>
362. CHS Alzheimer's Disease Caregiver Project:Wave6,2000.
363. Carson GD. Balancing the needs of patients and society. *CMAJ*. 1988 Nov 15;139(10):931-2.



364. [http:// www.ermis.gov.gr](http://www.ermis.gov.gr)
365. EC, European Core Health Indicators (ECHI). [https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en)
366. Γείτονα Μ, Καρόκης Α, Κυριόπουλος, Γ, Λιονής, Χ, Σίσσουρας, Α, Υφαντόπουλος, Γ. Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγείας και τη φροντίδα υγείας. Κείμενα ομοφωνίας . Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2004.
367. Δεδούκου Ξ. και άλλοι (2011). Νοσοκομειακές λοιμώξεις: Εθνικό σχέδιο δράσης Προκρούστης, τα πρώτα αποτελέσματα και το επόμενο βήμα, ΚΕΕΛΠΝΟ E-bulletin, <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1016>
368. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.
369. Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν (2012): Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (4), 480-488.
370. Katsapi, A., & Rizos, F. (2015). *Medical Tourism Coordinators' Handbook*, Temos Hellas Ltd.
371. EC, Έτη Υγιούς Ζωής, [https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years\\_el](https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_el)
372. EC 2018. Δείκτες για την υγεία [https://ec.europa.eu/health/indicators/policy\\_el](https://ec.europa.eu/health/indicators/policy_el)
373. EC, Διεθνής ταξινόμηση. [https://ec.europa.eu/health/indicators/international\\_classification\\_el](https://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification_el)
374. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2016.
375. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2017.
376. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/antimicrobial-resistance-zoonotic-bacteria-humans-animals-food-2016.pdf>
377. Glasner, C., Albiger, B., Buist, G., et al. (2013). Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries. *Euro Surveill*, 18 (28), pii= 20525.
378. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-usePPS.pdf>
379. <https://www.economist.com/blogs/theworldin2014/2013/12/social-unrest-2014>
380. <http://conflictrisk.jrc.ec.europa.eu>
381. <http://globalterrorismindex.org/>
382. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743-1748.

383. Turner, L. G. (2011). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal of Quality in Health Care*, 23 (1), 1-7.
384. Todd, K. M. (2011). *Medical Tourism Facilitator's Handbook 1st Edition*. Kindle Edition.
385. Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*, 18 (11), 356-360.
386. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2817%2930818-8/fulltext>
387. Al-Assaf, A.F., & Sheikh, M. (2004). *Quality improvement in primary health care. A practical guide*. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 26, Cairo.
388. Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M., Ten Asbroek, A.H., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care* 2003, 15 (5), 377-398.
389. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
390. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)
391. Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health Inequalities After Austerity in Greece. *Int J Equity Health*, 15 (83), 1-3.
392. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015.
393. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα Υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2015.
394. Βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ (2016), διαθέσιμη στο [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
395. Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
396. Donabedian A. (1996). *Quality improvement through monitoring health care*. Annual meeting of the society of the quality assurance in health care, Seoul.
397. WHO. (1993). *Continuous quality development: A proposal national policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
398. <http://www.who.int/en/>

399. Παπανικολάου Β., Σιγάλας, Ι. (2007). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
400. Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48 (2), 84-94.
401. Τούντας Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 20 (5), 532-546
402. Bookman, M. Z., & Bookman, M. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
403. Crooks, V.A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011): Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72 (5), 726-732.
404. Gökhan, A., & Bilge, K. (2017). Factors affecting health tourism and international healthcare facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11 (1), 16-36.
405. Heesup, H., & Sunghyup S.H. (2015): Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.
406. Gupta M.K., Rajachar, V., & Prabha, C. (2015): Medical tourism: a new growth factor for Indian healthcare industry. *Int J Res Med Sci*, 3 (9), 2161-2163.
407. WHO Regional Office for Europe (2010). *A brief synopsis on patient safety*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
408. European Network Accessible Tourism, 2017. <http://www.accessible-tourism.org/?i=enat.en.enat-code-of-good-conduct>
409. Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και Προαιρετικό Πρωτόκολλο [https://www.unric.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46](https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=46)
410. [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)
411. Institute of Risk management (IRM), 2002. [https://www.theirm.org/media/886059/ARMS\\_2002\\_IRM.pdf](https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf)
412. Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs.*, 19 (14), 912-917.
413. Rami, A., & Solanki H. (2017): *Gujarat: A Global Health Destination Promoting Medical Tourism*. Thesis in Rai University.
414. Keller, K. L., & Kotler, P. (2006). *Holistic Marketing: A Broad, Integrat-*

ed Perspective to Μαρκετινγκ Management. In J. N. Sheth, & R. S. Sisodia (Eds.), *Does Μαρκετινγκ Need Reform? Fresh Perspectives on the Future* (pp. 300-305).

415. Anholt, S. (2000). *Another One Bits the Grass: Making Sense of International Advertising*. New York: John Wiley & Sons.

416. Kotler, P. & Armstrong, G. (2013). *Principles of Μαρκετινγκ*. 14th edition. Edinburch Gate Harlow Essex, England. Pearson Education.

417. Rerkrujipimol J. and Assenov I (2011). Μαρκετινγκ Strategies for Promoting Medical Tourism in Thailand. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts* Vol. 3 Issue 2, p. 95-105.

418. Yung-Sheng, Y. (2013): Key Success Factors in Medical Tourism Marketing. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, March 2013, Vol. 3, No. 3

419. <http://www.pewinternet.org/2012/06/06/older-adults-and-internet-use/>

420. Gupta, A., Tyagi, M. & Sharma, D. (2013). Use of social media marketing in healthcare. *Journal of Health Management*, 15 (2), 293-302.

421. Griffiths, F.E., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogoo, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8: 2, e10.

422. Dooley, J.A., Jones, S.C., Desmarais, K., (2009). Strategic Social Marketing in Canada: Ten Phases to Planning and Implementing Cancer Prevention and Cancer Screening Campaigns, *Social Marketing Quarterly*, 15 (3), 33-48.

423. Ινστιτούτο ΣΕΤΕ (2017). Ελληνικός Τουρισμός, Εξελίξεις – Προοπτικές. Τεύχος 3, Ιούλιος 2017. [https://sete.gr/media/7878/2017\\_pm\\_ellhnikos\\_tourismos\\_3.pdf](https://sete.gr/media/7878/2017_pm_ellhnikos_tourismos_3.pdf)

424. Clemmer, J. (1990). The three rings of perceived value. *Canadian Manager*, 15, p. 12-15.

425. Connell J., (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27,1093–1100.

426. Lunt, N., Mannion, R, & Exworthy, M., (2012). A Framework for Exploring the Policy Implications of UK Medical Tourism and International Patient Flows. *Social Policy & Administration*, 17, 61-81.

427. Gill, H., & Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4(03), p. 315.

428. Heung, V, Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), p. 995-1005.

429. Fetscherin M. & Stephano R. (2016): The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management* 52 (2016), p. 539-556.
430. Saadatnia, F, & Mehregan, M. R. (2014). Determining and prioritizing factors affecting to increase customers attraction of medical tourism from the perspective of Arabic countries. *International Journal of Marketing Studies*, 6(3), p. 155.
431. Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), p. 80-88.
432. Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), p. 165-183.
433. Skountridaki, L. (2017). Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professionals. *Tourism Management*, 59(April), p. 254–266.
434. Lee, M., Han, H., & Lockyer, T. (2012). Medical tourism e attracting Japanese tourists for medical tourism experience. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 29 (1), 69-86.
435. Ko, Y. K., & Kim, B. J. (2011). The effects of switching cost perceived by patients and negative word of mouth on revisiting intention for hospital patients. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 17(1), 5-13.
436. Αθανασίου Ε., Τσούμα Α. (2013), “Η εισαγόμενη συνιστώσα της κατανάλωσης και των εξαγωγών στην Ελλάδα: Κλαδική ανάλυση και προοπτικές ανάπτυξης μέσω της υποκατάστασης εισαγωγών”, ΚΕΠΕ Οικονομικές Εξελίξεις, 20, σ.74-81.
437. Hidalgo C., Hausmann R., (2009) “The Building Blocks of Economic Complexity”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, July 2009.
438. Ικκος Α, Κουτσός Σ., (2018), “Η συμβολή του Τουρισμού στην ελληνική οικονομία το 2017”, ΣΕΤΕ Intelligence.
439. Αθανασίου Ε., Τσέκερης Θ., Τσούμα Α. (2014), “Ανάλυση εισροών-εκροών και πολλαπλασιαστικές επιδράσεις στην ελληνική οικονομία”, ΚΕΠΕ Οικονομικές Εξελίξεις, 24, σ.70-79.
440. Danchev S., Παρατσιώκας Ν., (2012), “Η επίδραση του τουρισμού στην Ελληνική οικονομία”, ΙΟΒΕ.
441. [https://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/2012\\_AGORA\\_AKINHTON\\_II.pdf](https://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/2012_AGORA_AKINHTON_II.pdf)
442. Γκράτον Λ. και Σκότ Α. (2018), Ο Γρίφος των 100 Χρόνων. Ζωή, εργασία και εκπαίδευση στην εποχή της μακροβιότητας. Αθήνα, διαΝΕΟσις.

## Επιπρόσθετες Βιβλιογραφικές Πηγές

### Ελληνόγλωσση

- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, (2012): Ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.
- ΠΟΥ, 2007. Global Age-friendly Cities: A Guide.
- Ρέρρες Κ., Τουρισμός για άτομα τρίτης ηλικίας. Ινστιτούτο Τουριστικών Ερευνών και Προβλέψεων. Αθήνα, 2013.

### Ξενόγλωσση

- Apostolopoulou, E., Raftopoulos, V., Filntisis, G., Kithreotis, P., Stefanidis, E., Galanis, P., & Veldekis, D. (2013), Surveillance of Device-associated Infection Rates and Mortality in 3 Greek Intensive Care Units. *Am J Crit Care*, 22 (3), 12-20.
- Beerli, A., & Martín, J. D. (2004). Tourists' characteristics and the perceived image of tourist destinations: a quantitative analysis da case study of Lanzarote, Spain. *Tourism Management*, 25(5), p. 623-636.
- Clarke, J., Houliaras, A., & Sotiropoulos, D. (2016). *Austerity and the Third Sector in Greece*. Routledge, New York.
- Dann, G. (1977). Anomie, ego-enhancement and tourism. *Annals of Tourism Research*, 4 (4), 184-194.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The Impact of the Economic Crisis on the Health System and Health in Greece. In: Maresso, A., et al. (eds.), *Economic crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- EUCAN (2017). Country factsheets on Greece. International Agency for Research on Cancer.
- Gökhan A., Bilge K. (2017). Factors affecting health tourism and international healthcare facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Μαρκετινγκ*, Vol. 11 Issue: 1, pp.16-36.
- Harryono M., Huang Y., Miyazawa, K., & Sethaput V. (2006). *Thailand Medical Tourism Cluster*. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness.
- Iso-Ahola, S.E., & Crowley, E.D. (1991). Adolescent substance abuse and

- leisure time boredom. *Journal of Leisure Research*, 23 (3), 260-271.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., Tsavalias, K., & Liaropoulos, L. (2016), The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4 (10), 111-125.
  - Kalache & Kickbusch (1997).
  - Katsapi A and Rizos F (2014): Business study with title: " Business and Operational Models' survey - Target populations' description in the frame of the Elderly accommodation and care".
  - Mattoo, A., & Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs*, 25(2), p. 358-368.
  - McGuire, F.A., Dottavio, D. & O'Leary, J.T. (1986) Constraints to participation in outdoor recreation across the life span: A nationwide study of limits and prohibitors. *The Gerontologist*, 26(5), pp. 538-544.
  - Medical Tourism Association, M. T. A. (2013). Medical tourism climate survey 2013 (pp. 1-92).
  - National Institute on Aging and National Institutes of Health (2007). Why Population Aging Matter, No. 07 - 6134
  - OECD/ITF (2015), Greece, Chapter 14 in Road Safety Annual Report 2015, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/irtad-2015-en>.
  - Poon, A. (1994) The new tourism revolution and management. *Progress in Tourism and Hospitality Research*, 4(2), pp. 101-114.
  - Porter E. M. (2000). Location, Competition, and Economic Development: Local Clusters in a Global Economy. *Economic Development Quarterly*, 14 (1), 15-34.
  - Puneeta A. (2017) Ranking the strategies for Indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *Int J Health Care Qual Assur*, 30 (8), 668-679.
  - Tham Aaron (2018): Sand, surgery and stakeholders: A multi-stakeholder involvement model of domestic medical tourism for Australia's Sunshine Coast, *Tourism Management Perspectives* 25 (2018), p. 29-40.
  - The European Tourism Indicator System. (2016). *ETIS toolkit for sustainable destination management*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
  - Turner Leigh G. (2011): Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *Int J Qual Health Care*, 23 (1), 1-7.
  - YOUTH - Network of European Regions for Competitive and Sustainable Tourism Asbl.
  - World Economic Forum. (2017). *The Global Risks Report 2017, 12th Edition*. World Economic Forum, Geneva.

## Ηλεκτρονικές πηγές

- 50+ Travel & Learn (Νέα Ζηλανδία) <http://www.newzealandsenior-travel.com>
- 50Plus Expeditions (Η.Π.Α.) <http://www.50plusexpeditions.com>
- Brazilian Association of Tour Operators: <http://braztoa.com.br/eng/>
- Canyon Ranch Health Resort (ΗΠΑ) <http://www.canyonranch.com>
- CARE TOURISM RHODES: <http://www.aegeanislands.gr/islands/rhodes/medicaltourisminRhodes.html>
- DiscOver55: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18983>
- EDEN55plusNW: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18984>
- Elderhostel: <http://www.elderhostel.org/welcome/home.asp>
- ElderTreks: [www.eldertreks.com](http://www.eldertreks.com)
- European Sweets Itineraries (ESI): <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18985>
- EWB Project – Europe Without Barriers: <https://www.europewithout-barriers.eu/ewb-project/>
- Forever Young: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18981>
- GARDEN ROUTE: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18987>
- <http://aacihealthcare.com/>
- <https://accreditation.ca/intl-en/>
- [www.brta.eu](http://www.brta.eu)
- <http://culture-routes.net/>
- <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3699,sashastaneingilizce-sonbaskirevizepdf.pdf>
- [http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/tourism/ict/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/tourism/ict/index_en.htm)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Council\\_for\\_Affordable\\_Quality\\_Healthcare](https://en.wikipedia.org/wiki/Council_for_Affordable_Quality_Healthcare)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Organisation\\_of\\_European\\_Cancer\\_Institutes](https://en.wikipedia.org/wiki/Organisation_of_European_Cancer_Institutes)
- <http://globalhealthcareaccreditation.com/>
- <https://globalhtc.org/>
- <https://isqua.org/>
- <https://mtqua.org/>
- <http://visitgreece.gr/>
- <https://www.aaaasf.org/>
- <https://www.achc.org/>
- <https://www.achs.org.au/achs-international/>
- <https://www.agpal.com.au/> [http://ec.europa.eu/growth/sectors/tourism/offer/sustainable/indicators\\_en](http://ec.europa.eu/growth/sectors/tourism/offer/sustainable/indicators_en)
- <https://www.cbahi.gov.sa/surveyor/AboutUs.aspx>
- <http://www.dnvghealthcare.com/>
- <http://www.elitour.org/>
- <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N28/art20525.pdf>
- <http://www.fimas.org/>



- <https://www.gracefulpassages.org/gp2/wp-content/uploads/2015/09/Aging-Data.pdf>
- <https://www.has-sante.fr/portail/>
- <https://www.hqsc.govt.nz/>
- <https://www.imtj.com/organisation-details/health-wellness-tourism-commission-agexport-2189/>
- <http://www.isathens.gr/syndikal/6737-pagkosmio-instituto-ellinwn-iatrwn.html>
- <https://www.jointcommissioninternational.org/>
- <http://www.malysiatravelguide.com>
- <http://www.medicaltourism.com.ph/guide-book>
- <http://www.nabh.co/>
- [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/da-f-e-a-2017\\_9789264285224-el](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/da-f-e-a-2017_9789264285224-el)
- <http://www.pkm.gov.gr/default.aspx?lang=el-GR&page=177&presid=15275>
- <https://www.qha-trent.co.uk/>
- <https://www.swissapproval.gr/index.php/product-and-services/hospitality.html>
- <https://www.swissapproval.gr/index.php/product-and-services/management-system-certification.html>
- <https://www.temos-worldwide.com/>
- <http://www.tourage.eu/>
- <http://www.tourism-link.eu/tourism-link/>
- <http://www.turkeyhealthguide.com/>
- <http://www.ukaf.org.uk/>
- <http://www.voria.gr/article/cluster-iatrikou-tourismou-dimiourgi-i-periferia-k-makedonias>
- [https://www.welcomeeurope.com/european-funds/senior-tourism-initiative-909+809.html#tab=onglet\\_details](https://www.welcomeeurope.com/european-funds/senior-tourism-initiative-909+809.html#tab=onglet_details)
- [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)
- [http://www.who.int/workforcealliance/members\\_partners/member\\_list/iime/en/](http://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/iime/en/)
- INATEL Foundation:
- <https://www.portaldocidadao.pt/en/web/fundacao-inatel/fundacao-inatel>
- Ireland Reaching Out: <http://www.tourage.eu/>
- LAKtive Tourism: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18988>
- Lincombe Manor [www.manorlife.com/lincombe/home](http://www.manorlife.com/lincombe/home)
- Maria Farm: <http://www.maria.ee/index.php/en/>
- Odyssey Travel (Αυστραλία) <http://www.odysseytravel.com.au/>
- PLEASE: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18989>.
- Project ESCAPE: <http://www.age-platform.eu/project/escape-facilitating-tourism-55>

- Project TOURAGE: <http://www.tourage.eu/>
- Saga Holidays (UK) <http://www.sagaholidays.com>
- SENINTER: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18990>
- Senior Travel 55+: <http://www.visiteurope.com/en/>
- Seniors on Reciprocal Tourism (SORT): <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18991>
- SPIRIT Youth: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18982>
- SENIOR - Camera di Commercio Italiana per il Portogallo (CCIP, Portugal) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18985>
- SENIOR - PLEF (Italy) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18986>
- SENIOR - RCMS (Slovenia) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18987>
- SENIOR - Municipality of Iseo (Italy)
- SENIOR - ANAS (Italy) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18989>
- SENIOR - Diesis (Belgium) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18990>
- SENIOR – Mentores (Greece) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/18991>
- SOWELL: [http://empresa.gencat.cat/en/treb\\_ambits\\_actuacio/emo\\_turisme/emo\\_coneixement\\_planificacio/emo\\_informes/fullturisme/emo\\_fullturisme\\_noticies/emo\\_numero8/emo\\_9\\_sowell/](http://empresa.gencat.cat/en/treb_ambits_actuacio/emo_turisme/emo_coneixement_planificacio/emo_informes/fullturisme/emo_fullturisme_noticies/emo_numero8/emo_9_sowell/)
- Tervis Medical Spa, Pärnu: <http://www.spatervis.ee/en>
- Ultreia Project on Knock Shrine: <http://www.tourage.eu/>
- Valor Tours (ΗΠΑ) <http://www.valortours.com>.
- Warmia - Mazury Senior Games: <http://madeinwm.pl/warmia-mazury-senior-games/>
- YOUTH - MVNGO (ITALY) / <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/1898>



diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis