



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική εργασία:

Αναπαραγωγικός Τουρισμός στην Ελλάδα

Δήμητρα Μυρωνίδου

Επιβλέπουσα: Κάτου Αναστασία, Αν. Καθηγήτρια

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης
στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Μάρτιος, 2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αναπαραγωγικός τουρισμός αποτελεί μια ειδική τουριστική μορφή που αναφέρεται στα ταξίδια ασθενών με προβλήματα γονιμότητας με σκοπό τη λήψη διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας. Η Ελλάδα αποτελεί έναν από τους δημοφιλέστερους προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού διεθνώς, δεδομένου του προοδευτικού νομικού πλαισίου που διέπει την ανθρώπινη υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και του υψηλού επιπέδου εξειδίκευσης των κλινικών γονιμότητας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του προφίλ και των κινήτρων των ασθενών-αναπαραγωγικών τουριστών που επισκέπτονται την Ελλάδα για τη λήψη φροντίδας γονιμότητας, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη και άλλα χαρακτηριστικά του ταξιδιού και της θεραπείας. Για την πραγμάτωση αυτού του σκοπού διενεργήθηκε έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου σε 101 ασθενείς ενός κέντρου γονιμότητας με έδρα τη Θεσσαλονίκη. Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα, η πλειονότητα των ασθενών είναι άνω των 36 ετών, έγγαμοι και προέρχονται από ευρωπαϊκές χώρες, με τη χρήση προγραμμάτων δωρεάς ωαρίων και εμβρύων να αναδεικνύεται στη δημοφιλέστερη θεραπευτική επιλογή. Τα σημαντικότερα κίνητρα επιλογής της χώρας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού είναι η υψηλή αντιληπτή ποιότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο και η ύπαρξη του κέντρου γονιμότητας, με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών και την πρόθεση σύστασης της χώρας σε τρίτους να ανέρχονται σε υψηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς δεν θεωρούν ότι υφίστανται σημαντικά εμπόδια για την επιλογή της Ελλάδας για τη λήψη σχετικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, υποστηρίζεται ότι η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού στη χώρα διαθέτει σημαντική αναπτυξιακή δυναμική, με την περαιτέρω αξιοποίηση του φιλελεύθερου νομικού πλαισίου και την ενεργοποίηση των φορέων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και των κλινικών να αναδεικνύονται σε βασικά εργαλεία μελλοντικής του ανάπτυξης και προσέλκυσης περισσότερων ασθενών από τις ευρωπαϊκές και άλλες χώρες.

Λέξεις κλειδιά: αναπαραγωγικός τουρισμός, κίνητρα, προφίλ ασθενών, διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα.

ABSTRACT

Reproductive tourism is a special form of tourism that refers to travels of patients with fertility problems for the purpose of receiving cross-border reproductive care. Greece is one of the most popular reproductive tourism destinations internationally, given the progressive legal framework governing human-assisted reproduction and the high level of specialized fertility clinics. The aim of this study is to investigate the profile and motivation of reproductive patients visiting Greece for fertility care while taking into account other characteristics of travel and treatment. To accomplish this, a questionnaire survey was performed on 101 patients at a Thessaloniki-based fertility center. According to research results, the majority of patients are over 36 years old, married and come from European countries, with using egg and embryo donation programs being the most popular treatment option. The most important incentives for selecting the country as a reproductive tourism destination are the high perceived quality and availability of assisted reproductive services, the favorable legal framework and the existence of the particular fertility center, with overall patient satisfaction and the intention to recommend the country to others reaching high levels. Correspondingly, it was found that patients do not consider that there are significant barriers for choosing to Greece for receiving that type of care. It is therefore argued that the reproductive tourism market in the country has significant growth potential, with the further exploitation of the liberal legal framework and the enabling of assisted reproductive agents and clinics being key tools for future growth and attraction of more patients from European and other countries.

Keywords: reproductive tourism, motivation, patient profile, cross-border reproductive care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	11
2.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ.....	11
2.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση.....	11
2.1.2 Υπηρεσίες διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας.....	13
2.1.3 Η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού.....	15
2.1.4 Νομικά ζητήματα.....	18
2.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΗ-ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΤΑ.....	21
2.2.1 Προφίλ ασθενών	21
2.2.2 Κίνητρα διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας.....	23
2.2.2.α Παράγοντες ώθησης	23
2.2.2.β Παράγοντες έλξης	25
2.2.3 Εμπειρίες ασθενών.....	27
2.3 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
2.3.1 Η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού.....	28
2.3.2 Νομικό πλαίσιο	31
2.3.3 Εμπειρικά δεδομένα.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	34
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
3.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	34
3.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
3.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	36
3.4 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	37
3.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	38

3.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	40
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	56
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	56
5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	69

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Μέσο κόστος θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ευρωπαϊκές χώρες.....	16
Πίνακας 2 Νομοθετικοί περιορισμοί υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ευρωπαϊκές χώρες (οικογενειακή κατάσταση ασθενών).....	18
Πίνακας 3 Ποσοστά επιτυχίας (επίτευξης εγκυμοσύνης) Embryolab	38
Πίνακας 4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	40
Πίνακας 5 Είδος θεραπείας γονιμότητας	41
Πίνακας 6 Χαρακτηριστικά ταξιδιού.....	43
Πίνακας 7 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας	44
Πίνακας 8 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας	45
Πίνακας 9 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας.....	46
Πίνακας 10 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας.....	47
Πίνακας 11 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας	47
Πίνακας 12 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας.....	47
Πίνακας 13 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας	49
Πίνακας 14 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	50
Πίνακας 15 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	50
Πίνακας 16 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων και των εμποδίων επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας	52
Πίνακας 17 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων επιλογής της Ελλάδας των λόγων επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	53

Πίνακας 18 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων του συγκεκριμένου κέντρου και των εμποδίων επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας	53
Πίνακας 19 Παλινδρόμηση OLS της επίδρασης του είδους θεραπείας στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών	54
Πίνακας 20 Παλινδρόμηση OLS της επίδρασης του είδους θεραπείας στην πρόθεση σύστασης της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 Παροχή αποζημίωσης στη χώρα προέλευσης.....	41
Γράφημα 2 Μέσο επιλογής του κέντρου γονιμότητας	42
Γράφημα 3 Κυριότεροι λόγοι επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	48
Γράφημα 4 Επίπεδο συνολικής ικανοποίησης από την εμπειρία εφαρμογής θεραπείας γονιμότητας στην Ελλάδα.....	51
Γράφημα 5 Επίπεδο πρόθεσης σύστασης της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας που πλήττει σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού στο πλαίσιο διάφορων κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων που συμβάλλουν συνδυαστικά στη χρονική μετάθεση της απόφασης τεκνοποίησης για πολλά ζευγάρια (Hudson et al, 2011). Στο πλαίσιο αυτό, ολοένα και περισσότερα άτομα καταφεύγουν σε υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι οποίες έχουν εξελιχθεί ταχύτατα κατά τα τελευταία χρόνια δεδομένης της ιατρικής και επιστημονικής προόδου που έχει επιτευχθεί σε αυτό το πεδίο (Greenfield, 2005). Την ίδια στιγμή, διάφοροι νομικοί, ρυθμιστικοί, θρησκευτικοί και πολιτισμικοί περιορισμοί οδηγούν πολλά ζευγάρια στην αναζήτηση αναπαραγωγικής φροντίδας σε χώρες εκτός αυτής της μόνιμης διαμονής τους, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός ειδικού τύπου διασυνοριακής μετακίνησης που καλείται αναπαραγωγικός τουρισμός (Zanini et al, 2015).

Ο αναπαραγωγικός τουρισμός, ή εναλλακτικά η διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα (Cross-Border Reproductive Care – CBRC), αναφέρεται στα ταξίδια που πραγματοποιούνται από ασθενείς σε χώρες εκτός αυτής της μόνιμης διαμονής τους, με σκοπό τη λήψη μιας συγκεκριμένης θεραπείας γονιμότητας ή την άσκηση μιας προσωπικής αναπαραγωγικής επιλογής (Bergmann, 2010). Σήμερα, υπολογίζεται ότι περίπου 20.000 με 25.000 ζευγάρια ταξιδεύουν ετησίως για να λάβουν θεραπεία γονιμότητας σε χώρες του εξωτερικού (Konacs, 2014), με τους προορισμούς να επιλέγονται ανάλογα με τη διαθεσιμότητα, τιμή και αντιληπτή ποιότητα των αντίστοιχων υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Deonandan, 2015). Σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή ενός προορισμού αναπαραγωγικού τουρισμού είναι το νομικό πλαίσιο που διέπει τον αντίστοιχο κλάδο. Για παράδειγμα, η δωρεά ωαρίων απαγορεύεται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία, με αποτέλεσμα πολλά ζευγάρια να ταξιδεύουν στην Τσεχία, την Ισπανία ή την Ελλάδα για να χρησιμοποιήσουν ξένα ωάρια (Bergmann, 2011).

Η Ελλάδα αποτελεί σήμερα έναν από τους δημοφιλέστερους προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού τόσο στην Ευρώπη όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, προσελκύνοντας κάθε χρόνο εκατοντάδες ζευγάρια ή άγαμες γυναίκες που επιθυμούν

να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής φροντίδας (Simoroulou et al, 2019). Οι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη αυτού του ειδικού τύπου ιατρικού τουρισμού είναι πολλαπλοί, με κυριότερο ίσως το εξαιρετικά φιλελεύθερο και προοδευτικό νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, το οποίο παρέχει πρόσβαση σε θεραπείες που είτε λόγω θρησκευτικών και κοινωνικοπολιτισμικών λόγων ή εξαιτίας ανελαστικών νομικών πλαισίων απαγορεύονται σε άλλες χώρες (Paraskou & George, 2017). Εκτός βέβαια του νομικού πλαισίου υπάρχουν και άλλοι λόγοι που έχουν συντρέξει στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, όπως ο υψηλός βαθμός εξειδίκευσης των κλινικών και το αντίστοιχο υψηλό επιστημονικό επίπεδο του ιατρικού προσωπικού, σε συνδυασμό με το συγκριτικά χαμηλό κόστος των διαθέσιμων θεραπειών (Βιδάλης & Μολλάκη, 2018).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της δυναμικής του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, εξετάζοντας τις στάσεις και απόψεις των ασθενών που επισκέπτονται τη χώρα για τη λήψη διασυννοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας όσον αφορά τα κίνητρα επιλογής της, και λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τα επιμέρους χαρακτηριστικά της φροντίδας και του ταξιδιού, καθώς και το δημογραφικό τους προφίλ. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην εμβάθυνση της υπάρχουσας γνώσης σχετικά με τη συμπεριφορά των ασθενών-αναπαραγωγικών τουριστών που επιλέγουν την Ελλάδα ως προορισμό αναπαραγωγικής φροντίδας, δεδομένης της σχετικής έλλειψης εμπειρικών δεδομένων. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο 54 ερωτήσεων, το οποίο μοιράστηκε και συμπληρώθηκε από 101 ασθενείς που έλαβαν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε αντίστοιχο κέντρο της Θεσσαλονίκης (Embryolab). Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου, ακολούθως, επεξεργάστηκαν στατιστικά, με σκοπό την εμπειρική χαρτογράφηση των στάσεων, απόψεων και εμπειριών των αναπαραγωγικών τουριστών.

Η δομή της παρούσας εργασίας έχει ως εξής: στο δεύτερο κεφάλαιο που ακολουθεί επιχειρείται η βιβλιογραφική επισκόπηση και η παρουσίαση του σχετικού θεωρητικού υποβάθρου που διέπει την έρευνα. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο αυτό προσεγγίζεται εννοιολογικά ο όρος του αναπαραγωγικού τουρισμού, καταγράφονται οι βασικές υπηρεσίες διασυννοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας, περιγράφονται δεδομένα για την παγκόσμια αγορά αυτού του είδους τουρισμού, και αναλύονται συνοπτικά τα σχετικά νομικά ζητήματα. Στη συνέχεια πραγματοποιείται η βιβλιογραφική

επισκόπηση σχετικά με τη συμπεριφορά των αναπαραγωγικών τουριστών (προφίλ, κίνητρα και εμπειρίες ασθενών), και τέλος, εξετάζονται ορισμένες διαστάσεις της αντίστοιχης αγοράς στην Ελλάδα (ανάπτυξη, νομικό πλαίσιο, εμπειρικά δεδομένα). Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα αναλύονται η ερευνητική προσέγγιση, ο σκοπός της έρευνας, το ερευνητικό δείγμα, το εργαλείο της μελέτης (ερωτηματολόγιο) και τα στατιστικά εργαλεία. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και η εργασία ολοκληρώνεται με το πέμπτο κεφάλαιο όπου καταγράφονται η συζήτηση των ευρημάτων, τα συμπεράσματα και οι ερευνητικοί περιορισμοί σε αντιστοιχία με τις προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

2.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η υπογονιμότητα, οριζόμενη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως μια διαταραχή του αναπαραγωγικού συστήματος, αποτελεί σήμερα ένα πρόβλημα αυξανόμενης σημασίας για ολόένα και περισσότερα ζευγάρια σε παγκόσμια κλίμακα (Mascarenhas et al, 2012). Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ευρωπαϊκών, το πρόβλημα αυτό επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, δεδομένου ότι υπάρχει μια σαφής τάση αναβολής της απόφασης τεκνοποίησης σε μεγαλύτερες ηλικίες, στις οποίες η γονιμότητα μειώνεται εκθετικά (Mills et al, 2011). Στην τάση αυτή έχουν συμβάλει διάφοροι πολιτισμικοί, κοινωνικοί και δημογραφικοί λόγοι, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας και την έλλειψη επαρκών πόρων (οικονομικών, υποστηρικτικών, κλπ.) για τη στήριξη της ανατροφής ενός παιδιού.

Στο πλαίσιο αυτό, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει καταστεί εξαιρετικά δημοφιλής στη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, δεδομένης και της ιατρικής και επιστημονικής προόδου που έχει επιτευχθεί σε αυτό το πεδίο (Greenfield, 2005). Την ίδια στιγμή, η αυξανόμενη διαθεσιμότητα των αντίστοιχων τεχνολογιών, η άρση των εμποδίων διασυνοριακής μετακίνησης των ασθενών και η μείωση του κόστους ταξιδιού εντείνουν αυτήν την τάση, με αποτέλεσμα τα άτομα που αναζητούν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να γίνονται ολόένα και περισσότερα, μεγαλύτερης ηλικίας και καλύτερα ενημερωμένα (Hudson et al, 2011). Ο δημόσιος και ακαδημαϊκός διάλογος για τη φύση και το εύρος του εν λόγω φαινομένου έχει αναδείξει αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την ακριβή του εννοιολόγηση, καθώς διάφοροι όροι έχουν προταθεί για να το περιγράψουν.

Ιστορικά, ο πρώτος σχετικός όρος προτάθηκε από τους Knoppers & LeBris (1991), οι οποίοι υποστήριξαν ότι ο «παραγωγικός τουρισμός» (procreative tourism) αποτελεί μία

ειδική μορφή τουρισμού που αναφέρεται στην αναζήτηση υπηρεσιών ανθρώπινης αναπαραγωγής στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού. Αργότερα, άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος «αναπαραγωγικός τουρισμός» (reproductive tourism) εναλλακτικά με τον όρο «τουρισμός γονιμότητας» (fertility tourism), οριζόμενος ως το ταξίδι που πραγματοποιείται από ασθενείς σε χώρες εκτός αυτής της μόνιμης διαμονής τους, με σκοπό τη λήψη μιας συγκεκριμένης θεραπείας γονιμότητας ή την άσκηση μιας προσωπικής αναπαραγωγικής επιλογής (Bergmann, 2010). Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου άρχισε να αμφισβητείται η καταλληλότητα του όρου «τουρισμός», καθώς αυτός συνεπάγεται ευχαρίστηση και χαλάρωση, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται απαραίτητα στις σωματικές και συναισθηματικές προκλήσεις μιας θεραπείας γονιμότητας (Inhorn & Patrizio, 2009).

Στο πλαίσιο αυτό, επιχειρήθηκε να αποδοθούν περισσότερο ουδέτεροι όροι στο υπό εξέταση φαινόμενο, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το «αναπαραγωγικό καταφύγιο» (reproductive exile), το οποίο ωστόσο και πάλι διαθέτει αρνητικές συνδηλώσεις, καθώς υποθέτει ότι οι ασθενείς αναγκάζονται να ταξιδέψουν εκτός της χώρας τους συνήθως λόγω νομικών περιορισμών για να αναζητήσουν την αναπαραγωγική φροντίδα που χρειάζονται (Pennings, 2005). Οι όροι «ταξίδια αναπαραγωγής» (reproductive travel) ή «ταξίδια αναζήτησης τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» (assisted reproduction technology travel) ομοίως υιοθετούν μια πιο ουδέτερη προσέγγιση, ωστόσο δεν έτυχαν ευρείας αποδοχής μέχρι και σήμερα (Inhorn & Patrizio, 2009). Αντίστοιχη είναι και η ορολογία της «διακρατικής αναπαραγωγής» (transnational reproduction), η οποία συνδέει το φαινόμενο με τις γενικότερες διαδικασίες της παγκοσμιοποίησης (Culley & Hudson, 2009).

Πιο πρόσφατα, ο όρος που έχει επικρατήσει στην ακαδημαϊκή και ιατρική βιβλιογραφία είναι αυτός της «διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας» (Cross-Border Reproductive Care – CBRC), ο οποίος έχει προταθεί από πολλούς ερευνητές και, παράλληλα, έχει υιοθετηθεί και από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) (Pennings et al, 2008). Ειδικότερα, η ομάδα δράσης της ESHRE ορίζει τη διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα ως ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο όπου οι ασθενείς με προβλήματα γονιμότητας και άλλες ομάδες ενδιαφέροντος, όπως οι δότριες ωαρίων, διασχίζουν διεθνή σύνορα προκειμένου να λάβουν ή να παρέχουν αναπαραγωγικές θεραπείες εκτός της χώρας καταγωγής τους

(Shenfield et al, 2011). Ο όρος αυτός τυγχάνει σήμερα ευρείας αποδοχής, καθώς παρέχει έναν πιο περιεκτικό και ακριβή ορισμό του είδους μετακίνησης που συνεπάγονται αυτά τα ταξίδια, υπογραμμίζοντας τη διάσταση της φροντίδας που χαρακτηρίζει τις προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, η χρήση του όρου «φροντίδα» εξακολουθεί να αμφισβητείται, καθώς ενδέχεται να υποβαθμίζει την οικονομική διάσταση της παγκόσμιας αναπαραγωγικής βιομηχανίας, αφενός, συγκαλύπτοντας ίσως τις σχέσεις εξουσίας που μπορεί να συνεπάγεται η «ιατρικοποίηση» της ανθρώπινης αναπαραγωγής και τα αντίστοιχα ηθικά ζητήματα (Zanini et al, 2015).

2.1.2 Υπηρεσίες διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted Reproductive Technologies – ART) γνωρίζουν σήμερα τεράστια πρόοδο και αποτελούν το βασικό μέσο παροχής διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας. Από την γέννηση του πρώτου ζωντανού βρέφους (Louise Brown) με τη χρήση αυτών των τεχνολογιών το 1978 μέχρι και το Νόμπελ Ιατρικής με το οποίο βραβεύτηκε ο Robert G. Edwards για την ανάπτυξη της *in vitro* γονιμοποίησης το 2010, οι ART έγιναν μια συνήθης ιατρική πρακτική, καθώς και ένα εμπορικό αντικείμενο υψηλής κερδοφορίας για χιλιάδες επιχειρήσεις ανά τον κόσμο. Υπολογίζεται ότι πάνω από πέντε εκατομμύρια βρέφη έχουν γεννηθεί με τη βοήθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, με ένα σημαντικό ποσοστό αυτών να έχουν γεννηθεί στην Ευρώπη (Adamson et al, 2013).

Οι ART γενικά αναφέρονται σε θεραπείες με τις οποίες γαμέτες ή έμβρυα γονιμοποιούνται *in vitro*, δηλαδή η γονιμοποίηση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο γίνεται στο εργαστήριο, εκτός του σώματος της γυναίκας, με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης. Η πιο διαδεδομένη θεραπεία γονιμότητας είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση (In Vitro Fertilization – IVF), κατά την οποία τα ωάρια γονιμοποιούνται με το σπέρμα σε εργαστήριο και τα έμβρυα που προκύπτουν μεταφέρονται στη συνέχεια στη μήτρα της γυναίκας μέσω ενός ειδικού καθετήρα εμβρυομεταφοράς, διαπερνώντας το τραχηλικό στόμιο και τον τράχηλο. Η εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία επινοήθηκε για τη θεραπεία περιπτώσεων ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας, αποτελεί την πιο δημοφιλή ART που αξιοποιείται στο πλαίσιο της διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας. Όταν ένα και μόνο σπερματοζώαριο εγχέεται απευθείας σε ένα ωάριο, τότε αυτό καλείται μικρογονιμοποίηση ή

ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (Intracytoplasmic Sperm Injection – ICSI). Η τεχνική αυτή αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση προβλημάτων υπογονιμότητας των ανδρών (π.χ. κακή ποιότητα σπέρματος) και επίσης έχει γίνει συνήθης σήμερα (Malizia e al, 2009).

Αρκετά διαδεδομένη μέθοδος είναι και η κρυοσυντήρηση ωαρίων (oocyte cryopreservation) για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους. Η κρυοσυντήρηση ωαρίων είναι η διαδικασία κατά την οποία γίνεται η λήψη των ωαρίων (ωοληψία) και κρυοσυντήρηση αυτών στο εργαστήριο. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για μελλοντική χρήση των κρυοσυντηρημένων ωαρίων, μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, για επίτευξη εγκυμοσύνης. Η τεχνική αυτή, η οποία αναπτύχθηκε αρχικά για ασθενείς με καρκίνο, χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως για τη χρονική μετάθεση της απόφασης τεκνοποίησης, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι έχει λάβει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τελευταία στο δημόσιο διάλογο με το φαινόμενο γνωστό ως “social freezing”, με πολλές μεγάλες εταιρίες όπως η Facebook και η Apple να περιλαμβάνουν στις πολιτικές ασφάλισης των εργαζομένων τους επιδόματα για κρυοσυντήρηση ωαρίων που ανέρχονται μέχρι και στα \$20.000 (Mertes & Pennings, 2011).

Επίσης, σημαντικό επίτευγμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Preimplantation Genetic Diagnosis - PGD) ή έλεγχος (Preimplantation Genetic Screening – PGS). Η PGD εφαρμόζεται για γενετικές και δομικές αλλοιώσεις, έλεγχο ασθενειών που οφείλονται σε κάποια μετάλλαξη γονιδίου (π.χ. μεσογειακή αναιμία, τρισωμίες, κυστική ίνωση), ενώ ο PGS για έλεγχο που σχετίζεται με οποιαδήποτε αναδιάταξη ή μετάλλαξη του DNA (χρωμοσωμικές επιβαρύνσεις) και εφαρμόζεται σε περιπτώσεις πολλαπλών αποτυχιών IVF, ειδικά σε προχωρημένη ηλικία της γυναίκας (de Mouzon et al, 2010). Σε ορισμένες χώρες εφαρμόζονται διάφορες άλλες τεχνικές γονιδιακού ελέγχου, οι οποίες επιτρέπουν την ελαχιστοποίηση μετάδοσης γενετικών ασθενειών στο έμβρυο. Μία ακόμη τεχνολογία που χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως στο πλαίσιο του αναπαραγωγικού τουρισμού είναι η δωρεά ωαρίων, κατά την οποία τα ωάρια από μια γυναίκα γονιμοποιούνται και στη συνέχεια μεταφέρονται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας (Kocourkova et al, 2014). Γνωστή στην περίπτωση αυτή είναι και η μέθοδος “egg sharing”, κατά την οποία γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν τη δυνατότητα δωρεάς ενός μη χρησιμοποιημένου κατεψυγμένου ωαρίου σε άλλες γυναίκες

(Trokoude et al, 2011). Τέλος, στις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνεται και η παρένθετη μητρότητα, η οποία έχει ποικίλες ιατρικές, νομικές και ηθικές προεκτάσεις.

2.1.3 Η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι περίπου 20.000 με 25.000 ζευγάρια ταξιδεύουν ετησίως για να λάβουν θεραπεία γονιμότητας σε χώρες εκτός της χώρας όπου διαμένουν μόνιμα (Konacs, 2014). Στους δημοφιλέστερους προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού παγκοσμίως περιλαμβάνονται το Βέλγιο και το Ισραήλ για εξωσωματική γονιμοποίηση, η Δανία για δωρεά σπέρματος, η Ισπανία και η Τσεχία για δωρεά ωαρίων και εμβρύων, η Ινδία και η Ρωσία για παρένθετη μητρότητα, οι ΗΠΑ για προεμφυτευτικό και γενετικό έλεγχο και η Δανία, το Βέλγιο, η Γερμανία και οι ΗΠΑ για κρυοσυντήρηση ωαρίων (Salama et al, 2018). Σε γενικές γραμμές, η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού όσον αφορά τη δημοφιλία των αντίστοιχων προορισμών παρακινείται τόσο από οικονομικούς λόγους (κόστος θεραπείας γονιμότητας) όσο και από την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (εύρος και ασφάλεια επιτρεπόμενων θεραπειών).

Στο πλαίσιο αυτό, πολλά ζευγάρια προτιμούν προορισμούς όπου η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι οικονομική, ανεξαρτήτως των ποσοστών επιτυχίας (Deonandan, 2015). Για παράδειγμα, η Τουρκία αποτελεί έναν αναδυόμενο προορισμό, καθώς μία θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης κοστίζει περίπου \$8.5000, ποσό σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο στις ΗΠΑ (\$12.400) (Yildiz & Khan, 2016). Σε χώρες όπως η Νορβηγία, η Σουηδία, η Ισπανία και η Ελλάδα το κόστος είναι ακόμα χαμηλότερο, φτάνοντας μέχρι και τα \$5.700 (Simoroulou et al, 2019), ενώ σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία και η Γερμανία το ελάχιστο κόστος ανέρχεται στα \$4.000 (Klitzman, 2017). Εκτός του κόστους, ιδιαίτερα δημοφιλείς προορισμοί λόγω της ποιότητας και ποικιλίας των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και της υψηλής εξειδίκευσης του ιατρικού προσωπικού είναι η Αυστραλία, η Τουρκία, η Νέα Ζηλανδία, η Ιαπωνία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Γερμανία, η Κύπρος και η Ελλάδα (Jones et al, 2011). Στον παρακάτω Πίνακα 1 παρουσιάζεται το μέσο κόστος (ευρώ) ορισμένων θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 1 Μέσο κόστος θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ευρωπαϊκές χώρες

Χώρα	IVF	Δωρεά ωαρίων	Δωρεά Εμβρύων	PGS
Ηνωμένο Βασίλειο	5800	1.400	7.000	4.000
Γερμανία	3.000	Δεν επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται
Ιταλία	6.000	Δεν επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται
Δανία	2.500	5.000	Δεν επιτρέπεται	3.500
Ισπανία	5.000	9.000	6.000	4.500
Τσεχία	1.900	5.000	2.000	3.000
Ρωσία	2.000	8.000	5.000	4.000
Ουκρανία	1.800	6.000	3.000	2.000
Ελλάδα	3.500	6.000	6.000	3.000
Κύπρος	3.000	6.000	6.000	3.000

Πηγή: Paraskou & George (2017)

Μια σύντομη αναφορά αξίζει να γίνει και στην αγορά παρένθετης μητρότητας, η ανάπτυξη ωστόσο της οποίας έχει εγείρει πλήθος ηθικών προκλήσεων και νομικών ζητημάτων (Deonandan et al, 2012). Η παγκόσμια βιομηχανία εμπορικής παρένθετης μητρότητας (commercial surrogacy) υπολογίζεται σε αξία περί στα \$6 δις ετησίως (Smerdon, 2008). Στην Ινδία, η οποία έχει αναδειχθεί σε παγκόσμιο «πρωταθλητή» στην παροχή σχετικών υπηρεσιών, η αξία της αντίστοιχης αγοράς εκτιμάται σε \$400 εκατομμύρια ετησίως, με πάνω από 3.000 κλινικές να εξειδικεύονται σε αυτόν τον τομέα (Deonandan et al, 2012). Οι ΗΠΑ είναι ο έτερος μεγάλος πάροχος παρένθετων μητέρων, με την Καλιφόρνια και το Νιου Τζέρσεϊ να έρχονται πρώτες σε αριθμούς αντίστοιχων γεννήσεων, οι οποίες υπολογίζονται σε πάνω από 100 το χρόνο, ενώ άλλοι δημοφιλείς προορισμοί περιλαμβάνουν το Μεξικό, το Νεπάλ, την Πολωνία και τη Γεωργία (Parks, 2010).

Στην Ευρώπη, η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς, δεδομένου μάλιστα ότι οι θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γνωρίζουν μεγάλη ανάπτυξη εδώ και δεκαετίες. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι στην Ευρώπη απαντάται ο μεγαλύτερος αριθμός θεραπειών με τεχνολογίες ART, καθώς το 56% του συνολικού αριθμού σε παγκόσμιο επίπεδο αντιστοιχεί στις ευρωπαϊκές χώρες, το 23% σε χώρες της Ασίας και το 15% στις ΗΠΑ (Zegers-Hochschild et al, 2014). Δεδομένης της δημογραφικής γήρανσης και του αυξανόμενου

επιπολασμού διαταραχών γονιμότητας στον ευρωπαϊκό χώρο, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ευρώπη έχει καταστεί εξαιρετικά δημοφιλής. Όσον αφορά τη διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα, αυτή η αγορά κυριαρχείται από μετακινήσεις ασθενών εντός των ευρωπαϊκών συνόρων και μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Στη μεγαλύτερη μέχρι και σήμερα έρευνα που έχει διεξαχθεί σε αυτό το πεδίο από τους Shenfield et al (2010) της ESHRE σε δείγμα 1.230 γυναικών που έχουν ταξιδέψει σε χώρες εκτός αυτής της μόνιμης διαμονής τους για την αναζήτηση αναπαραγωγικής φροντίδας σε 44 κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο Βέλγιο, την Τσεχία, τη Δανία, την Ελβετία, τη Σλοβενία και την Ισπανία, διαπιστώθηκε ότι οι σημαντικότερες χώρες προέλευσής τους είναι η Ιταλία (32%), η Γερμανία (15%), η Ολλανδία (12%) και η Γαλλία (9%), με τη γεωγραφική και πολιτισμική εγγύτητα να αναδεικνύονται σε βασικούς λόγους επιλογής της χώρας προορισμού. Για παράδειγμα, η πλειονότητα των Ιταλίδων ταξιδεύουν στην Ισπανία και την Ελβετία, οι περισσότερες Γερμανίδες στην Τσεχία, και οι περισσότερες Δανές και Γαλλίδες στο Βέλγιο. Στην ίδια έρευνα υπολογίστηκε ότι περίπου 11.000-14.000 ασθενείς ταξίδεψαν εκτός της χώρας διαμονής τους μέσα σε ένα έτος για να λάβουν θεραπεία γονιμότητας, με τους αντίστοιχους θεραπευτικούς κύκλους να ανέρχονται μεταξύ 24.000-30.000 μόνο στις έξι χώρες που συμπεριελήφθησαν στο δείγμα (Shenfield et al, 2010). Σε άλλη έρευνα που διενεργήθηκε στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών διαπιστώθηκε ότι μόνο για το 2009, ο αριθμός των αναπαραγωγικών θεραπευτικών κύκλων ανήλθε στους 537.000 (Ferraretti et al, 2013).

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι η διασυνοριακή μετακίνηση για αναζήτηση αναπαραγωγικής θεραπείας στον ευρωπαϊκό χώρο παρακινείται σε μεγάλο βαθμό από τις διαφορές στη σχετική νομοθεσία μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, η δωρεά ωαρίων απαγορεύεται από το νομοθετικό πλαίσιο χωρών όπως η Γερμανία, με αποτέλεσμα πολλά ζευγάρια να ταξιδεύουν στην Τσεχία ή την Ισπανία για να χρησιμοποιήσουν ξένα ωάρια (Bergmann, 2011). Επίσης, η πρόσβαση σε ξένο σπέρμα απαγορεύεται στις άγαμες γυναίκες στη Γαλλία, οι οποίες προτιμούν για το λόγο αυτό το Βέλγιο (van Hoof et al, 2015). Σε άλλες χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι μεγάλες λίστες αναμονής για ξένα ωάρια οδηγούν τους ασθενείς να αναζητήσουν σχετικές υπηρεσίες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Culley et al, 2011).

2.1.4 Νομικά ζητήματα

Το νομικό πλαίσιο που διέπει τη διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα στο πλαίσιο του αναπαραγωγικού τουρισμού αποτελεί ένα ζήτημα ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς αδιαμφισβήτητα, οι σχετικοί νομικοί περιορισμοί στη χώρα μόνιμης διαμονής συνιστούν βασικό κίνητρο των ασθενών που αναζητούν φροντίδα σε άλλες χώρες (Storrows, 2011). Στις περισσότερες χώρες και τουλάχιστον σε όλες τις Ευρωπαϊκές, η υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή ρυθμίζεται από συγκεκριμένες νομοθεσίες, ενώ σε άλλες από κατευθυντήριες γραμμές που καθορίζονται από κυβερνητικούς ή άλλους επιστημονικούς οργανισμούς (Van Hoof & Pennings, 2012). Βάσει αυτών των νομοθετικών πλαισίων αναδεικνύονται σημαντικές διαφοροποιήσεις, ιδιαίτερα όσον αφορά τους περιορισμούς για τους ίδιους τους ασθενείς που μπορούν να λάβουν αναπαραγωγική φροντίδα αλλά και τις διαφορετικές αναπαραγωγικές τεχνικές και θεραπείες που μπορούν να εφαρμοστούν.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF-ICSI) και η σπερματέγχυση (IUI) επιτρέπονται από το νομοθετικό πλαίσιο σχεδόν όλων των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες υπάρχουν νομικοί περιορισμοί όσον αφορά τη διαθεσιμότητα αυτών των θεραπειών σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, σε άγαμα ζευγάρια ή μεμονωμένα άτομα, καθώς και σε ομοφυλόφιλους. Στον παρακάτω Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι σχετικοί νομοθετικοί περιορισμοί για υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 2 Νομοθετικοί περιορισμοί υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ευρωπαϊκές χώρες (οικογενειακή κατάσταση ασθενών)

Χώρα	Περιορισμένες σε παντρεμένα ζευγάρια	Επιτρεπτές σε ασθενείς σε σταθερή σχέση	Επιτρεπτές σε άγαμους	Επιτρεπτές σε ομοφυλόφιλες γυναίκες
Αυστρία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Βέλγιο	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Βουλγαρία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Κροατία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Τσεχία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Δανία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Φινλανδία	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι
Γαλλία	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Ελλάδα	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι
Ουγγαρία	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Ιρλανδία	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Ιταλία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Λετονία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Ρωσία	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Σλοβενία	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Ισπανία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Σουηδία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Ελβετία	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
Ηνωμένο Βασίλειο	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι

Πηγή: Ory et al (2014)

Δεδομένων αυτών των περιορισμών, πολλοί ασθενείς με προβλήματα γονιμότητας που ανήκουν σε αυτές τις πληθυσμιακές κατηγορίες (π.χ. άγαμες ή ομοφυλόφιλες γυναίκες) ταξιδεύουν στο εξωτερικό αναζητώντας υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Forman, 2011). Στην Ευρώπη, σε μερικές χώρες υπάρχουν περιορισμοί και στον αριθμό των εμβρύων που μπορούν να μεταφερθούν. Για παράδειγμα, πολλές γυναίκες από τη Γερμανία, την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου επιτρέπεται η μεταφορά ενός εμβρύου, μετακινούνται προς άλλες χώρες χωρίς σχετικούς περιορισμούς, όπως η Ισπανία, η Τσεχία, το Βέλγιο και η Ελλάδα (Shenfield et al, 2010).

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου (δωρεά σπέρματος, ωαρίων και εμβρύων) είναι, επίσης, απαγορευμένη σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο και ανά την Ευρώπη, κυρίως εξαιτίας ηθικών, πολιτισμικών και θρησκευτικών λόγων (Whittaker & Spreier, 2010). Συνεπώς, η δωρεά γαμετών αποτελεί βασική αιτία της διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η δωρεά σπέρματος δεν επιτρέπεται σε πολλές χώρες, ενώ σε άλλες που δεν υπάρχουν σχετικοί νομοθετικοί περιορισμοί, η πρόσβαση σε ασθενείς είναι εξαιρετικά δύσκολη, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο. Δημοφιλείς προορισμοί στην περίπτωση αυτή είναι η Δανία, η Ισπανία και το Βέλγιο (Hunt, 2013). Ειδικότερα η Δανία διαθέτει ένα από τα πιο φιλελεύθερα νομοθετικά πλαίσια, επιτρέποντας τη χρήση σπέρματος από ανώνυμους δότες τόσο σε άγαμες όσο και σε ομοφυλόφιλες γυναίκες (Bay et al, 2014).

Ομοίως, η δωρεά ωαρίων είναι παράνομη στις περισσότερες χώρες ανά τον κόσμο, όπως στη Γερμανία και στην Ελβετία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς από αυτές να λαμβάνουν αναπαραγωγικές υπηρεσίες σε χώρες χωρίς αντίστοιχους περιορισμούς, όπως η Ισπανία, όπου λαμβάνουν χώρα πάνω από τις μισές θεραπείες με δωρεά ωαρίων σε όλη την Ευρώπη (Pennings et al, 2014). Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι και σε αυτήν την περίπτωση υπάρχουν συγκεκριμένα ηλικιακά όρια για τους δότες. Νομοθετικά περιορισμένη είναι και η δωρεά εμβρύων στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ενώ σημαντικές διαφοροποιήσεις υφίστανται ακόμα και μεταξύ των χωρών που την επιτρέπουν, ειδικότερα σχετικά με τη διαθεσιμότητά της σε άγαμα ζευγάρια ή ομοφυλόφιλους, συμπεριλαμβανομένων της Ισπανίας, του Βελγίου, της Ελλάδας και της Ρωσίας (Salama et al, 2018). Επίσης, ο προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος και η επιλογή φύλου συνήθως απαγορεύονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, εκτός περιπτώσεων που αφορούν κληρονομικές νόσους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο δημοφιλέστερος προορισμός για υπηρεσίες που περιλαμβάνουν προγεννητικό έλεγχο χωρίς περιορισμούς είναι οι ΗΠΑ (Capelouto et al, 2017). Από την άλλη πλευρά, η κρυοσυντήρηση ωαρίων συνήθως δεν περιορίζεται νομοθετικά, εκτός από περιπτώσεις μετέπειτα δωρεάς (Rebar et al, 2016).

Τέλος, η παρένθετη μητρότητα είναι απαγορευμένη από το νόμο σε πολλές χώρες του κόσμου αλλά και σε ορισμένες Πολιτείες των ΗΠΑ λόγω ηθικών και θρησκευτικών περιορισμών, ειδικότερα αναφορικά με την εμπορική μορφή της (Sreenivas & Campo-Engelstein, 2010). Μέχρι πρόσφατα, η Ινδία ήταν ο κύριος προορισμός εμπορικής παρένθετης μητρότητας, ωστόσο, το 2017 άλλαξε το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο,

απαγορεύοντας την πρόσβασή της σε ασθενείς που δεν διαμένουν μόνιμα στη χώρα, συμπεριλαμβανομένων αλλοδαπών και Ινδών της διασποράς. Ως εκ τούτου, η Ρωσία σήμερα έχει πάρει τη θέση της, με πολλούς Ευρωπαίους ασθενείς να την προτιμούν έναντι άλλων Ασιατών χωρών, λόγω της πολιτισμικής εγγύτητας και των σχετικά αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας (Salama et al, 2018). Στη Ρωσία, η οποία είναι γνωστή για τους φιλελεύθερους νόμους της σχετικά με την υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή, οι υπογόνιμοι ασθενείς που προέρχονται από το εξωτερικό έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Ρώσους πολίτες. Μάλιστα, ένα ζευγάρι αλλοδαπών που έχουν χρησιμοποιήσει παρένθετη μητέρα έχουν το δικαίωμα να λάβουν πιστοποιητικό γέννησης για το παιδί τους στη Ρωσία ανεξαρτήτως της βιολογικής τους σχέσης με αυτό (Svitnev, 2010).

2.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΗ-ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΤΑ

2.2.1 Προφίλ ασθενών

Αν και μέχρι σήμερα έχει διεξαχθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός μελετών σχετικά με τις εμπειρίες και τη συμπεριφορά των ασθενών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για την αναζήτηση διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας, οι μεταβλητές που διαμορφώνουν το κοινωνικοδημογραφικό τους προφίλ δεν είναι ακόμα σαφείς. Σε αυτό, βέβαια, συμβάλλει και το γεγονός ότι οι σχετικές έρευνες χρησιμοποιούν συνήθως δείγματα ασθενών περιορισμένου αριθμού ή επικεντρώνονται σε κλινικές παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών σε μία μόνο χώρα. Ως εκ τούτου, δεν είναι εφικτό να αναδειχθεί με σαφήνεια το προφίλ τους σε όρους δημογραφικού υποβάθρου. Συχνή είναι η υπόθεση ότι τα άτομα που ταξιδεύουν σε χώρες του εξωτερικού για να λάβουν σχετική θεραπεία είναι συνήθως ανώτερου εισοδηματικού ή κοινωνικού προφίλ, λαμβάνοντας υπόψη τόσο το κόστος της θεραπείας όσο και το κόστος μετακίνησης και διαμονής (Hudson et al, 2011). Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν υποστηρίζεται πάντα από τα διαθέσιμα ευρήματα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος επιλέγουν να αναζητήσουν θεραπεία εκτός της χώρας διαμονής τους για οικονομικούς λόγους (χαμηλότερο κόστος στη χώρα υποδοχής ή/και αδυναμία κάλυψης του κόστους στη χώρα προέλευσης) (Pennings, 2004).

Αντίστοιχα, σε μελέτη των Culley et al (2011) βρέθηκε ότι σημαντικό κίνητρο για τους ασθενείς που προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο είναι το χαμηλότερο κόστος

θεραπείας στο εξωτερικό. Επίσης, οι Rozée Gomez & de La Rochebrochard (2013) διαπίστωσαν ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς (59%) ανήκουν στη μεσαία κοινωνική τάξη, αναδεικνύοντας ωστόσο ένα αξιοσημείωτο κοινωνικοοικονομικό χάσμα μεταξύ ασθενών σε διαφορετικές χώρες, καθώς βρήκαν ότι το 91% αυτών που επιλέγουν την Ελλάδα το κάνουν για οικονομικούς λόγους (χαμηλό κόστος θεραπείας), με το αντίστοιχο ποσοστό για την Ισπανία να ανέρχεται μόλις στο 2%. Ο Deonandan (2015) υποστηρίζει ότι οι αναπαραγωγικοί τουρίστες είναι συνήθως άτομα της μεσαίας τάξης που αναζητούν ανάλογη φροντίδα στο εξωτερικό σε χαμηλότερο κόστος από ότι στη χώρα διαμονής τους, χαρακτηριζόμενοι από σχετικά υψηλό βαθμό ευαισθησίας ως προς την τιμή, επιχείρημα ωστόσο που δεν υποστηρίζεται πάντα από ανάλογα στοιχεία της αγοράς. Ως προς την ηλικία, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς αυτοί είναι συνήθως άνω των 30 ετών, εύρημα λογικό αν αναλογιστεί κανείς ότι τα προβλήματα γονιμότητας αυξάνονται με την ηλικία (Blyth, 2010).

Ασαφή είναι τα ευρήματα και ως προς τη χώρα προέλευσης, καθώς τα συμπεράσματα των σχετικών μελετών μπορούν να θεωρηθούν μεροληπτικά δεδομένου ότι επικεντρώνονται σε περιορισμένα, γεωγραφικά και αριθμητικά, δείγματα κλινικών. Στην ευρωπαϊκή έρευνα των Shenfield et al (2010) που πραγματοποιήθηκε σε 46 κλινικές στο Βέλγιο, την Τσεχία, τη Δανία, την Ελβετία, τη Σλοβενία και την Ισπανία, βρέθηκε ότι οι ασθενείς προέρχονται από 49 διαφορετικές χώρες, με τις σημαντικότερες εξ αυτών να αναδεικνύονται η Ιταλία (31,8%), η Γερμανία (14,8%), η Ολλανδία (12,1%) και η Γαλλία (8,7%), ακολουθούμενες από τη Νορβηγία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία. Σε άλλη γνωστή μελέτη του Pennings (2010) που έγινε σε 16 κλινικές του Βελγίου για ένα χρονικό διάστημα τριών ετών διαπιστώθηκε ότι οι κυριότερες χώρες προέλευσης περιλαμβάνουν τη Γαλλία (38%), την Ολλανδία (29%), την Ιταλία (12%) και τη Γερμανία (10%). Σε αντίστοιχη έρευνα στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι το 39% και το 25% των ασθενών προέρχονται από χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Ευρώπης, αντίστοιχα (Hughes & Dejean, 2010).

Τέλος, αναφορικά με το είδος της θεραπείας που επιλέγουν οι ασθενείς, τα ευρήματα των μελετών διαφοροποιούνται ανάλογα με το προφίλ των ασθενών που χρησιμοποιούνται ως δείγματα και ειδικότερα βάσει της χώρας προέλευσής τους, καθώς είναι εύλογο ότι οι σχετικοί νομικοί περιορισμοί στη χώρα διαμονής επηρεάζουν ανάλογα και την επιλεγόμενη θεραπεία στο εξωτερικό. Αν, για παράδειγμα, οι ασθενείς προέρχονται κυρίως από τη Γαλλία και είναι άγαμες τότε και η πιο συχνή θεραπεία θα

περιλαμβάνει δωρεά ωαρίων. Στην Ευρωπαϊκή έρευνα των Shenfield et al (2010) που αναφέρθηκε παραπάνω, βρέθηκε ότι η σπερματέγχυση επιλέγεται από το 22,2% των ασθενών, και η χρήση δωρεάς ωαρίων, σπέρματος και εμβρύων από το 22,8%, 18,3% και 3,4%, αντίστοιχα. Στην άλλη Ευρωπαϊκή μελέτη του Pennings (2010) αντίστοιχα διαπιστώθηκε ότι οι δημοφιλέστερες θεραπείες περιλαμβάνουν τη σπερματέγχυση με ξένους γαμέτες, την ICSI (29%), την IVF με ίδιους γαμέτες (11%) και χρήση δωρεάς ωαρίων (8%). Στην ίδια έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι η επιλογή θεραπείας διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ ασθενών από διαφορετικές χώρες προέλευσης (Pennings, 2010). Τέλος, σε ασθενείς από το Ηνωμένο Βασίλειο έχει βρεθεί ότι οι τρεις συχνότερες θεραπείες που αναζητούν στο εξωτερικό είναι η χρήση δωρεάς ωαρίων (41,3%), η ICSI (25,3%) και η IVF (13,3%), με την Ισπανία να αναδεικνύεται στο δημοφιλέστερο προορισμό για το σύνολο του δείγματος (Bergmann, 2010).

2.2.2 Κίνητρα διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας

2.2.2.a Παράγοντες ώθησης

Στην ερευνητική βιβλιογραφία περί παρακίνησης των ασθενών που αναζητούν αναπαραγωγική φροντίδα σε χώρα εκτός της μόνιμης διαμονής τους έχουν αναδειχθεί δύο τύποι κινήτρων, οι παράγοντες ώθησης και οι παράγοντες έλξης (Hudson et al, 2011). Συγκεκριμένα, οι παράγοντες ώθησης είναι αυτοί που ωθούν τον ασθενή εκτός της χώρας προέλευσής του με σκοπό να λάβει αντίστοιχες υπηρεσίες, ενώ οι παράγοντες έλξης αφορούν κίνητρα που σχετίζονται με τον ίδιο τον προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού (Schurr, 2018). Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες ώθησης περιλαμβάνουν τους νομικούς και ηθικούς περιορισμούς που υφίστανται στη χώρα προέλευσης, την αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής φροντίδας λόγω του κοινωνικοδημογραφικού υποβάθρου του ασθενή (π.χ. άγαμη ή ομοφυλόφιλη γυναίκα), τα υψηλά κόστη των αντίστοιχων υπηρεσιών στη χώρα μόνιμης διαμονής, την απουσία υψηλής ποιότητας και ασφάλειας αναπαραγωγικής φροντίδας, την έλλειψη εξειδικευμένων κλινικών, τις μεγάλες λίστες αναμονής (π.χ. για δωρεά σπέρματος), τα χαμηλά επίπεδα επιτυχίας των ART και τις ανησυχίες περί ανωνυμίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Inhorn, 2009; Pennings et al, 2009; Shenfield et al, 2010; Inhorn & Gürtin, 2011).

Το σύνολο των μελετών που έχουν διερευνήσει τους ερμηνευτικούς παράγοντες της ανάπτυξης του αναπαραγωγικού τουρισμού διεθνώς και τις μεταβλητές που ωθούν τους ασθενείς να αναζητήσουν αναπαραγωγική φροντίδα στο εξωτερικό συνηγορούν στη διαπίστωση ότι οι νομικοί περιορισμοί στη χώρα προέλευσης αποτελούν βασικό κίνητρο (Ferraretti et al, 2010; Cully et al, 2011; Hudson et al, 2011). Στην περίπτωση αυτή οι περιορισμοί είναι δύο ειδών, δηλαδή είτε αφορούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας σε όρους ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης και σεξουαλικού προσανατολισμού του ασθενή, είτε σχετίζονται με απαγορεύσεις στις ίδιες τις θεραπείες (π.χ. απαγόρευση πολλαπλής εμβρυομεταφοράς ή προεμφυτευτικού γενετικού ελέγχου) (Simoroulou et al, 2019). Το ζήτημα της ανωνυμίας επίσης έχει επισημανθεί στη σχετική βιβλιογραφία, ιδιαίτερα σε σχέση με το στίγμα που συχνά συνδέεται με τις θεραπείες γονιμότητας και μπορεί να επιβαρύνει ψυχολογικά ένα ζευγάρι στη χώρα διαμονής του (Martin, 2009). Παράλληλα, σημαντικό είναι και το ζήτημα της ανωνυμίας του δότη σπέρματος ή ωαρίων, το οποίο λαμβάνεται υπόψη από τους ασθενείς για να επιλέξουν τον προορισμό λήψης της αναπαραγωγικής φροντίδας (Baccino et al, 2014).

Εκτός των νομικών, κοινωνικών ή ηθικών περιορισμών, σημαντικοί παράγοντες ώθησης αφορούν και την απουσία εξειδικευμένης, ποιοτικής και ασφαλούς αναπαραγωγικής φροντίδας στη χώρα προέλευσης (Rozée Gomez & de La Rochebrochard, 2013). Παραδείγματα αυτών των παραγόντων περιλαμβάνουν τους προβληματισμούς περί ασφάλειας των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Pennings et al, 2008), την έλλειψη εξειδίκευσης των κλινικών (Ferraretti et al, 2010), το υψηλό κόστος θεραπείας (Cohen, 2006), τις μεγάλες λίστες αναμονής, ιδιαίτερα λόγω των ελλείψεων σε δότριες ωαρίων (Mladovsky, 2006) και το γεγονός ότι δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη της θεραπείας ή μέρους της (Culley & Hudson, 2009). Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί ότι οι προαναφερθέντες παράγοντες ώθησης (νομικοί περιορισμοί, χαμηλή ποιότητα ή υψηλό κόστος αναπαραγωγικής φροντίδας στη χώρα προέλευσης) δεν έχουν καταγραφεί μόνο από την πλευρά των ασθενών αλλά και σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί από την πλευρά των ίδιων των κλινικών στους διάφορους προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού (Pennings et al, 2009).

Επιπλέον, ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διαφοροποίηση της σημαντικότητας των παραγόντων ώθησης για ασθενείς διαφορετικού προφίλ και χώρας προέλευσης. Στην έρευνα των Shenfield et al (2010) διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες αυτοί διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τη χώρα μόνιμης διαμονής των

ασθενών. Συγκεκριμένα, οι Ιταλοί, Γερμανοί, Γάλλοι, Νορβηγοί και Σουηδοί συνηθίζουν να αναζητούν αναπαραγωγική φροντίδα στο εξωτερικό συνήθως λόγω νομικών περιορισμών στη χώρα τους. Η αυξανόμενη μετακίνηση των Ιταλών σε προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ευρώπη έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες, λόγω της ψήφισης ενός αυστηροποιημένου νομοσχεδίου το 2004 (Bartolucci, 2008; Ferraretti et al, 2010). Αντίστοιχα, έχει βρεθεί ότι η πρόσβαση σε θεραπείες με δωρεά ωαρίων αποτελεί βασικό κίνητρο για τους Γάλλους ασθενείς (Pennings, 2010), ενώ ως σημαντικότερο κίνητρο για τους ασθενείς που προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο έχει αναδειχθεί η αποτυχία προηγούμενων θεραπειών στη χώρα τους (Shenfield et al, 2010).

2.2.2.β Παράγοντες έλξης

Εκτός των παραγόντων ώθησης, οι παράγοντες έλξης μπορεί να είναι εξίσου ή περισσότερο σημαντικοί για τους ασθενείς που αναζητούν αναπαραγωγική φροντίδα στο εξωτερικό. Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένας παράγοντας μπορεί να λειτουργεί ταυτόχρονα ως μεταβλητή έλξης και ώθησης. Χαρακτηριστικό τέτοιο παράδειγμα είναι το νομικό πλαίσιο, το οποίο όταν είναι περιοριστικό ωθεί τον ασθενή εκτός της χώρας προέλευσής του, ενώ όταν είναι φιλελεύθερο τον έλκει στη χώρα υποδοχής. Πράγματι, σε έρευνα των Rozée Gomez & de La Rochebrochard (2013) διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειονότητα (94%) των Γαλλίδων άγαμων ή ομοφυλόφιλων ασθενών ταξιδεύουν στο Βέλγιο για θεραπείες με δωρεά σπέρματος, οι οποίες δεν επιτρέπονται από τη σχετική νομοθεσία στη χώρα τους.

Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες έλξης περιλαμβάνουν, εκτός του ευνοϊκού νομικού πλαισίου στη χώρα υποδοχής, τη διαθεσιμότητα, ποικιλία και αναβαθμισμένη ποιότητα υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το συγκριτικά χαμηλό κόστος, τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένης, προηγμένης τεχνολογικά ή ακόμα και πειραματικής αναπαραγωγικής φροντίδας, τις περιορισμένες λίστες αναμονής και τα υψηλά επίπεδα επιτυχίας που καταγράφονται από κλινικές του εξωτερικού (Blyth & Farrand, 2005; Inhorn & Shrivastav, 2010; Pennings & Mertes, 2010). Σε έρευνα των Culley et al (2011) διαπιστώθηκε ότι η δυνατότητα λήψης έγκαιρης, ποιοτικής και χαμηλού κόστους φροντίδας αποτελεί το βασικό κίνητρο για το 71% των ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για αυτό το λόγο. Σημαντικό, είναι, επίσης, να σημειωθεί ότι καθοριστικό ρόλο στην επιλογή ενός προορισμού αναπαραγωγικού

τουρισμού διαδραματίζει και η φήμη μιας κλινικής, καθώς έχει βρεθεί ότι η αντιληπτή εξειδίκευση, ποιότητα και εικόνα της λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους ασθενείς (Blyth, 2010).

Σε σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε δείγματα ασθενών από διάφορες χώρες έχει βρεθεί ότι σημαντικοί παράγοντες έλξης περιλαμβάνουν το χαμηλό κόστος θεραπείας (Pennings et al, 2008), τα υψηλά πρότυπα φροντίδας σε όρους ποιότητας και ασφάλειας (Hudson et al, 2016), τη δυνατότητα συνδυασμού της θεραπείας με ολιγοήμερες διακοπές (Inhorn & Patrizio, 2009), τη διαθεσιμότητα συμβουλευτικών υπηρεσιών στις κλινικές του εξωτερικού (Blyth, 2010), τη διαθεσιμότητα δωρητών σπέρματος ή ωαρίων σε άλλες χώρες είτε λόγω του ευνοϊκού ρυθμιστικού πλαισίου είτε άλλων παραγόντων που σχετίζονται με το σύστημα υγείας (π.χ. παροχή κινήτρων σε δότες, ρυθμιστικό πλαίσιο περί ανωνυμίας) (Van Hoof et al, 2015), τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας ως προς την επίτευξη εγκυμοσύνης (Blyth, 2010) και τις μικρές λίστες αναμονής σε συνδυασμό με την υψηλή εξειδίκευση των κλινικών (Simoroulou et al, 2019). Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, συνήθως, ο σημαντικότερος παράγοντας έλξης αφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή στη χώρα υποδοχής (Shenfield et al, 2010).

Επίσης, δεν θα πρέπει να αγνοείται και η σημασία άλλων παραγόντων που σχετίζονται με τη γεωγραφική και πολιτισμική εγγύτητα μεταξύ της χώρας προέλευσης του ασθενή και της χώρας προορισμού του αναπαραγωγικού τουρισμού. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς τείνουν να επιλέγουν προορισμούς όπου αντιμετωπίζουν λιγότερα εμπόδια ως προς την πρόσβασή τους ή/και αισθάνονται περισσότερο «κοντά τους» σε πολιτισμικούς όρους (Whittaker, 2009). Αντίστοιχα, η γλώσσα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση επιλογής μιας χώρας του εξωτερικού για τη λήψη αναπαραγωγικής φροντίδας (Whittaker & Speier, 2010), ενώ ως παράγοντας έλξης μπορεί να λειτουργεί και το ευρύτερο κλίμα ενός προορισμού ή η δυνατότητα συνδυασμού της θεραπείας με διακοπές (Simoroulou et al, 2019). Δεν είναι, προφανώς, τυχαίο το γεγονός ότι η διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα στην Ευρώπη κυριαρχείται από Ευρωπαίους ασθενείς (Pennings et al, 2009). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι εκτός των παραγόντων έλξης και ώθησης, σημαντικοί είναι και ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την ευρύτερη αγορά υγείας ή τουρισμού, όπως είναι η μείωση του κόστους των αεροπορικών μετακινήσεων, η ευρωπαϊκή νομοθεσία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και η ταχύτατη διάδοση του

διαδικτύου, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως από τις κλινικές για την προώθηση των υπηρεσιών τους στο εξωτερικό (Hudson et al, 2011; Zanini et al, 2015).

2.2.3 Εμπειρίες ασθενών

Ορισμένες μελέτες έχουν επιχειρήσει να μελετήσουν και άλλες πτυχές του αναπαραγωγικού τουρισμού από την πλευρά των ασθενών, εστιάζοντας στις εμπειρίες τους μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας σε κάποια χώρα του εξωτερικού. Βασικά ζητήματα που έχουν εξεταστεί στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνουν τις πηγές πληροφόρησης που αξιοποιούνται από τους ασθενείς, τον τρόπο οργάνωσης του ταξιδιού και της θεραπείας τους, την επικοινωνία με την κλινική και τους θεράποντες ιατρούς και την ικανοποίηση από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Όσον αφορά τις πηγές πληροφόρησης, το διαδίκτυο αναδεικνύεται σε βασικό μέσο αναζήτησης πληροφοριών για τις κλινικές, τις διαθέσιμες θεραπείες και το κόστος, καθώς και εργαλείο πραγματοποίησης συγκρίσεων μεταξύ των παραπάνω (Simoroulou et al, 2019).

Στην ευρωπαϊκή έρευνα των Shenfield et al (2010) βρέθηκε, ωστόσο, ότι παρά το γεγονός ότι το διαδίκτυο αποτελεί βασική πηγή πληροφόρησης για τους Σουηδούς, Γερμανούς και Βρετανούς ασθενείς, οι Ιταλίδες συνήθως προτιμούν να πληροφορούνται για τις διαθέσιμες λύσεις από τους θεράποντες ιατρούς τους, στον τόπο διαμονής τους. Άλλες πηγές πληροφόρησης περιλαμβάνουν φίλους και συγγενείς, καθώς και οργανώσεις ασθενών με προβλήματα γονιμότητας (Blyth, 2010). Στη μελέτη των Rozée Gomez & de La Rochebrochard (2013) επίσης διαπιστώθηκε ότι η επιλογή κλινικής καθορίζεται από τρεις βασικούς παράγοντες, την πληροφόρηση που παρέχεται από οργανώσεις ασθενών, τη γεωγραφική εγγύτητα με τη χώρα προέλευσης και τις συστάσεις του θεράποντα ιατρού, με τις οργανώσεις ασθενών να διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην περίπτωση των Γαλλίδων που επιλέγουν κλινικές στην Ελλάδα.

Όσον αφορά την οργάνωση του ταξιδιού και της θεραπείας, αυτή γίνεται συνήθως από τους ίδιους τους ασθενείς, χωρίς τη συμμετοχή κάποιου τρίτου (π.χ. ταξιδιωτικό γραφείο) (Hudson et al, 2011). Για παράδειγμα, σε έρευνα της Blyth (2010) και σε μελέτη του Δικτύου Υπογονιμότητας του Ηνωμένου Βασιλείου (Infertility Network UK, 2008) βρέθηκε ότι το 76% και 88% των ασθενών, αντίστοιχα, οργανώνουν μόνοι

τους το ταξίδι και επικοινωνούν με την κλινική. Ωστόσο, στη μελέτη των Shenfield et al (2010) καταγράφηκε ότι το 60% των ασθενών λαμβάνουν κάποια βοήθεια από το θεράποντα ιατρό τους στη χώρα διαμονής τους για την επικοινωνία με την κλινική του εξωτερικού, με την τάση αυτή να είναι ισχυρότερη μεταξύ Γερμανών, Γάλλων και Σουηδών. Σε αντίστοιχη έρευνα σε δείγμα ασθενών που προέρχονται από τις ΗΠΑ βρέθηκε ότι αρκετοί ασθενείς αξιοποιούν υπηρεσίες ταξιδιωτικών γραφείων για την οργάνωση του ταξιδιού τους (Whittaker & Speier, 2010). Σε γενικές γραμμές, είναι εύλογο ότι όσο μεγαλύτερο είναι το ταξίδι και όσο ισχυρότεροι είναι οι σχετικοί περιορισμοί (π.χ. διαφορές στη γλώσσα ή τον πολιτισμό), τόσο πιθανότερο είναι οι ασθενείς να απευθυνθούν σε κάποιο εξειδικευμένο γραφείο (Millbank, 2018).

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, τόσο συνολικά όσο και σε σχέση με επιμέρους παράγοντες (π.χ. διαθεσιμότητα δωρητών, λίστες αναμονής, επιτυχία θεραπευτικής παρέμβασης) (Pennings et al, 2009; Blyth, 2010; Hudson et al, 2011). Πάνω από το 90% των συμμετεχόντων στην έρευνα των Shenfield et al (2010) ανέφερε ότι έλαβε ικανοποιητική πληροφόρηση από τις κλινικές του εξωτερικού στη γλώσσα τους. Αντίθετα, οι Pennings et al (2009) αναφέρουν ότι τα γλωσσικά εμπόδια αποτελούν βασικό πρόβλημα από την πλευρά των κλινικών ως προς την αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς που προέρχονται από ξένες χώρες, με τη διαπίστωση αυτή να επιβεβαιώνεται και από την πλευρά των ασθενών στην έρευνα του Infertility Network UK (2008). Ένας ακόμη παράγοντας δυσαρέσκειας που έχει καταγραφεί στην ερευνητική βιβλιογραφία είναι το υψηλό και μη αναμενόμενο επιπλέον κόστος της θεραπείας (Shenfield et al, 2010; Whittaker & Speier, 2010).

2.3 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.3.1 Η αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού

Η Ελλάδα αποτελεί σήμερα έναν από τους δημοφιλέστερους προορισμούς αναπαραγωγικού τουρισμού τόσο στην Ευρώπη όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, προσελκύνοντας κάθε χρόνο εκατοντάδες ζευγάρια ή άγαμες γυναίκες που επιθυμούν να έχουν πρόσβαση στις μεθόδους της υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής (Simoroulou et al, 2019). Οι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη αυτού του ειδικού τύπου ιατρικού τουρισμού είναι πολλαπλοί, με κυριότερο ίσως το

εξαιρετικά φιλελεύθερο και προοδευτικό νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις, όπως αναλύονται διεξοδικότερα στην ακόλουθη υποενότητα, παρέχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε μεθόδους και αναπαραγωγικές θεραπείες που είτε λόγω θρησκευτικών και κοινωνικοπολιτισμικών λόγων ή εξαιτίας ανελαστικών νομικών πλαισίων απαγορεύονται σε άλλες χώρες ανά τον κόσμο και ιδιαίτερα στην Ευρώπη, με χαρακτηριστικά παραδείγματα τη χρήση δωρεάς ωαρίων και τον προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο.

Βέβαια, εκτός του νομικού πλαισίου, υπάρχουν και άλλοι λόγοι που έχουν συντρέξει στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται το υψηλό επιστημονικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας στη χώρα, ειδικότερα αυτών που απασχολούνται στις κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ο υψηλός βαθμός εξειδίκευσης των αντίστοιχων μονάδων, σε συνδυασμό με τον προηγμένο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιούν και η υψηλή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, η οποία βελτιώνεται συνεχώς χάρη στα συστήματα ποιοτικού ελέγχου που εφαρμόζονται. Σημειώνεται, επίσης, ότι το ισχύον νομικό και ρυθμιστικό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα αυστηρό ως προς τις προϋποθέσεις αδειοδότησης και λειτουργίας των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έχοντας υιοθετήσει διεθνείς κατευθύνσεις και καλές πρακτικές, με αποτέλεσμα την οικοδόμηση μιας ευρύτερης κουλτούρας που προσανατολίζεται στη συνεχή ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών.

Παράλληλα, η υψηλή εξειδίκευση του ιατρικού και επιστημονικού προσωπικού που απασχολείται στις εν λόγω κλινικές έχει οδηγήσει στη σταδιακή εξέλιξη των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που προσφέρονται στη χώρα. Την ίδια στιγμή, οι αντίστοιχες μονάδες έχουν υιοθετήσει μια φιλοσοφία εξωστρέφειας και επιχειρηματικού πνεύματος, απευθυνόμενες στο διεθνές κοινό μέσω του διαδικτύου και άλλων προωθητικών δράσεων, καθώς και μέσω της συμμετοχής των επιστημόνων τους σε διεθνείς επιστημονικούς κύκλους, οργανισμούς, συλλόγους, συνέδρια και ημερίδες. Επίσης, σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της Ελλάδας έναντι άλλων δημοφιλών προορισμών αναπαραγωγικού τουρισμού στον κόσμο είναι το σχετικά χαμηλό κόστος των υπηρεσιών υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής, το οποίο παραμένει μέχρι και σήμερα σημαντικά χαμηλότερο από χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το σχετικό νομικό πλαίσιο είναι ομοίως φιλελεύθερο (Paraskou &

George, 2017). Εκτός αυτού, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται και από άλλα συγκριτικά πλεονεκτήματα, όπως το κλίμα, την αύξηση των αεροπορικών συνδέσεων με άλλες Ευρωπαϊκές πόλεις κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, τον πολιτισμικό της πλούτο και τις ποιοτικές ξενοδοχειακές της υποδομές. Αυτά τα στοιχεία δίνουν τη δυνατότητα στους αναπαραγωγικούς τουρίστες να συνδυάσουν την αναπαραγωγική θεραπεία με μια ευχάριστη ολιγόημερη διαμονή.

Αν και δεν υπάρχουν σαφή εμπειρικά δεδομένα για την αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι πάνω από 1.000 ασθενείς ταξιδεύουν κάθε χρόνο στη χώρα για να λάβουν αναπαραγωγική φροντίδα (Βιδάλης & Μολλάκη, 2018). Επίσης, σήμερα υπάρχουν 45 αδειοδοτημένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (<http://eaiya.gov.gr/enimerosi/adeiodotisi/>). Βάσει στοιχείων της Ανεξάρτητης Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, τα οποία παρουσιάστηκαν στο συνέδριο της ESHRE στη Βαρκελώνη το 2018, ο συνολικός αριθμός των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το 2015 ήταν 30.728, καταγράφοντας αύξηση κατά 8,35% συγκριτικά με το προηγούμενο έτος, ενώ ο αριθμός των νεογνών που γεννήθηκαν με τη χρήση των μεθόδων ART ανήλθε στα 7.036 (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2019).

Το 2015 έγιναν 2.872 νέοι κύκλοι IVF, 13.922 νέοι κύκλοι ICSI, 4.127 κύκλοι με μεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων, 4.768 κύκλοι με δωρεά ωαρίων, 793 κύκλοι μετά από προεμφυτευτικό έλεγχο, και 3.959 ομόλογες σπερματεγχύσεις. Βάσει αυτών των στοιχείων τεκμαίρεται μια υπερπροσφορά των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα, καθώς σε παγκόσμιο επίπεδο η ανάγκη εφαρμογής τους φτάνει τους 1.000 κύκλους ανά 1.000.000 κατοίκους το χρόνο, με τον αντίστοιχο αριθμό στην Ελλάδα να προσεγγίζει τους 3.500 κύκλους (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2019). Είναι σαφές ότι η αυξητική αυτή τάση οφείλεται, μεταξύ άλλων, και στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στη χώρα, καθώς ολοένα και περισσότερα ζευγάρια έρχονται στην Ελλάδα για να λάβουν σχετικές θεραπείες. Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το ποσοστό κήσεων ανά ωοληψία για το 2015 ήταν για νέους κύκλους IVF 27,5%, για νέους κύκλους ICSI 26,5%, για κύκλους με μεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων 32,3% και για δωρεά ωαρίων 55,1% (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2019).

2.3.2 Νομικό πλαίσιο

Τα ζητήματα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ρυθμίστηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα με το Ν.3089/2002 (ΦΕΚ Α' 327/23.12.2002) για την «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», με τον οποίο προσδιορίστηκαν οι γενικές προϋποθέσεις του επιτρεπτού των αντίστοιχων μεθόδων (ART), οι ειδικές προϋποθέσεις εφαρμογής τους, το πλαίσιο συναίνεσης, η διάθεση του γεννητικού υλικού και οι σχετικές επιπτώσεις βάσει οικογενειακού και κληρονομικού δικαίου. Ακολούθησε ο Ν.3305/2005 (ΦΕΚ Α' 17/27.1.2005) για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», με τον οποίο ρυθμίστηκαν τεχνικά ζητήματα, όπως οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και των τραπεζών κρυοσυντήρησης. Σχετικά πρόσφατα ψηφίστηκε και ο Ν.4272/2014 (ΦΕΚ Α' 145/11-07-2014), ο οποίος περιλαμβάνει επιπλέον ρυθμίσεις για το εν λόγω ζήτημα στη βάση της προσαρμογής στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ.

Βάσει του ισχύοντος νομικού πλαισίου, οι όροι πρόσβασης στις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι οι εξής: (α) η ιατρική αναγκαιότητα, καθώς η προσφυγή στις σχετικές μεθόδους επιτρέπεται όταν η απόκτηση τέκνων με φυσικό τρόπο είναι ιατρικώς αδύνατη (αδυναμία σύλληψης λόγω στειρότητας, υπογονιμότητας ή αδυναμία κυοφορίας) ή για την αποφυγή μετάδοσης κληρονομικής ασθένειας στο παιδί, (β) η ηλικία του υποβοηθούμενου ατόμου, η οποία ορίζεται στο ανώτατο όριο των 50 ετών για τις γυναίκες, (γ) η ενημέρωση-συναίνεση, καθώς απαιτείται έγγραφη συναίνεση μετά από ενημέρωση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, και αφορά τους δύο συζύγους όταν πρόκειται για έγγαμο ζευγάρι, τους δύο συντρόφους σε περίπτωση άγαμου ζεύγους που ζει σε ελεύθερη ένωση, ή την άγαμη γυναίκα, και (δ) ο ιατρικός έλεγχος, ο οποίος διενεργείται πριν την εφαρμογή οποιαδήποτε μεθόδου υποχρεωτικά για ορισμένες ασθένειες (HIV I-II, ηπατίτιδα Β και C, σύφιλη) (Καϊάφα-Γκμπάντι και συν, 2013).

Το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα είναι ένα από τα πιο προοδευτικά τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και παγκοσμίως, τόσο λόγω της αυξημένης προσβασιμότητας που επιτρέπει στις σχετικές μεθόδους-θεραπείες, όσο και εξαιτίας του εύρους των τελευταίων που είναι δυνατές. Αρχικά, ο Ν.3089/2002 κάνει αναφορά σε «εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα», προβλέποντας τη δυνατότητα προσφυγής στην τεχνητή γονιμοποίηση όχι μόνο σε

παντρεμένα ζευγάρια αλλά και σε μοναχικές (άγαμες) γυναίκες. Πρόσβαση στις μεθόδους αυτές έχουν οι μοναχικές γυναίκες, εκτός της Ελλάδας, μόνο στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Επίσης, ο νόμος επιτρέπει την επιλογή φύλου, ωστόσο μόνο όταν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο, καθώς και τη δωρεά γεννητικού υλικού (σπέρματος και ωαρίων), η οποία απαγορεύεται σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνουν τη Γερμανία, την Ιταλία και τη Σουηδία, όπου απαγορεύεται η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων.

Ιδιαίτερα προοδευτικό είναι το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα όσον αφορά την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, η οποία απαγορεύεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, ακόμα και σε περιπτώσεις που το ζευγάρι έχει ιστορικό στη γέννηση παιδιού με σοβαρή γενετική ασθένεια. Ιδιαίτερα αυστηροί είναι οι νομοθέτες στην Ευρώπη και σε ότι αφορά την παρένθετη μητρότητα, η οποία επιτρέπεται μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ελλάδα, υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, ως προς το αμφιλεγόμενο ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, ο Έλληνας νομοθέτης πραγματοποιεί διάκριση μεταξύ μερικού και πλήρους υποκατάστασης, απαγορεύοντας τη δεύτερη μορφή, υπό την έννοια ότι τα γονιμοποιημένα ωάρια που εμφυτεύονται στην κυοφόρο (παρένθετη) δεν πρέπει να ανήκουν στην ίδια. Σημαντική στην περίπτωση αυτή είναι η ρύθμιση που περιλαμβάνεται στον Κώδικα Δεοντολογίας της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, σύμφωνα με την οποία η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να είναι μεταξύ 25-45 ετών, να έχει αποκτήσει τουλάχιστον ένα τέκνο και να μην έχει υποβληθεί σε περισσότερες από δύο καισαρικές τομές. Τέλος, σημειώνεται ότι το ισχύον νομικό πλαίσιο ορίζει συγκεκριμένες προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΥΑ), σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της ΕΕ, του ΠΟΥ και της ESHRE.

2.3.3 Εμπειρικά δεδομένα

Παρά το γεγονός ότι ο αναπαραγωγικός τουρισμός αναπτύσσεται ταχύτατα στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα όσον αφορά το προφίλ των ασθενών και άλλες πτυχές της διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας στη χώρα είναι εξαιρετικά περιορισμένα. Προς το παρόν, τρεις είναι οι έρευνες που έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν το εν λόγω ζήτημα. Αρχικά, οι Rozée Gomez & de La Rochebrochard

(2013) διερεύνησαν τις εμπειρίες Γάλλων ασθενών σε κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία, το Βέλγιο και την Ελλάδα, διαπιστώνοντας ότι ο κύριος λόγος επιλογής της Ελλάδας ήταν η λήψη αναπαραγωγικής θεραπείας με τη χρήση δωρεάς ωαρίων, δεδομένης της αντίστοιχης έλλειψης στη Γαλλία και των μεγάλων λιστών αναμονής. Στην πλειοψηφία τους οι Γάλλοι ασθενείς που επέλεξαν την Ελλάδα ήταν ετερόφυλα ζευγάρια (99%) άνω των 43 ετών (65%) και μέλη οργανισμών ασθενών, από τον οποίο και έλαβαν συστάσεις για την ελληνική μονάδα. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι για τους ασθενείς που επέλεξαν την Ελλάδα έναντι της Ισπανίας για τη χρήση δωρεάς ωαρίων, το σχετικά χαμηλό κόστος στην πρώτη περίπτωση αποτέλεσε σημαντικό κριτήριο της απόφασής τους, με τη γεωγραφική εγγύτητα και την ευκολία πρόσβασης να μην διαδραματίζει εξίσου σημαντικό κριτήριο. Συνολικά, στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι ο κύριος λόγος επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού είναι το ανελαστικό νομικό πλαίσιο της χώρας προέλευσης (Γαλλία), σε συνδυασμό με το συγκριτικά χαμηλό κόστος της θεραπείας με τη χρήση μεθόδων δωρεάς ωαρίων.

Επίσης, σε μελέτη των Konsta et al (2017) εξετάστηκε το προφίλ και τα κίνητρα των αναπαραγωγικών τουριστών στην Ελλάδα σε δείγμα 91 γυναικών με χώρα προέλευσης το Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η πλειονότητα των ασθενών αποτελούνταν από ετερόφυλες γυναίκες (92,3%), έγγαμες (64,8%) και ανώτερου εκπαιδευτικού και εισοδηματικού επιπέδου, με μέση ηλικία τα 40 έτη. Από τις 91 γυναίκες, οι 67 επέτυχαν τελικά εγκυμοσύνη μετά τη θεραπεία, με το ποσοστό πολλαπλής εγκυμοσύνης να ανέρχεται στο 20,9%. Οι σημαντικότεροι λόγοι αναζήτησης αναπαραγωγικής θεραπείας στο εξωτερικό ήταν το υψηλό κόστος στη χώρα προέλευσης (69,2%), η δυσαρέσκεια από προηγούμενη θεραπεία (62,2%), τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας στη χώρα υποδοχής (60,4%) και η επιθυμία για πολλαπλή εμβρυομεταφορά (47,3%). Αντίστοιχα, ως σημαντικότερα κίνητρα επιλογής της Ελλάδας αναδείχθηκαν τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας των Ελληνικών κλινικών (59,3%), το χαμηλό κόστος (51,6%) και η υψηλή ποιότητα φροντίδας (50,5%), ενώ ιδιαίτερα σημαντικό κίνητρο διαπιστώθηκε ότι είναι και η επιθυμία χρήσης δωρεάς ωαρίων. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι το 89,9% των ασθενών θα πρότειναν την Ελλάδα σε τρίτους ως αναπαραγωγικό προορισμό, και το 74% δήλωσε ότι η Ελλάδα ήταν τελικά κατάλληλη για την ικανοποίηση των αναπαραγωγικών τους αναγκών.

Τέλος, οι Paraskou & George (2017) μελέτησαν δείγμα 130 ασθενών που επισκέφτηκαν την Ελλάδα για να λάβουν υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με τις κυριότερες χώρες προέλευσης να αναδεικνύονται η Ιταλία, η Γερμανία, η Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Ολλανδία. Το σημαντικότερο κίνητρο ήταν το περιοριστικό νομικό πλαίσιο στη χώρα τους, ιδιαίτερα όσον αφορά τη δωρεά ωαρίων που συνεπάγεται μακρές λίστες αναμονής. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν έγγαμοι ή σε σταθερή σχέση (64,1% συνολικά), άνω των 41 ετών, και επέλεξαν κάποια μονάδα στη Θεσσαλονίκη (37,5%), την Αθήνα (36,7%) και την Κρήτη (11,7%), ενώ οι κυριότερες θεραπείες που έλαβαν ήταν η δωρεά ωαρίων (38,2%), η δωρεά εμβρύων (20,9%) και η IVF (5,5%). Επίσης, σημαντικοί λόγοι επιλογής της Ελλάδας ήταν κατά σειρά το χαμηλό κόστος, η εύκολη πρόσβαση, πνευματικοί και θρησκευτικοί λόγοι, η αποτελεσματική επικοινωνία, η ποιότητα των υπηρεσιών, η φήμη του ιατρικού και επιστημονικού προσωπικού, καθώς και των κλινικών, και τέλος η δυνατότητα συνδυασμού της αναπαραγωγικής θεραπείας με ολιγοήμερες διακοπές. Τέλος, στην έρευνα βρέθηκε ότι οι σημαντικότεροι αποθαρρυντικοί παράγοντες για την επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού περιλαμβάνουν την έλλειψη διαπιστευτηρίων για τις κλινικές, καθώς και δημοσιευμένων δεδομένων, τη γλώσσα και την προσβασιμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του προφίλ, των εμπειριών και των κινήτρων των ασθενών που επισκέπτονται την Ελλάδα στο πλαίσιο του αναπαραγωγικού τουρισμού με σκοπό τη λήψη διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη χαρτογράφηση ορισμένων διαστάσεων της συμπεριφοράς των αναπαραγωγικών τουριστών στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπόψη

τους παράγοντες που συνεκτιμούν οι ασθενείς για την επιλογή της χώρας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού, καθώς και το κοινωνικοδημογραφικό τους υπόβαθρο. Δεδομένης της σχετικής έλλειψης εμπειρικών δεδομένων για την εν λόγω αγορά, η έρευνα αυτή επιχειρεί να προσθέσει πολύτιμη γνώση και πληροφόρηση για το προφίλ των αναπαραγωγικών τουριστών, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την περαιτέρω ανάπτυξή της. Ως εκ τούτου, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

- i. Ποιο είναι το κοινωνικοδημογραφικό υπόβαθρο των αναπαραγωγικών τουριστών που επιλέγουν την Ελλάδα για τη λήψη αναπαραγωγικής φροντίδας;
- ii. Ποιες είναι οι κυριότερες υπηρεσίες αναπαραγωγικής φροντίδας που λαμβάνουν και πώς διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά του ταξιδιού;
- iii. Ποια είναι τα σημαντικότερα κίνητρα έλξης και ώθησης για την επιλογή της Ελλάδας;
- iv. Ποια είναι τα αντίστοιχα σημαντικότερα αντιληπτά εμπόδια;
- v. Πώς αξιολογείται συνολικά η εμπειρία των ασθενών από τη λήψη αναπαραγωγικής φροντίδας στη χώρα;
- vi. Πώς διαφοροποιείται η εμπειρία αυτή, καθώς και τα κίνητρα, ανάλογα με το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των ασθενών;

3.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης ακολουθήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα αποτελεί μια μεθοδολογική προσέγγιση που αποσκοπεί στη διερεύνηση των διάφορων κοινωνικών φαινομένων μέσω αντικειμενικών μετρήσεων και αναλύσεων που βασίζονται σε ποσοτικοποιημένα δεδομένα (Babbie, 2011). Αυτή η προσέγγιση υιοθετεί την επαγωγική λογική, βάσει της οποίας ο ερευνητής μελετά ένα φαινόμενο ποσοτικά σύμφωνα με την υπάρχουσα θεωρία, στοχεύοντας στην ερμηνεία του και στην εξαγωγή αντικειμενικών και αξιόπιστων συμπερασμάτων που επιδέχονται γενίκευσης σε έναν ευρύτερο πληθυσμό (Brannen, 2017). Ως εκ τούτου, η ποσοτική έρευνα αποβλέπει στην επαλήθευση υποθέσεων μέσω αριθμητικών στοιχείων. Η ποσοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως είναι η ανάδειξη γενικών τάσεων, η δυνατότητα σύνδεσης χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, ο υψηλός βαθμός αξιοπιστίας και η αντιπροσωπευτικότητα των ευρημάτων (Bryman,

2004). Η επιλογή της ποσοτικής έρευνας για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης έγκειται στην πρόθεση διερεύνησης του φαινομένου του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα μέσω αξιόπιστων αριθμητών δεδομένων που προκύπτουν από τη χρήση του ερωτηματολογίου, ώστε τα ευρήματα να επιδέχονται ακολούθως γενίκευσης για τον ευρύτερο πληθυσμό των αναπαραγωγικών τουριστών που επιλέγουν τη χώρα ως προορισμό διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας.

3.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας μελέτης είναι ένα ειδικά κατασκευασμένο για τους σκοπούς της έρευνας ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 54 ερωτήσεις συνολικά και χωρίζεται σε τέσσερα μέρη (βλ. Παράρτημα). Οι ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στο ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκαν και επιλέχθηκαν από την ερευνήτρια βάσει της εκτενούς βιβλιογραφικής επισκόπησης που επιχειρήθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφορικά με τα κίνητρα των αναπαραγωγικών τουριστών και τα χαρακτηριστικά που εξετάζονται στις σχετικές έρευνες για τη χαρτογράφηση του προφίλ τους. Σημειώνεται ότι προς το παρόν δεν υπάρχει ένα διεθνώς σταθμισμένο ερωτηματολόγιο στο εξεταζόμενο ερευνητικό πεδίο και, για το λόγο αυτό, επιλέχθηκε η λύση της διαμόρφωσης ενός εργαλείου που εξυπηρετεί με το βέλτιστο τρόπο τον παρόντα ερευνητικό σκοπό.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου (ηλικία, χώρα προέλευσης, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο), το δεύτερο μέρος αποτελείται από τρεις ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά της θεραπείας (είδος θεραπείας, αποζημίωση στη χώρα προέλευσης, μέσο επιλογής κέντρου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής), και το τρίτο μέρος ομοίως από τρεις ερωτήσεις αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του ταξιδιού (τρόπος μετακίνησης, είδος διαμονής, διάρκεια διαμονής). Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τρεις ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών σχετικά με τον κυριότερο λόγο επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού, την ικανοποίηση από τη συνολική εμπειρία των ασθενών και την πρόθεση σύστασης της χώρας σε τρίτους, και από τρεις ερωτήσεις εκ των οποίων η πρώτη περιλαμβάνει 18, η δεύτερη 8 και η τρίτη 14 αντικείμενα-προτάσεις αναφορικά με τα κίνητρα επιλογής της Ελλάδας και της κλινικής και τα αντίστοιχα αντιληπτά εμπόδια. Η απαντητική κλίμακα στις τρεις αυτές ερωτήσεις είναι 5βάθμια κλίμακα Likert

(1=καθόλου σημαντικό, 2=λίγο σημαντικό, 3=μέτρια σημαντικό, 4=σημαντικό, 5=πολύ σημαντικό). Σημειώνεται ότι το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε αρχικά στα Ελληνικά και ακολούθως μεταφράστηκε στα Αγγλικά με τη μέθοδο της αντίστροφης διπλής μετάφρασης. Ως εκ τούτου, μοιράστηκε και συμπληρώθηκε στα Αγγλικά από τους ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, ενώ τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην ελληνική γλώσσα.

3.4 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 101 ασθενείς που έλαβαν ή συνεχίζουν να λαμβάνουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο κέντρο γονιμότητας Embryolab, ενώ ακολουθήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας, βάσει της οποίας κάθε μέλος ενός πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί με κάθε άλλο μέλος (Brannen, 2017). Το δείγμα επιλέχτηκε να αποτελείται αποκλειστικά από ασθενείς του εν λόγω κέντρου λόγω της δυνατότητας της ερευνήτριας να έρθει σε επαφή μαζί τους καθώς εργάζεται επί του παρόντος σε αυτό, δεδομένης μάλιστα και της δυσκολίας πρόσβασης σε ασθενείς άλλων κέντρων εξαιτίας και του ότι η θεραπεία γονιμότητας αποτελεί ένα ευαίσθητο ζήτημα για το οποίο οι ασθενείς δεν επιθυμούν πάντα να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να γίνει μια σύντομη αναφορά στον οργανισμό από τον οποίο επιλέχτηκε το δείγμα.

Το Embryolab είναι μια πρότυπη μονάδα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που λειτουργεί στη Θεσσαλονίκη από το 2004, απασχολώντας μία ομάδα κορυφαίων γιατρών, εμβρυολόγων και επιστημόνων υγείας διάφορων ειδικοτήτων υψηλής εξειδίκευσης και εμπειρίας σε αυτόν τον τομέα. Από το 2007 μέχρι και σήμερα πιστοποιείται με ISO9001:2015, EN 15224:2016, διαθέτοντας εξαιρετικά προηγμένο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το Embryolab ήταν το πρώτο κέντρο στην Ελλάδα που ενσωμάτωσε στη λειτουργία του το ηλεκτρονικό σύστημα ιχνηλασιμότητας για τον έλεγχο των εργαστηριακών διαδικασιών, καθώς και μία από τις πρώτες μονάδες διεθνώς που ενέταξε το σύστημα καλλιέργειας και ανάπτυξης εμβρύων Embryoscope. Το κέντρο προσφέρει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών σύγχρονης αναπαραγωγικής φροντίδας (σπερματέγχυση, εξωσωματική, μικρογονιμοποίηση, καλλιέργεια βλαστοκύστεων, κρυοσυντήρηση ωαρίων, κλπ.) και διαθέτει και πρόγραμμα δωρεάς ωαρίων και σπερματοζωαρίων αυστηρών προδιαγραφών ποιότητας. Το Embryolab διαθέτει διεθνές τμήμα και υποδέχεται κάθε

χρόνο δεκάδες ζευγάρια από όλον τον κόσμο που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας και επιθυμούν να λάβουν σχετική θεραπεία, συμβάλλοντας έτσι καθοριστικά στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στη Βόρεια Ελλάδα. Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι η καλά εδραιωμένη φήμη του τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό απορρέει, εκτός των παραπάνω, και από τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας ως προς την επίτευξη εγκυμοσύνης, τα οποία παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα ανά ηλικιακή ομάδα και τύπο θεραπείας.

Πίνακας 3 Ποσοστά επιτυχίας (επίτευξης εγκυμοσύνης) Embryolab

	<34	35-39	>40
Διεγερτικοί κύκλοι IVF/ICSI	58%	44%	22%
Εμβρυομεταφορές κρυοσυντηρημένων εμβρύων FERC	65%	49%	28%
Προγράμματα δωρεάς εμβρύων/ωαρίων	67%	65%	62%

Πηγή: Embryolab (2019)

3.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια στο κέντρο υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής Embryolab Fertility Clinic, για το οποίο εργάζεται κατά τα τελευταία τέσσερα χρόνια η ερευνήτρια στη θέση της συντονίστριας προγραμμάτων εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώθηκαν, αρχικά, από την ερευνήτρια για το σκοπό της και, ακολούθως, τους ζητήθηκε να υπογράψουν ειδικό έγγραφο συναίνεσης σχετικά με τη συμμετοχή τους. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 03/10/2019-13/12/2019 στους χώρους της κλινικής με τη φυσική παρουσία της ερευνήτριας, ώστε σε περίπτωση μη κατανόησης κάποιας ερώτησης να είναι δυνατή η παροχή σχετικών διευκρινήσεων. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την πλήρη ανωνυμία της έρευνας, για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους, καθώς και για το γεγονός ότι αυτές θα χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή δεδομένων που θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς.

3.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0. Για την αποτύπωση των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιούνται τόσο μέθοδοι της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά ευρήματα παρουσιάζονται μέσω της χρήσης πινάκων συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων. Επίσης, για την ομαδοποίηση των στοιχείων που αφορούν τους παράγοντες επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας, τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας και τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας εφαρμόζεται η τεχνική της Ανάλυσης Παραγόντων με τη μέθοδο περιστροφής Varimax. Παράλληλα, παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και οι τυπικές αποκλίσεις των αντίστοιχων προκύπτοντων παραγόντων, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται συσχετίσεις μεταξύ τους καθώς και με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τη θεραπεία γονιμότητας και τα επίπεδα πρόθεσης σύστασης της Ελλάδας ως προορισμό για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας, με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson. Τέλος, μελετάται η επίδραση του είδους της θεραπείας γονιμότητας στην οποία υποβλήθηκαν οι ερωτηθέντες στο βαθμό ικανοποίησης τους από τη θεραπεία και στα επίπεδα πρόθεσης σύστασης της Ελλάδας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού, μέσω παλινδρομήσεων με τη χρήση της μεθόδου Ελαχίστων Τετραγώνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εστιάζοντας στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα, αρχικά παρατηρείται ότι το 6,9% αυτών είναι ηλικίας 25 έως 30 ετών, το 13,9% ηλικίας 31 έως 35 ετών, το 29,7% από 36 έως 40 ετών, το 37,6% από 41 έως 45 ετών και το 11,9% ηλικίας 46 έως 50 ετών. Σχετικά με τη χώρα προέλευσης των ερωτηθέντων, προκύπτει ότι το 25,7% αυτών προέρχονται από τη Σερβία, το 8,9% από τη Γερμανία, το 18,8% από τη Γαλλία, το 13,9% από το Ηνωμένο Βασίλειο, το 3,0% από τη Ρωσία και το 29,7% από άλλες χώρες. Το 87,1% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, το 8,9% σε σχέση και το 4,0% άγαμοι, ενώ τέλος, προκύπτει ότι το 36,6% αυτών είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 30,7% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 32,7% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

Πίνακας 4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	%	
Ηλικιακή ομάδα	25-30	7	6,9%
	31-35	14	13,9%
	36-40	30	29,7%
	41-45	38	37,6%
	46-50	12	11,9%
Χώρα προέλευσης	Σερβία	26	25,7%
	Γερμανία	9	8,9%
	Γαλλία	19	18,8%
	Ελβετία	0	0,0%
	Ηνωμένο Βασίλειο	14	13,9%
	Ρωσία	3	3,0%
	Κύπρος	0	0,0%
	ΗΠΑ	0	0,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλη	30	29,7%
	Παντρεμένος/η	88	87,1%
	Σε σταθερή σχέση (συγκατοίκηση)	9	8,9%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Άγαμος/η	4	4,0%
	Απόφοιτος Λυκείου ή Γυμνασίου	37	36,6%
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου	31	30,7%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	33	32,7%

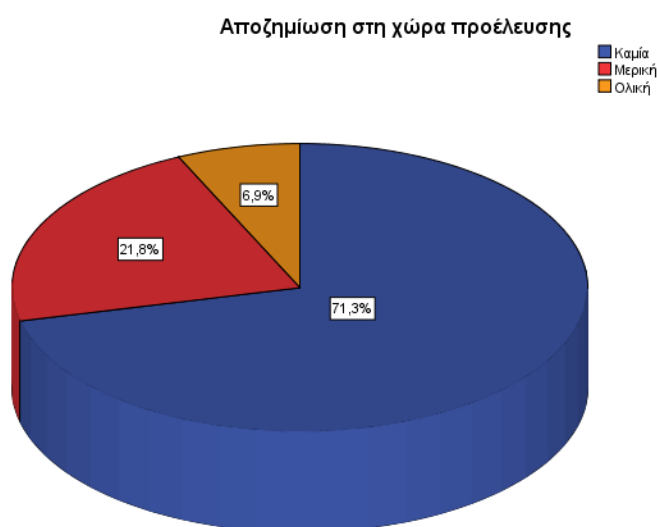
Σχετικά με το είδος των θεραπειών γονιμότητας που υπόκεινται οι ερωτηθέντες, παρατηρείται ότι για το 37,6% αυτές αφορούν δωρεά ωαρίων, για το 19,8% δωρεά εμβρύων, για το 25,7% εξωσωματική γονιμοποίηση, για το 3,0% προγεννητικό έλεγχο, για το 22,8% μικρογονιμοποίηση, για το 1,0% ενδομήτρια σπερματέγχυση, για το 3,0% προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, για το 4,0% κρυοσυντήρηση ωαρίων ή σπέρματος και για το 7,9% άλλη θεραπεία.

Πίνακας 5 Είδος Θεραπείας γονιμότητας

	N	%
Δωρεά ωαρίων	38	37,6%
Δωρεά εμβρύων	20	19,8%
Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	26	25,7%
Προγεννητικός έλεγχος (PGS)	3	3,0%
Μικρογονιμοποίηση (ICSI)	23	22,8%
Ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI)	1	1,0%
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)	3	3,0%
Κρυοσυντήρηση ωαρίων ή σπέρματος	4	4,0%
Άλλη θεραπεία	8	7,9%

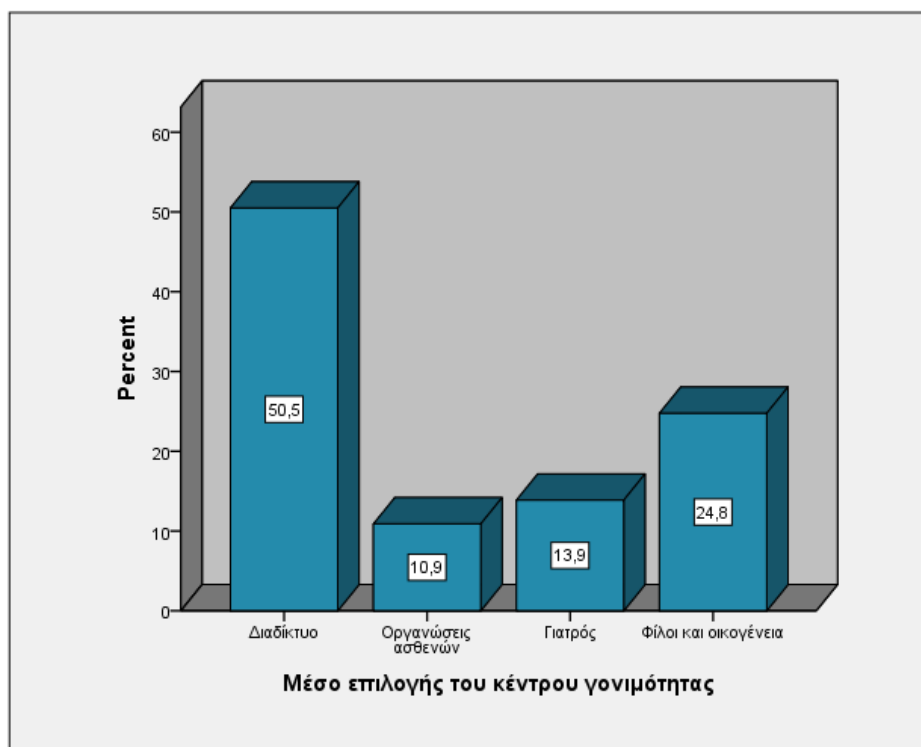
Επίσης, παρατηρείται ότι το 71,3% των ερωτηθέντων δεν λαμβάνει αποζημίωση για τη θεραπεία στη χώρα προέλευσής του, το 21,8% λαμβάνει μερική και το 6,9% ολική αποζημίωση.

Γράφημα 1 Παροχή αποζημίωσης στη χώρα προέλευσης



Όσον αφορά το μέσο επιλογής του κέντρου γονιμότητας, το 50,5% των ερωτηθέντων αναφέρει το διαδίκτυο, το 10,9% οργανώσεις ασθενών, το 13,9% τον θεράποντα ιατρό του και το 24,8% το φιλικό και συγγενικό του περιβάλλον.

Γράφημα 2 Μέσο επιλογής του κέντρου γονιμότητας



Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του ταξιδιού των συμμετεχόντων στην έρευνα, προκύπτει ότι το 59,4% μετακινήθηκε με αυτοκίνητο και το 40,6% με αεροπλάνο, ενώ το 37,6% αυτών διέμεινε σε ξενοδοχείο, το 33,7% σε ενοικιαζόμενο σπίτι, το 3,0% σε Airbnb και το 25,7% σε σπίτια φίλων και συγγενών. Η διάρκεια διαμονής των ερωτηθέντων στην Ελλάδα ήταν 1 έως 2 ημέρες για το 51,5% αυτών, 3 έως 5 ημέρες για το 31,7%, 6 έως 9 ημέρες για το 10,9% και άνω των 10 ημερών για το 5,9%.

Πίνακας 6 Χαρακτηριστικά ταξιδιού

	N	%	
Μέσο μετακίνησης	Αυτοκίνητο	60	59,4%
	Αεροπλάνο	41	40,6%
	Πλοίο	0	0,0%
Μέσο διαμονής	Ξενοδοχείο	38	37,6%
	Ενοικιαζόμενο σπίτι	34	33,7%
	Airbnb	3	3,0%
	Σπίτι φίλων ή συγγενών	26	25,7%
	1-2 ημέρες	52	51,5%
Διάρκεια διαμονής	3-5 ημέρες	32	31,7%
	6-9 ημέρες	11	10,9%
	10 ημέρες και παραπάνω	6	5,9%

Περνώντας στα αποτελέσματα που αφορούν τις ερωτήσεις σχετικά με τη θεραπεία γονιμότητας στην Ελλάδα και για την ομαδοποίηση των στοιχείων που αφορούν παράγοντες επιλογής της χώρας ως προορισμό για αυτή, χρησιμοποιείται η μέθοδος της Ανάλυσης Παραγόντων. Όπως παρατηρείται, προκύπτουν 6 αντίστοιχοι παράγοντες που αντιπροσωπεύουν το 80,30% της συνολικά επεξηγούμενης διακύμανσης και οι οποίοι είναι οι εξής:

Προσβασιμότητα (Cronbach's Alpha=0,856)

- Χαμηλό κόστος διαμονής
- Χαμηλό κόστος ταξιδιού
- Εύκολη πρόσβαση

Χαρακτηριστικά θεραπείας (Cronbach's Alpha=0,691)

- Προηγούμενη αποτυχία θεραπείας γονιμότητας αλλού
- Ανωνυμία κατά τη θεραπεία γονιμότητας
- Μικρές λίστες αναμονής
- Ποιότητα θεραπείας

Περιορισμοί θεραπείας στη χώρα διαμονής (Cronbach's Alpha=0,688)

- Μεγάλες λίστες αναμονής στη χώρα διαμονής μου
- Χαμηλό κόστος θεραπείας

- Έλλειψη εξειδίκευσης στη χώρα διαμονής μου
- Απουσία κλινικών γονιμότητας στη χώρα διαμονής μου

Χωρικοί παράγοντες (Cronbach's Alpha=0,749)

- Θεραπεία στη συγκεκριμένη κλινική
- Συνδυασμός θεραπείας με διακοπές
- Ευνοϊκό κλίμα

Θεσμικοί παράγοντες στη χώρα διαμονής (Cronbach's Alpha=0,840)

- Περιοριστικό θρησκευτικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου
- Περιοριστικό νομικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου

Θεσμικοί παράγοντες στην Ελλάδα (Cronbach's Alpha=0,700)

- Η Ελλάδα ως ιατρικός προορισμός
- Φιλελεύθερο νομικό πλαίσιο για τη θεραπεία γονιμότητας στην Ελλάδα

Πίνακας 7 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

Στοιχείο	Αρχικές ιδιοτιμές			Άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων			Αντεστραμμένο άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων		
	Σύνολο	% της	Αθροιστικό %	Σύνολο	% της	Αθροιστικό %	Σύνολο	% της	Αθροιστικό %
		Διακύμανσης			Διακύμανσης			Διακύμανσης	
1	5,846	32,478	32,478	5,846	32,478	32,478	3,113	17,294	17,294
2	2,680	14,887	47,364	2,680	14,887	47,364	3,105	17,248	34,542
3	1,941	10,785	58,150	1,941	10,785	58,150	2,541	14,117	48,659
4	1,630	9,054	67,204	1,630	9,054	67,204	2,063	11,459	60,118
5	1,254	6,967	74,171	1,254	6,967	74,171	1,860	10,332	70,450
6	1,104	6,133	80,304	1,104	6,133	80,304	1,774	9,854	80,304
7	0,847	4,703	85,007						
8	0,626	3,477	88,484						
9	0,572	3,175	91,659						
10	0,482	2,680	94,339						
11	0,376	2,089	96,428						
12	0,201	1,117	97,545						
13	0,171	0,949	98,494						
14	0,105	0,584	99,078						
15	0,088	0,490	99,568						

16	0,051	0,282	99,850
17	0,020	0,113	99,963
18	0,007	0,037	100,000

Πίνακας 8 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

	Παράγοντες					
	1	2	3	4	5	6
Χαμηλό κόστος διαμονής	0,943					
Χαμηλό κόστος ταξιδιού	0,916					
Εύκολη πρόσβαση	0,562					
Προηγούμενη αποτυχία θεραπείας γονιμότητας αλλού		0,827				
Ανωνυμία κατά τη θεραπεία γονιμότητας		0,788				
Μικρές λίστες αναμονής		0,772				
Ποιότητα θεραπείας		0,635				
Μεγάλες λίστες αναμονής στη χώρα διαμονής μου			0,822			
Χαμηλό κόστος θεραπείας			0,820			
Έλλειψη εξειδίκευσης στη χώρα διαμονής μου			0,706			
Απουσία κλινικών γονιμότητας στη χώρα διαμονής μου			0,671			
Θεραπεία στη συγκεκριμένη κλινική				0,796		
Συνδυασμός θεραπείας με διακοπές				0,706		
Ευνοϊκό κλίμα				0,663		
Περιοριστικό θρησκευτικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου					0,841	
Περιοριστικό νομικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου					0,664	
Η Ελλάδα ως ιατρικός προορισμός						0,754
Φιλελεύθερο νομικό πλαίσιο για τη θεραπεία γονιμότητας στην Ελλάδα						0,631

Από τις μέσες βαθμολογίες των παραγόντων που αφορούν τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας προκύπτει ότι ο σημαντικότερος εξ αυτών είναι τα χαρακτηριστικά της ίδιας της θεραπείας (Μ.Ο.=4,11, Τ.Α.=0,96), ενώ ακολουθούν λόγοι που σχετίζονται με το θεσμικό πλαίσιο στην Ελλάδα (Μ.Ο.=4,03, Τ.Α.=0,89). Εξαιρετικά σημαντικοί κρίνονται οι χωρικοί παράγοντες (Μ.Ο.=3,80, Τ.Α.=0,99), ενώ χαμηλότερης σημαντικότητας είναι λόγοι προσβασιμότητας (Μ.Ο.=3,16, Τ.Α.=1,19), περιορισμών σχετικά με τη θεραπεία στη χώρα διαμονής (Μ.Ο.=3,12, Τ.Α.=1,06) και θεσμικών περιορισμών στη χώρα διαμονής (Μ.Ο.=2,98, Τ.Α.=1,29).

Πίνακας 9 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

	M.O.	T.A.
Προσβασιμότητα	3,16	1,19
Χαρακτηριστικά θεραπείας	4,11	0,96
Περιορισμοί θεραπείας στη χώρα διαμονής	3,12	1,06
Χωρικοί παράγοντες	3,80	0,99
Θεσμικοί παράγοντες στη χώρα διαμονής	2,98	1,29
Θεσμικοί παράγοντες στην Ελλάδα	4,03	0,89

Επιπρόσθετα, από την Ανάλυση Παραγόντων που αφορά στα εμπόδια για την επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας από μέρους των συμμετεχόντων στην έρευνα, προκύπτουν δύο παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 63,06% της συνολικά επεξηγούμενης διακύμανσης και οι οποίοι είναι οι εξής:

Μη σχετιζόμενα με τη θεραπεία εμπόδια (Cronbach's Alpha=0,730)

- Πολιτική αστάθεια
- Προβλήματα πρόσβασης
- Γλωσσικά εμπόδια
- Τρέχουσα αρνητική εικόνα της Ελλάδας
- Υψηλό κόστος ταξιδιού
- Απεργίες και διαδηλώσεις

Σχετιζόμενα με τη θεραπεία εμπόδια (Cronbach's Alpha=0,928)

- Υψηλά κόστη θεραπείας
- Έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων σχετικά με τις θεραπείες γονιμότητας

Πίνακας 10 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

Στοιχείο	Αρχικές ιδιοτιμές			Άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων			Αντεστραμμένο άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων		
	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %
		Διακύμανσης			Διακύμανσης			Διακύμανσης	
1	3,342	41,781	41,781	3,342	41,781	41,781	2,812	35,145	35,145
2	1,702	21,277	63,057	1,702	21,277	63,057	2,233	27,912	63,057
3	1,126	14,071	77,128						
4	0,638	7,969	85,097						
5	0,472	5,904	91,000						
6	0,408	5,099	96,099						
7	0,185	2,310	98,409						
8	0,127	1,591	100,000						

Πίνακας 11 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

	Παράγοντας	
	1	2
Πολιτική αστάθεια	0,920	
Προβλήματα πρόσβασης	0,877	
Γλωσσικά εμπόδια	0,711	
Τρέχουσα αρνητική εικόνα της Ελλάδας	0,707	
Υψηλό κόστος ταξιδιού	0,639	
Απεργίες και διαδηλώσεις	0,537	
Υψηλά κόστη θεραπείας		0,833
Έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων σχετικά με τις θεραπείες γονιμότητας		0,782

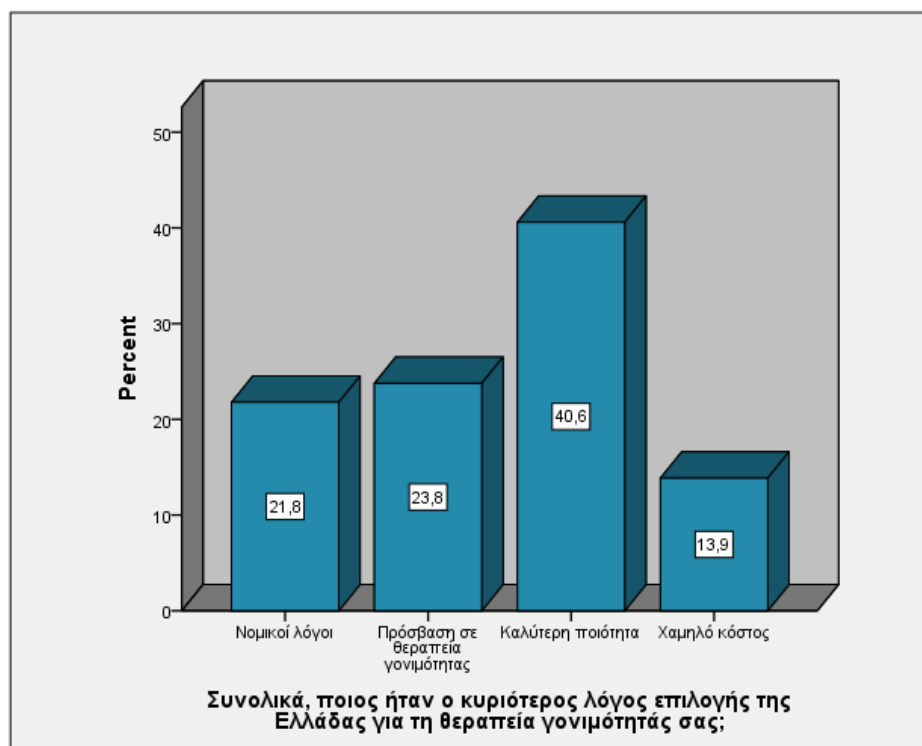
Από τις μέσες βαθμολογίες των παραγόντων που αφορούν τα εμπόδια για την επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας προκύπτει ότι τα σχετιζόμενα με τη θεραπεία εμπόδια είναι μέτριας σημασίας (Μ.Ο.=2,92, Τ.Α.=1,09) και τα μη σχετιζόμενα με τη θεραπεία εμπόδια εξαιρετικά χαμηλής σημασίας (Μ.Ο.=1,82, Τ.Α.=0,74).

Πίνακας 12 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τα εμπόδια επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Μη σχετιζόμενα με τη θεραπεία	1,82	0,74
Σχετιζόμενα με τη θεραπεία	2,92	1,09

Επιπρόσθετα, προκύπτει ότι συνολικά ο κυριότερος λόγος επιλογής της Ελλάδας για τη θεραπεία γονιμότητας από μέρους των ερωτηθέντων ήταν η καλύτερη ποιότητα περίθαλψης για το 40,6% αυτών, η πρόσβαση σε θεραπεία γονιμότητας για το 23,8%, νομικοί λόγοι για το 21,8% και το χαμηλό κόστος θεραπείας για το 13,9%.

Γράφημα 3 Κυριότεροι λόγοι επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας



Από την ομαδοποίηση των στοιχείων που αφορούν την επιλογή του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας, μέσω της αντίστοιχης Ανάλυσης Παραγόντων προκύπτουν 4 παράγοντες που επεξηγούν το 77,17% της συνολικής διακύμανσης και οι οποίοι είναι οι εξής:

Φήμη και επικοινωνία (Cronbach's Alpha=0,911)

- Φιλικό προσωπικό
- Διάσημοι γιατροί
- Καλή επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό
- Φήμη

Ποιότητα διαδικασιών (Cronbach's Alpha=0,883)

- Μικρές λίστες αναμονής
- Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός
- Διαπίστευση κλινικής
- Διαφάνεια κατά τη θεραπεία
- Μεγάλη ποικιλία θεραπειών γονιμότητας

Ποιότητα – τιμή (Cronbach's Alpha=0,819)

- Ποιότητα θεραπείας
- Σχέση τιμής-ποιότητας
- Χαμηλό κόστος θεραπείας

Εξειδίκευση – εξατομίκευση (Cronbach's Alpha=0,755)

- Εξειδίκευση στη θεραπεία γονιμότητας
- Εξαιρετικά εξατομικευμένη θεραπεία

Πίνακας 13 Ποσοστό επεξηγούμενης διακύμανσης παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

Στοιχείο	Αρχικές ιδιοτιμές			Άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων			Αντεστραμμένο άθροισμα τετραγώνων φορτίσεων		
	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %	Σύνολο	% της	Άθροιστικό %
		Διακύμανσης			Διακύμανσης			Διακύμανσης	
1	6,908	49,341	49,341	6,908	49,341	49,341	3,720	26,570	26,570
2	1,618	11,555	60,896	1,618	11,555	60,896	3,661	26,151	52,721
3	1,259	8,992	69,888	1,259	8,992	69,888	1,743	12,453	65,174
4	1,020	7,282	77,170	1,020	7,282	77,170	1,679	11,996	77,170
5	0,745	5,324	82,495						
6	0,675	4,823	87,318						
7	0,437	3,124	90,442						
8	0,375	2,676	93,118						
9	0,366	2,612	95,730						
10	0,314	2,244	97,974						
11	0,129	0,923	98,898						
12	0,109	0,778	99,676						
13	0,030	0,215	99,890						
14	0,015	0,110	100,000						

Πίνακας 14 Φορτίσεις παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

	Παράγοντες			
	1	2	3	4
Φιλικό προσωπικό	0,858			
Διάσημοι γιατροί	0,855			
Καλή επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό	0,848			
Φήμη	0,671			
Μικρές λίστες αναμονής		0,822		
Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός		0,803		
Διαπίστευση κλινικής		0,743		
Διαφάνεια κατά τη θεραπεία		0,690		
Μεγάλη ποικιλία θεραπειών γονιμότητας		0,648		
Ποιότητα θεραπειάς			0,845	
Σχέση τιμής-ποιότητας			0,728	
Χαμηλό κόστος θεραπείας			0,610	
Εξειδίκευση στη θεραπεία γονιμότητας				0,813
Εξαιρετικά εξατομικευμένη θεραπεία				0,794

Όπως παρατηρείται, ο κυριότερος λόγος επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας από μέρους των ερωτηθέντων ήταν η εξειδίκευση και εξατομίκευση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μ.Ο.=4,66, Τ.Α.=0,49), ενώ ιδιαίτερα σημαντικοί λόγοι ήταν επίσης και η καλή φήμη του κέντρου και επικοινωνία με το προσωπικό (Μ.Ο.=4,39, Τ.Α.=0,57) και η ποιότητα των διαδικασιών (Μ.Ο.=4,30, Τ.Α.=0,78), ενώ ελαφρώς λιγότερο σημαντικός λόγος ήταν η σχέση ποιότητας και τιμής των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μ.Ο.=4,19, Τ.Α.=0,59).

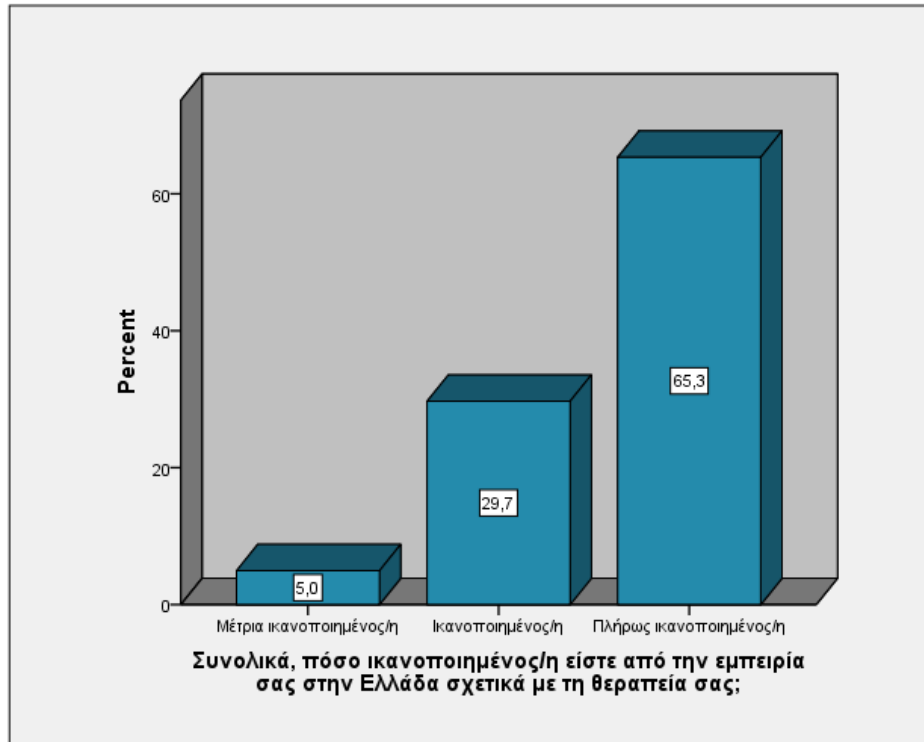
Πίνακας 15 Μέσες βαθμολογίες παραγόντων σχετικών με τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Φήμη και επικοινωνία	4,39	0,57
Ποιότητα διαδικασιών	4,30	0,78
Ποιότητα - τιμή	4,19	0,59
Εξειδίκευση - εξατομίκευση	4,66	0,49

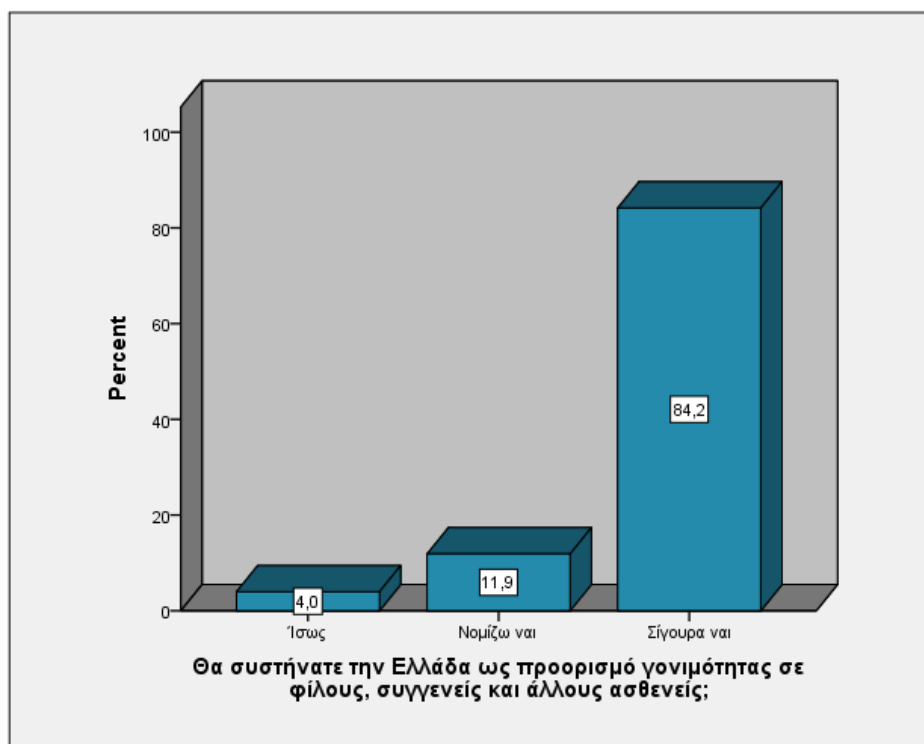
Τέλος, παρατηρείται ότι το 65,3% των ερωτηθέντων παρουσιάζει απόλυτο βαθμό ικανοποίησης από την εμπειρία θεραπείας γονιμότητας στην Ελλάδα, το 29,7% σχετικό βαθμό ικανοποίησης και το 5,0% μέτριο βαθμό ικανοποίησης. Εξάλλου, προκύπτει ότι το 96,0% των ερωτηθέντων αθροιστικά θα πρότεινε την Ελλάδα ως προορισμό

γονιμότητας σε φίλους, συγγενείς και άλλους ασθενείς.

**Γράφημα 4 Επίπεδο συνολικής ικανοποίησης από την εμπειρία εφαρμογής
θεραπείας γονιμότητας στην Ελλάδα**



**Γράφημα 5 Επίπεδο πρόθεσης σύστασης της Ελλάδας για την εφαρμογή
θεραπείας γονιμότητας**



Προχωρώντας σε συσχέτιση των παραγόντων επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας και των παραγόντων που προσδιορίζουν τα αντίστοιχα εμπόδια, αρχικά παρατηρείται ότι η παρουσία σημαντικών περιορισμών σχετικά με τη θεραπεία, αλλά και θεσμικών περιορισμών στη χώρα διαμονής, σηματοδοτούν υψηλό επίπεδο εμποδίων τόσο σχετιζόμενων με τη θεραπεία ($r=0,518$, $p<0,001$ και $r=0,452$, $p<0,001$ αντίστοιχα), όσο και μη σχετιζόμενων με τη θεραπεία ($r=0,296$, $p=0,003$ και $r=0,327$, $p=0,001$ αντίστοιχα). Παράλληλα, όσο περισσότερο σημαντικά είναι τα σχετιζόμενα με τη θεραπεία εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες για την επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας, τόσο αυξημένης σημαντικότητας είναι οι λόγοι επιλογής της χώρας που αφορούν την προσβασιμότητα ($r=0,365$, $p<0,001$) και τα χαρακτηριστικά της θεραπείας ($r=0,318$, $p=0,001$).

Πίνακας 16 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων και των εμποδίων επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

		Μη σχετιζόμενα με τη θεραπεία	Σχετιζόμενα με τη θεραπεία
Προσβασιμότητα	r	0,075	0,365
	p	0,457	0,000
Χαρακτηριστικά θεραπείας	r	-0,096	0,318
	p	0,339	0,001
Περιορισμοί θεραπείας στη χώρα διαμονής	r	0,296	0,518
	p	0,003	0,000
Χωρικοί παράγοντες	r	0,025	0,074
	p	0,803	0,460
Θεσμικοί παράγοντες στη χώρα διαμονής	r	0,327	0,452
	p	0,001	0,000
Θεσμικοί παράγοντες στην Ελλάδα	r	0,110	0,176
	p	0,271	0,078

Εν συνεχεία, παρατηρείται ότι ο βαθμός σημαντικότητας των λόγων επιλογής της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας παρουσιάζει σταθερή στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο σημαντικότητας των λόγων επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου ($p<0,05$ σε κάθε περίπτωση). Ως εκ τούτου προκύπτει ότι η επιλογή της Ελλάδας για την υποβολή των ερωτηθέντων σε θεραπεία γονιμότητας συνδυάζεται και σχετίζεται με την ύπαρξη του συγκεκριμένου κέντρου, οδηγώντας τους ασθενείς στην απόφαση να πραγματοποιήσουν το ταξίδι στην Ελλάδα.

Πίνακας 17 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων επιλογής της Ελλάδας των λόγων επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

		Φήμη και επικοινωνία	Ποιότητα διαδικασιών	Ποιότητα - τιμή	Εξειδίκευση - εξατομίκευση
Προσβασιμότητα	r	0,400	0,281	0,397	0,296
	p	0,000	0,004	0,000	0,003
Χαρακτηριστικά θεραπείας	r	0,461	0,408	0,374	0,453
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Περιορισμοί θεραπείας στη χώρα διαμονής	r	0,422	0,447	0,539	0,260
	p	0,000	0,000	0,000	0,009
Χωρικοί παράγοντες	r	0,349	0,469	0,376	0,406
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Θεσμικοί παράγοντες στη χώρα προορισμού	r	0,445	0,557	0,542	0,222
	p	0,000	0,000	0,000	0,026
Θεσμικοί παράγοντες στην Ελλάδα	r	0,235	0,457	0,249	0,343
	p	0,018	0,000	0,012	0,000

Αντίθετα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 18, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου σημαντικότητας των λόγων επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας από μέρους των ερωτηθέντων και των εμποδίων που συνάντησαν για αυτή, καθώς σε κάθε περίπτωση το παρατηρηθέν επίπεδο σημαντικότητας είναι ανώτερο του $\alpha=0,05$. Εξαιρέση αποτελεί η συσχέτιση του βαθμού επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας λόγω της καλής σχέσης ποιότητας – τιμής και της παρουσίας εμποδίων σχετιζόμενων με τη θεραπεία, η οποία είναι στατιστικά σημαντική και θετική ($r=0,377$, $p<0,001$).

Πίνακας 18 Συσχέτιση κατά Pearson των λόγων του συγκεκριμένου κέντρου και των εμποδίων επιλογής της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

		Μη σχετιζόμενα με τη θεραπεία	Σχετιζόμενα με τη θεραπεία
Φήμη και επικοινωνία	r	0,022	0,108
	p	0,830	0,284
Ποιότητα διαδικασιών	r	0,101	0,140
	p	0,313	0,161
Ποιότητα - τιμή	r	0,191	0,377
	p	0,056	0,000
Εξειδίκευση - εξατομίκευση	r	-0,033	0,135
	p	0,742	0,178

Τέλος, από την εφαρμογή των αντίστοιχων παλινδρομήσεων ώστε να διαπιστωθεί αν το είδος των θεραπειών επιδρά στο επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την εμπειρία τους στην Ελλάδα σχετικά με τη θεραπεία γονιμότητας στην οποία υποβλήθηκαν και στο βαθμό που είναι πρόθυμοι να συστήσουν την Ελλάδα ως προορισμό γονιμότητας σε φίλους, συγγενείς και άλλους ασθενείς, παρατηρείται ότι καμία εκ των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική ($p > 0,05$). Ως εκ τούτου, το είδος της θεραπείας που ακολούθησαν οι ασθενείς δεν επιδρά στο επίπεδο της ικανοποίησής τους, αλλά ούτε και στην πρόθεσή τους να συστήσουν την Ελλάδα ως προορισμό γονιμότητας σε φίλους, συγγενείς και άλλους ασθενείς

Πίνακας 19 Παλινδρόμηση OLS της επίδρασης του είδους θεραπείας στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών

	Μη τυποποιημένοι		Τυποποιημένοι	t	p
	συντελεστές		συντελεστές		
	β	Τ.Σ.	β		
Σταθερά	5,451	1,195		4,561	0,000
Δωρεά ωαρίων	0,018	0,228	0,015	0,080	0,936
Δωρεά εμβρύων	0,035	0,234	0,024	0,149	0,882
Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	-0,254	0,203	-0,191	-1,251	0,214
Προγεννητικός έλεγχος (PGS)	-0,451	0,466	-0,132	-0,968	0,336
Μικρογονιμοποίηση (ICSI)	0,073	0,212	0,052	0,343	0,732
Ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI)	0,295	10,204	0,050	0,245	0,807
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)	0,303	0,438	0,088	0,692	0,491
Κρυοσυντήρηση ωαρίων ή σπέρματος	-0,470	0,354	-0,157	-1,325	0,188
R^2			0,068		
F (p)			0,838 (0,572)		

Πίνακας 20 Παλινδρόμηση OLS της επίδρασης του είδους θεραπείας στην πρόθεση σύστασης της Ελλάδας για την εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας

	Μη τυποποιημένοι		Τυποποιημένοι	t	p
	συντελεστές		συντελεστές		
	β	Τ.Σ.	β		
Σταθερά	5,351	1,004		5,328	0,000
Δωρεά ωαρίων	-0,139	0,192	-0,138	-0,725	0,471
Δωρεά εμβρύων	-0,227	0,197	-0,185	-1,153	0,252
Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	-0,231	0,171	-0,207	-1,351	0,180
Προγεννητικός έλεγχος (PGS)	-0,351	0,392	-0,122	-0,897	0,372
Μικρογονιμοποίηση (ICSI)	0,075	0,178	0,065	0,422	0,674
Ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI)	0,855	1,012	0,173	0,845	0,400
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)	-0,121	0,368	-0,042	-0,328	0,744
Κρυοσυντήρηση ωαρίων ή σπέρματος	-0,213	0,298	-0,085	-0,714	0,477
R ²			0,065		
F (p)			0,793 (0,610)		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Ο αναπαγωγικός τουρισμός αποτελεί μια αγορά που παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, δεδομένου του φιλελεύθερου νομικού πλαισίου που διέπει την υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την οργάνωση της φροντίδας και την υψηλή εξειδίκευση κλινικών και επαγγελματιών υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του προφίλ, των κινήτρων και των εμπειριών των ασθενών που επισκέπτονται την Ελλάδα για τη λήψη φροντίδας γονιμότητας, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικοδημογραφικό τους υπόβαθρο καθώς και τους λόγους που επέλεξαν το συγκεκριμένο κέντρο. Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα, αρχικά, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς-αναπαγωγικοί τουρίστες που έρχονται στη χώρα είναι κατά κύριο λόγο άνω των 36 ετών, με τους περισσότερους εξ αυτών να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 41-45 ετών, επιβεβαιώνοντας ευρήματα σχετικών ερευνών που έχουν διενεργηθεί στην Ελλάδα (Rozée Gomez & de La Rochebrochard, 2013; Konsta et al, 2017; Paraskou & George, 2017), δεδομένου βέβαια ότι σε αυτές τις ηλικίες παρουσιάζονται και τα περισσότερα προβλήματα υπογονιμότητας (Blyth, 2010).

Ως προς τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είναι στη συντηρητική πλειονότητά τους έγγαμοι και διαφοροποιούμενου εκπαιδευτικού επιπέδου, με τα ευρήματα αυτά να έρχονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα των Rozée Gomez & de La Rochebrochard (2013) και Konsta et al (2017), οι οποίοι βρήκαν ότι οι ασθενείς που επιλέγουν την Ελλάδα για τη λήψη αναπαγωγικής φροντίδας είναι κατά βάση ετερόφυλα ζευγάρια σε γάμο ή μόνιμη συντροφική σχέση. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στη μελέτη των Konsta et al (2017) βρέθηκε ότι οι ασθενείς είναι ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, κάτι που δεν επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα, καταδεικνύοντας ότι οι αναπαγωγικοί τουρίστες δεν ανήκουν απαραίτητα σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις, όπως έχει βρεθεί και σε διεθνείς έρευνες (Pennings, 2004; Culley et al, 2011; Deonandan, 2015). Τέλος, ως προς τη χώρα προέλευσης, οι ασθενείς προέρχονται κυρίως από τη Σερβία και τις

γειτονικές χώρες, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, εύρημα βέβαιο που μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στο γεγονός ότι το κέντρο γονιμότητας από το οποίο προήλθε το δείγμα βρίσκεται στη Βόρεια Ελλάδα, προσφέροντας έτσι εύκολη πρόσβαση από τις βαλκανικές χώρες. Από την άλλη πλευρά, το περιοριστικό νομικό πλαίσιο στη Γαλλία περί δωρεάς ωαρίων και οι αντίστοιχες μεγάλες λίστες αναμονής στο Ηνωμένο Βασίλειο (Shenfield et al, 2010; Pennings, 2010; Bergmann, 2010) εξηγούν τα παρόντα ευρήματα για την προέλευση των ασθενών.

Ως προς τα χαρακτηριστικά της θεραπείας, πάνω από το ήμισυ των ασθενών (57,4%) έλαβε θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τη χρήση προγράμματος δωρεάς ωαρίων ή εμβρύων, με το επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό (25,7%) να αντιστοιχεί σε τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ως εκ τούτου, καθίσταται σαφές ότι το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο περί δωρεάς ωαρίων στην Ελλάδα αναδεικνύεται σε βασικό παράγοντα επιλογής της χώρας (Rozée Gomez & de La Rochebrochard, 2013; Konsta et al, 2017; Paraskou & George, 2017), όπως έχει βρεθεί και σε διεθνείς μελέτες (Shenfield et al, 2010; Pennings, 2010; Van Hoof et al, 2015). Σημαντικό εύρημα της μελέτης αφορά και στα μέσα επιλογής του κέντρου γονιμότητας, εκ των οποίων τα σημαντικότερα είναι το διαδίκτυο και το φιλικό/συγγενικό περιβάλλον, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες σχετικές έρευνες (Shenfield et al, 2010; Blyth, 2010; Simopoulou et al, 2019). Αναφορικά με την οργάνωση του ταξιδιού, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς μετακινούνται προς την Ελλάδα κατά κύριο λόγο με αυτοκίνητο και δευτερευόντως με αεροπλάνο, διαμένοντας από μία έως 5 ημέρες στη χώρα, εύρημα που καταδεικνύει την περιορισμένη μέση διάρκεια διαμονής του «αναπαραγωγικού ταξιδιού», καθώς και το γεγονός ότι αυτό συνήθως οργανώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς χωρίς τη συμμετοχή κάποιου τρίτου (Blyth, 2010; Hudson et al, 2011; Millbank, 2018).

Ως προς τα κίνητρα επιλογής της Ελλάδας για τη λήψη θεραπείας γονιμότητας, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι αυτά αποτελούνται τόσο από παράγοντες ώθησης όσο και από παράγοντες έλξης (Inhorn, 2009; Pennings et al, 2009; Shenfield et al, 2010; Inhorn & Gurtin, 2011; Schurr, 2018; Simopoulou et al, 2019), με τους δεύτερους ωστόσο να αναδεικνύονται σημαντικότεροι από τους πρώτους. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς επιλέγουν τη χώρα κυρίως λόγω των χαρακτηριστικών της θεραπείας (υψηλή ποιότητα, μικρές λίστες αναμονής, ανωνυμία), του προοδευτικού θεσμικού πλαισίου και άλλων χωρικών παραγόντων (κλιματολογικές συνθήκες, ύπαρξη συγκεκριμένου

κέντρου στην Ελλάδα, δυνατότητα ολιγοήμερων διακοπών). Πράγματι, σε προηγούμενες διεθνείς έρευνες έχει βρεθεί ότι το νομικό πλαίσιο στον προορισμό αναπαγωγικού τουρισμού και η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας αποτελούν κρίσιμης σημασίας κίνητρα για τους ασθενείς (Blyth & Farrand, 2005; Inhorn & Shrivastav, 2010; Pennings & Mertes, 2010; Culley et al, 2011; Hudson et al, 2016), με το εύρημα αυτό να επιβεβαιώνεται και για την περίπτωση της Ελλάδας (Rozée Gomez & de La Rochebrochard, 2013; Konsta et al, 2017; Paraskou & George, 2017), για την επιλογή της οποίας μάλιστα σημαντικό κίνητρο αποτελεί και η δυνατότητα συνδυασμού της θεραπείας με ολιγοήμερες διακοπές (Simoroulou et al, 2019).

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που επιλέγουν την Ελλάδα ως προορισμό αναπαγωγικού τουρισμού προτείνουν ως σημαντικότερο λόγο επιλογής της την καλύτερη ποιότητα και τη διαθεσιμότητα της αναπαγωγικής φροντίδας, εύρημα που έρχεται σε μερική αντίθεση με αυτά των Rozée Gomez & de La Rochebrochard (2013), οι οποίοι βρήκαν ότι το χαμηλό κόστος της θεραπείας είναι αυτό που παρακινεί τους ασθενείς να επισκεφτούν την Ελλάδα για αυτό το σκοπό. Παράλληλα, στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα αντιληπτά εμπόδια για την επιλογή της χώρας είναι εξαιρετικά περιορισμένα, ενώ ως σημαντικότεροι παράγοντες επιλογής του κέντρου αναδείχθηκαν η εξειδίκευση, η φήμη του και η υψηλή αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι θετικές συνολικά αντιλήψεις των ασθενών αντανακλούνται τόσο στον υψηλό βαθμό ικανοποίησής τους όσο και στην εξαιρετικά αυξημένη πρόθεσή τους να προτείνουν τη χώρα ως προορισμό γονιμότητας σε φίλους, συγγενείς και άλλους ασθενείς, γεγονός που καταδεικνύει τη θετική συσχέτιση μεταξύ εμπειρίας από τη θεραπεία και πρόθεσης σύστασης σε τρίτους (Blyth, 2010; Hudson et al, 2011).

Τέλος, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι η επιλογή της Ελλάδας ως προορισμού αναπαγωγικής φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την πρόθεση επιλογής του συγκεκριμένου κέντρου γονιμότητας. Πράγματι, στη σχετική ερευνητική βιβλιογραφία έχει διαπιστωθεί ότι καθοριστικό ρόλο στην επιλογή ενός προορισμού αναπαγωγικού τουρισμού διαδραματίζει και η φήμη μιας κλινικής, καθώς έχει βρεθεί ότι η αντιληπτή εξειδίκευση, ποιότητα και εικόνα της λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους ασθενείς (Blyth, 2010; Inhorn & Shrivastav, 2010; Pennings & Mertes, 2010). Συνολικά, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η υψηλή αντιληπτή ποιότητα των υπηρεσιών αναπαγωγικής φροντίδας που παρέχονται στην Ελλάδα σε συνδυασμό με

το προοδευτικό νομικό πλαίσιο που διέπει την υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή αποτελούν βασικά κίνητρα επιλογής της χώρας από τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, με τη χρήση προγραμμάτων δωρεάς ωαρίων και εμβρύων να αναδεικνύεται ως δημοφιλέστερη θεραπευτική επιλογή, λαμβάνοντας υπόψη τυχόν νομικούς, θρησκευτικούς και ρυθμιστικούς περιορισμούς στις χώρες προέλευσής τους. Ωστόσο, η σημασία και άλλων παραγόντων, όπως το ευνοϊκό κλίμα, η γεωγραφική εγγύτητα με τις κοντινές χώρες των Βαλκανίων και η φήμη ορισμένων κλινικών, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται.

5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα που διενεργήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας αποτέλεσε μια προσπάθεια χαρτογράφησης του προφίλ και των κινήτρων των ασθενών-αναπαραγωγικών τουριστών που επισκέπτονται τη χώρα για τη λήψη διασυννοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας, με απώτερο στόχο την προσθήκη νέας γνώσης και πληροφόρησης σε αυτό το πεδίο, δεδομένης και της έλλειψης σχετικών εμπειρικών δεδομένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς που επιλέγουν την Ελλάδα είναι ηλικίας άνω των 36 ετών, μετακινούνται προς τη χώρα είτε με αυτοκίνητο είτε με αεροπλάνο, δεν ανήκουν απαραίτητα σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, διαμένουν στη χώρα για λίγες ημέρες και λαμβάνουν κυρίως υπηρεσίες αναπαραγωγικής φροντίδας μέσω της χρήσης προγραμμάτων δωρεάς ωαρίων και εμβρύων. Παράλληλα, τα σημαντικότερα κίνητρα επιλογής της χώρας περιλαμβάνουν την υψηλή αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας, η οποία απορρέει τόσο από την εξειδίκευση των κλινικών και του προσωπικού τους, όσο και από τη διαθεσιμότητα των αναπαραγωγικών υπηρεσιών δεδομένου του προοδευτικού νομικού πλαισίου.

Ως εκ τούτου, μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο αναπαραγωγικός τουρισμός στην Ελλάδα αποτελεί μια αγορά με εξαιρετική αναπτυξιακή δυναμική, με το φιλελεύθερο νομικό πλαίσιο περί υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής να έχει επιδράσει σημαντικά σε αυτήν τη δυναμική, συντελώντας στην προσέλκυση ολοένα και περισσότερων ασθενών, κυρίως από τις ευρωπαϊκές χώρες. Η φήμη της χώρας ως προορισμό αναπαραγωγικού τουρισμού θα πρέπει να αποτελέσει εργαλείο στα χέρια των υπευθύνων χάραξης της αντίστοιχης πολιτικής, με απώτερο στόχο την περαιτέρω ανάπτυξη της αγοράς και την ανάδειξή της ως ένα κλάδο κρίσιμης σημασίας για την οικονομική, τουριστική και περιφερειακή ανάπτυξη της Ελλάδας. Επιμέρους πεδία που

χρήζουν βελτίωσης για την καλύτερη οργάνωση της αγοράς περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες μάρκετινγκ που αναπτύσσονται από τις κλινικές προς τις αγορές του εξωτερικού, την ενεργοποίηση των φορέων υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής για το συντονισμό των ομάδων ενδιαφέροντος και την προώθηση συνεργατικών δράσεων προς αυτήν την κατεύθυνση. Επιπλέον, η ανάπτυξη και υιοθέτηση εργαλείων διαπίστευσης των κλινικών και διασφάλισης της ποιότητάς τους βάσει διεθνών καλών πρακτικών και προτύπων ποιότητας αποτελεί ένα ακόμη σημείο ενδιαφέροντος της σχετικής πολιτικής.

Σημαντικό ρόλο ως προς την οργάνωση των παραπάνω δράσεων μπορεί να διαδραματίσει η Εθνική Αρχή Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ως συντονιστικός φορέας των κλινικών και των επαγγελματιών υγείας, προωθώντας τις απαραίτητες αλλαγές στο σχετικό ρυθμιστικό πλαίσιο, με απώτερο στόχο τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αντιμετώπιση των αντίστοιχων εμποδίων σε ότι αφορά την έλλειψη διαπιστευτηρίων για τα κέντρα γονιμότητας και τη δημοσίευση συγκεντρωτικών δεδομένων σε ενδιαφερόμενους φορείς. Η ενδυνάμωση του αδιαμφισβήτητα ποιοτικού και εξειδικευμένου έργου που παρέχεται από τα διαπιστευμένα κέντρα γονιμότητας της χώρας από τις ρυθμιστικές αρχές βάσει του ελληνικού και ευρωπαϊκού κανονιστικού πλαισίου μπορεί να αποτελέσει σημείο-κλειδί για την περαιτέρω ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ελλάδα προς όφελος των ασθενών, των κλινικών, των επαγγελματιών υγείας και άλλων εμπλεκόμενων. Τέλος, η ανάληψη προωθητικών και επιστημονικών δράσεων από τα ίδια τα κέντρα γονιμότητας (π.χ. δημιουργία διεθνών τμημάτων, λειτουργία ακαδημιών, οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων και ενημερωτικών ημερίδων), μπορεί να συμβάλλει εξίσου καθοριστικά στην ανάπτυξη του αναπαραγωγικού τουρισμού και στην προσέλκυση ασθενών από διάφορες χώρες προέλευσης εκτός Ευρώπης.

5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εξέταση, ερμηνεία και γενίκευση των ευρημάτων της. Αρχικά, βασικό περιορισμό της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι το δείγμα της προήλθε από ασθενείς αποκλειστικά ενός και μόνο κέντρου γονιμότητας που βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη, γεγονός που ερμηνεύει και το ιδιαίτερο προφίλ τους, κυρίως όσον

αφορά τις χώρες προέλευσης. Επιπλέον, στην έρευνα δεν επιχειρήθηκε να εξεταστούν άλλοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως το εισόδημα και η μέση δαπάνη κατά τη διαμονή στην Ελλάδα, ώστε να μελετηθεί εις βάθος το προφίλ αυτών των ασθενών. Επίσης, η μελέτη περιορίζεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχει προς το παρόν κάποιο διεθνώς αποδεκτό σταθμισμένο εργαλείο που αξιολογεί τα κίνητρα και άλλες συμπεριφορικές μεταβλητές στην αγορά αναπαραγωγικού τουρισμού, το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί στην παρούσα έρευνα. Ακόμη, περιορισμό της έρευνας συνιστά και η έλλειψη επαρκών εμπειρικών δεδομένων σχετικά με τους αναπαραγωγικούς τουρίστες που επιλέγουν την Ελλάδα, ώστε να είναι εφικτή η καλύτερη σύγκριση των ευρημάτων. Τέλος, ένας επιπλέον περιορισμός που αξίζει να αναφερθεί είναι και το ότι στην έρευνα δεν επιχειρήθηκε η συγκριτική ανάλυση των ευρημάτων περί κινήτρων ανάλογα με τη χώρα προέλευσης των ασθενών, λόγω του μεγάλου εύρους της τελευταίας μεταβλητής.

Λαμβάνοντας υπόψη τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει περαιτέρω το προφίλ των ασθενών-αναπαραγωγικών τουριστών που επιλέγουν την Ελλάδα, χρησιμοποιώντας μεγαλύτερα δείγματα τόσο σε αριθμητικούς όσο και σε γεωγραφικούς όρους. Επίσης, αντικείμενο της μελλοντικής έρευνας αποτελεί και η διερεύνηση των κινήτρων επιλογής της χώρας από τους ασθενείς βάσει του κοινωνικοδημογραφικού τους υποβάθρου και της χώρας προέλευσής τους, ώστε να εντοπιστούν τυχόν διαφοροποιήσεις. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει, ακόμη, να εξετάσουν τις εμπειρίες των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και την επίτευξη εγκυμοσύνης, ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης σε μεταγενέστερο της λήψης των αναπαραγωγικών υπηρεσιών χρόνο. Τέλος, ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη της σχέσης ικανοποίησης και πρόθεσης σύστασης σε τρίτους στην αγορά του αναπαραγωγικού τουρισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adamson, G. D., Tabangin, M., Macaluso, M., & de Mouzon, J. (2013). The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies (ART). *Fertility and Sterility*, 100(3), S42.

Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Baccino, G., Salvadores, P., & Hernández, E. R. (2014). Disclosing their type of conception to offspring conceived by gamete or embryo donation in Spain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 83-95.

Bartolucci, R. (2008). Cross-border reproductive care: Italy, a case example. *Human Reproduction*, 23(Suppl.1), i88.

Bay, B., Larsen, P. B., Kesmodel, U. S., & Ingerslev, H. J. (2014). Danish sperm donors across three decades: motivations and attitudes. *Fertility and Sterility*, 101(1), 252-257.

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

Bergmann, S. (2011). Reproductive Agency and Projects. Germans Searching for Egg Donation in Spain and the Czech Republic. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 600-608.

Blyth, E. (2010). Fertility patients' experiences of cross-border reproductive care. *Fertility and Sterility*, 94(1), e11-e15.

Blyth, E., & Farrand, A. (2005). Reproductive tourism-a price worth paying for reproductive autonomy?. *Critical Social Policy*, 25(1), 91-114.

Brannen, J. (2017). *Mixing methods: Qualitative and quantitative research*. London: Routledge.

Bryman, A. (2004). *Social Research Methods* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Capelouto, S. M., Archer, S. R., Morris, J. R., Kawwass, J. F., & Hipp, H. S. (2018). Sex selection for non-medical indications: a survey of current pre-implantation genetic

screening practices among US ART clinics. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(3), 409-416.

Cohen, J. (2006). Procreative tourism and reproductive freedom. *Reproductive Biomedicine Online*, 13(1), 145-146.

Culley, L., & Hudson, N. (2010). Fertility tourists or global consumers? A sociological agenda for exploring cross-border reproductive travel. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 4(10), 139–149.

Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., & Pacey, A. A. (2011). Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Human Reproduction*, 26(9), 2373-2381.

de Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., et al. & European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2010). Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 25(8), 1851-1862.

Deonandan, R. (2015). Recent trends in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 111.

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

Ferraretti, A. P., Goossens, V., Kupka, M., et al. & the European IVF Monitoring Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology. (2013). Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009. Results Generated from European Registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 28(9), 2318-2331.

Ferraretti, A. P., Pennings, G., Gianaroli, L., Natali, F., & Magli, M. C. (2010). Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(2), 261-266.

Forman, R. (2011). Cross-border reproductive care: a clinician's perspective. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(7), 808-810.

- Greenfeld, D. A. (2005). Reproduction in same sex couples: quality of parenting and child development. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 17(3), 309-312.
- Hudson, N., Culley, L., Blyth, E., Norton, W., Pacey, A., & Rapport, F. (2016). Cross-border-assisted reproduction: a qualitative account of UK travellers' experiences. *Human Fertility*, 19(2), 102-110.
- Hudson, N., Culley, L., Blyth, E., Norton, W., Rapport, F., & Pacey, A. (2011). Cross-border reproductive care: a review of the literature. *Reproductive Biomedicine Online*, 22(7), 673-685.
- Hughes, E. G., & DeJean, D. (2010). Cross-border fertility services in North America: a survey of Canadian and American providers. *Fertility and Sterility*, 94(1), e16-e19.
- Hunt, J. (2013). Cross border treatment for infertility: the counselling perspective in the UK. *Human Fertility*, 16(1), 64-67.
- Infertility Network UK (2008). *The Infertility Network UK FertilityTourism Survey Results*. Unpublished survey results.
- Inhorn, M. C., & Gürtin, Z. B. (2011). Cross-border reproductive care: a future research agenda. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 665-676.
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking reproductive "tourism" as reproductive "exile". *Fertility and Sterility*, 92(3), 904-906.
- Inhorn, M. C., & Shrivastav, P. (2010). Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(Suppl), 68S-74S.
- Inhorn, M.C. (2009). 'Assisted' motherhood in global Dubai: reproductive tourists and their helpers. In: Chavkin, W., Maher, J. (Eds.), *The Globalization of Motherhood* (pp. 180-203). Oxon: Routledge.
- Jones Jr, H. W., Cooke, I., Kempers, R., Brinsden, P., & Saunders, D. (2011). International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: preface. *Fertility and Sterility*, 95(2), 491.

- Klitzman, R. (2017). How much is a child worth? Providers' and patients' views and responses concerning ethical and policy challenges in paying for ART. *PLoS One*, 12(2), e0171939.
- Knoppers, B. M., & LeBris, S. (1991). Recent advances in medically assisted conception: legal, ethical and social issues. *American Journal of Law and Medicine*, 17, 239-361.
- Kocourkova, J., Burcin, B., & Kucera, T. (2014). Demographic relevancy of increased use of assisted reproduction in European countries. *Reproductive Health*, 11(1), 37.
- Konsta, N., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Galanis, P., & Kaitelidou, D. (2017). Cross Border Reproductive Care: Profile and Incentives of Women Travelling to Greece for IVF Treatment. *Value in Health*, 20(9), A523.
- Kovacs, P. (2014). Embryo selection: the role of time-lapse monitoring. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12(15), 124.
- Malizia, B. A., Hacker, M. R., & Penzias, A. S. (2009). Cumulative Live-Birth Rates after In Vitro Fertilization. *New England Journal of Medicine*, 360(3), 236-243.
- Martin, L. J. (2009). Reproductive tourism in the age of globalization. *Globalizations*, 6(2), 249-263.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., et al. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990. A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Medicine*, 9(12), e1001356.
- Mertes, H., & Pennings, G. (2011). Social Egg Freezing. For Better, not for Worse. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(7), 824-829.
- Millbank, J. (2018). The Role of professional facilitators in cross-border assisted reproduction. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 6, 60-71.
- Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., & te Velde, E. (2011). Why Do People Postpone Parenthood? Reasons and Social Policy Incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6), 848-860.
- Mladovsky, P. (2006). IVF and reproductive tourism. *Euro Observer*, 8(2), 2.

- Ory, S. J., Devroey, P., Banker, M., et al. (2014). IFFS Surveillance 2013. Preface and Conclusions. *Fertility and Sterility*, 101(6), 1582-1583.
- Paraskou, A., & George, B. P. (2017). The market for reproductive tourism: an analysis with special reference to Greece. *Global Health Research and Policy*, 2(1), 16.
- Parks, J. A. (2010). Care ethics and the global practice of commercial surrogacy. *Bioethics*, 24(7), 333-340.
- Pennings, G. (2004). Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Human Reproduction*, 19(12), 2689-2694.
- Pennings, G. (2005). Reply: reproductive exile versus reproductive tourism. *Human Reproduction*, 20, 3571–3572.
- Pennings, G. (2010). The rough guide to insemination: cross-border travelling for donor semen due to different regulations. *FVV Obgyn*, 55-60.
- Pennings, G., & Mertes, H. (2010). The state and the infertile patient looking for treatment abroad: a difficult relationship. In: Tupasela, A. (Eds.), *Consumer Medicine* (pp. 93-110). Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Pennings, G., Autin, C., Decler, W., et al. (2009). Cross-border reproductive care in Belgium. *Human Reproduction*, 24(12), 3108-3118.
- Pennings, G., De Mouzon, J., Shenfield, F., et al. (2014). Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29(5), 1076-1089.
- Pennings, G., De Wert, G., Shenfield, F., Cohen, J., Tarlatzis, B., & Devroey, P. (2008). ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. *Human Reproduction*, 23(10), 2182-2184.
- Rebar, R. W. (2016). Social and ethical implications of fertility preservation. *Fertility and Sterility*, 105(6), 1449-1451.
- Rozée Gomez, V., & de La Rochebrochard, E. (2013). Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium. *Human Reproduction*, 28(11), 3103-3110.

- Salama, M., Isachenko, V., Isachenko, E., et al. (2018). Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(7), 1277-1288.
- Schurr, C. (2018). The baby business booms: Economic geographies of assisted reproduction. *Geography Compass*, 12(8), e12395.
- Shenfield, F. (2011). ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners. *Human Reproduction*, 26(7), 1625–1627.
- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., et al. & the ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. (2010). Cross-Border Reproductive Care in Six European Countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361-1368.
- Simopoulou, M., Sfakianoudis, K., Giannelou, P., et al. (2019). Treating infertility: current affairs of cross-border reproductive care. *Open Medicine*, 14(1), 292-299.
- Smerdon, U. R. (2008). Crossing bodies, crossing borders: international surrogacy between the United States and India. *Cumberland Law Review*, 39(1), 15–85.
- Sreenivas, K., & Campo-Engelstein, L. (2010). Domestic and international surrogacy laws: implications for cancer survivors. *Cancer Treatment Research*, 156, 135-152.
- Storrow, R. F. (2011). Assisted reproduction on treacherous terrain: the legal hazards of cross-border reproductive travel. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 538-545.
- Svitnev, K. (2010). Legal regulation of assisted reproduction treatment in Russia. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(7), 892-894.
- Trokoudes, K. M., Pavlides, C., & Zhang, X. (2011). Comparison outcome of fresh and vitrified donor oocytes in an egg-sharing donation program. *Fertility and Sterility*, 95(6), 1996-2000.
- Van Hoof, W., & Pennings, G. (2012). Extraterritorial laws for cross-border reproductive care: the issue of legal diversity. *European Journal of Health Law*, 19(2), 187-200.

van Hoof, W., Pennings, G., & de Sutter, P. (2015). Cross-Border Reproductive Care for Law Evasion. A Qualitative Study into the Experiences and Moral Perspectives of French Women Who Go to Belgium for Treatment with Donor Sperm. *Social Science and Medicine*, 124, 391-397.

Van Hoof, W., Pennings, G., & De Sutter, P. (2015). Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Social Science & Medicine*, 124, 391-397.

Whittaker, A. (2009). Global technologies and transnational reproduction in Thailand. *Asian Studies Review*, 33(3), 319-332.

Whittaker, A., & Speier, A. (2010). "Cycling overseas": care, commodification, and stratification in cross-border reproductive travel. *Medical Anthropology*, 29(4), 363-383.

Yildiz, M. S., & Khan, M. M. (2016). Opportunities for reproductive tourism: cost and quality advantages of Turkey in the provision of in-vitro Fertilization (IVF) services. *BMC Health Services Research*, 16(1), 378.

Zanini, G., Kantsa, V., Papadopoulou, L., Karavia, P., & Arapoglou, S. (2015). *(In)fertile citizens: on the concepts, practices, politics and technologies of assisted reproduction in Greece: an interdisciplinary and comparative approach*. Research Report (IN)FERCIT. Brussels: European Commission.

Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., et al. (2014). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology. World Report on Assisted Reproductive Technology, 2005. *Fertility and Sterility*, 101(2), 366-378.

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

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

Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε., & Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2013). *Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή: 10 χρόνια εφαρμογής του Ν. 3089/2002*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο στα Αγγλικά

DEMOGRAPHICS

Age group

- 25-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50

Country of origin

- Serbia
- Germany
- France
- Switzerland
- UK
- Russia
- Cyprus
- USA
- Other

Marital status

- Married
- Cohabiting
- Single

Educational status

- High school diploma or below
- University graduate
- Master degree graduate

TREATMENT CHARACTERISTICS

Type of fertility treatment

- Egg donation
- Embryo donation
- IVF
- PGS aneuploidy screening
- ICSI
- IUI
- PGD
- Egg or sperm preservation
- other treatment

Reimbursement in the home country

- Non
- Partial
- Total

Selection mode of fertility center

- Internet
- Patients organizations
- Doctor
- Friends and family
- Other medical center

TRAVEL CHARACTERISTICS**Transportation type**

- Car
- Airline
- Ship

Accommodation type

- Hotel
- Rented house
- Airbnb
- Friend or relative's house

Length of stay

- 1-2 days
- 3-5 days
- 6-9 days
- 10 days or more

QUESTIONS REGARDING FERTILITY TREATMENT IN GREECE

How important were the following factors for you choosing Greece as a fertility treatment destination?

- 1 = Not at all important**
- 2 = Slightly important**
- 3 = Moderately important**
- 4 = Important**
- 5 = Very important**

1. Low cost of travelling

2. Low cost of accommodation

3. Easy access

4. Low cost of treatment

5. Favorable climate

6. Combining treatment with vacation

7. Greece as a medical destination

8. Quality of treatment

9. Treatment in the particular clinic

10. Liberal legislative framework for fertility treatment in Greece	
11. Anonymity while fertility treatment	
12. Previous failure in fertility treatment elsewhere	
13. Restrictive legislative framework in my home country	
14. Short waiting times	
15. Long waiting times in my home country	
16. Absence of fertility clinics in my home country	
17. Restrictive religious framework in my home country	
18. Lack of expertise in my home country	
How important do you consider the following factors as barriers for choosing Greece as a fertility destination?	1 = Not at all important 2 = Slightly important 3 = Moderately important 4 = Important 5 = Very important
1. Lack of published data regarding fertility treatment	
2. High treatment costs	
3. Language-related barriers	
4. Negative image of Greece currently	
5. Political instability	
6. Problems with access	
7. High cost of travelling	
8. Strikes and demonstrations	
Overall, which was the main reason for choosing Greece for your fertility treatment? (you can choose only one answer)	<input type="checkbox"/> Legal reason <input type="checkbox"/> Access in fertility treatment <input type="checkbox"/> Better quality <input type="checkbox"/> Low cost

<p>How important were the following factors for choosing this particular fertility center?</p>	<p>1 = Not at all important 2 = Slightly important 3 = Moderately important 4 = Important 5 = Very important</p>
1. Reputation	
2. Quality of treatment	
3. Low cost of treatment	
4. Relationship between cost and quality	
5. Transparency of treatment	
6. Clinic accreditation	
7. Short waiting times	
8. Famous doctors	
9. Wide variety of fertility treatments	
10. Modern medical equipment	
11. Friendly staff	
12. Good communication with the medical staff	
13. Expertise in fertility treatment	
14. Highly personalized treatment	
<p>Overall, how satisfied are you from your experience in Greece regarding your treatment?</p>	<p><input type="checkbox"/> Totally unsatisfied <input type="checkbox"/> Unsatisfied <input type="checkbox"/> Moderately satisfied <input type="checkbox"/> Satisfied <input type="checkbox"/> Totally satisfied</p>
<p>Would you recommend Greece as a fertility destination to friends, relatives and other patients?</p>	<p><input type="checkbox"/> Absolutely no <input type="checkbox"/> I guess, no <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> I guess, yes <input type="checkbox"/> Absolutely yes</p>

Ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Ηλικιακή ομάδα

- 25-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50

Χώρα προέλευσης

- Σερβία
- Γερμανία
- Γαλλία
- Ελβετία
- Ηνωμένο Βασίλειο
- Ρωσία
- Κύπρος
- ΗΠΑ
- Άλλη

Οικογενειακή κατάσταση

- Παντρεμένος/η
- Σε σταθερή σχέση (συγκατοίκηση)
- Άγαμος/η

Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Απόφοιτος Λυκείου ή Γυμνασίου
- Απόφοιτος Πανεπιστημίου
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είδος θεραπείας γονιμότητας

- Δωρεά ωαρίων
- Δωρεά εμβρύων
- Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)
- Προγεννητικός έλεγχος (PGS)
- Μικρογονιμοποίηση (ICSI)
- Ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI)
- Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)
- Κρυοσυντήρηση ωαρίων ή σπέρματος
- Άλλη θεραπεία

Αποζημίωση στη χώρα προέλευσης	<input type="checkbox"/> Καμία <input type="checkbox"/> Μερική <input type="checkbox"/> Ολική
Μέσο επιλογής του κέντρου γονιμότητας	<input type="checkbox"/> Διαδίκτυο <input type="checkbox"/> Οργανώσεις ασθενών <input type="checkbox"/> Γιατρός <input type="checkbox"/> Φίλοι και οικογένεια <input type="checkbox"/> Άλλο κέντρο γονιμότητας
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ	
Μέσο μετακίνησης	<input type="checkbox"/> Αυτοκίνητο <input type="checkbox"/> Αεροπλάνο <input type="checkbox"/> Πλοίο
Μέσο διαμονής	<input type="checkbox"/> Ξενοδοχείο <input type="checkbox"/> Ενοικιαζόμενο σπίτι <input type="checkbox"/> Airbnb <input type="checkbox"/> Σπίτι φίλων ή συγγενών
Διάρκεια διαμονής	<input type="checkbox"/> 1-2 ημέρες <input type="checkbox"/> 3-5 ημέρες <input type="checkbox"/> 6-9 ημέρες <input type="checkbox"/> 10 ημέρες και παραπάνω
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
Πόσο σημαντικοί ήταν οι παρακάτω παράγοντες για σας για να επιλέγετε την Ελλάδα ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας;	1 = Καθόλου σημαντικό 2 = Λίγο σημαντικό 3 = Μέτρια σημαντικό 4 = Σημαντικό 5 = Πολύ σημαντικό
1. Χαμηλό κόστος ταξιδιού	
2. Χαμηλό κόστος διαμονής	
3. Εύκολη πρόσβαση	
4. Χαμηλό κόστος θεραπείας	
5. Ευνοϊκό κλίμα	

6. Συνδυασμός θεραπείας με διακοπές	
7. Η Ελλάδα ως ιατρικός προορισμός	
8. Ποιότητα θεραπείας	
9. Θεραπεία στη συγκεκριμένη κλινική	
10. Φιλελεύθερο νομικό πλαίσιο για τη θεραπεία γονιμότητας στην Ελλάδα	
11. Ανωνυμία κατά τη θεραπεία γονιμότητας	
12. Προηγούμενη αποτυχία θεραπείας γονιμότητας αλλού	
13. Περιοριστικό νομικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου	
14. Μικρές λίστες αναμονής	
15. Μεγάλες λίστες αναμονής στη χώρα διαμονής μου	
16. Απουσία κλινικών γονιμότητας στη χώρα διαμονής μου	
17. Περιοριστικό θρησκευτικό πλαίσιο στη χώρα διαμονής μου	
18. Έλλειψη εξειδίκευσης στη χώρα διαμονής μου	
Πόσο σημαντικά θεωρείτε τα παρακάτω εμπόδια για την επιλογή της Ελλάδας ως προορισμό θεραπείας γονιμότητας;	1 = Καθόλου σημαντικό 2 = Λίγο σημαντικό 3 = Μέτρια σημαντικό 4 = Σημαντικό 5 = Πολύ σημαντικό
1. Έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων σχετικά με τις θεραπείες γονιμότητας	
2. Υψηλά κόστη θεραπείας	
3. Γλωσσικά εμπόδια	
4. Τρέχουσα αρνητική εικόνα της Ελλάδας	
5. Πολιτική αστάθεια	
6. Προβλήματα πρόσβασης	
7. Υψηλό κόστος ταξιδιού	
8. Απεργίες και διαδηλώσεις	

<p>Συνολικά, ποιος ήταν ο κυριότερος λόγος επιλογής της Ελλάδας για τη θεραπεία γονιμότητάς σας; (μπορείτε να επιλέξετε μόνο μία απάντηση)</p>	<input type="checkbox"/> Νομικοί λόγοι <input type="checkbox"/> Πρόσβαση σε θεραπεία γονιμότητας <input type="checkbox"/> Καλύτερη ποιότητα <input type="checkbox"/> Χαμηλό κόστος
<p>Πόσο σημαντικοί ήταν οι ακόλουθοι λόγοι για να επιλέξετε το συγκεκριμένο κέντρο;</p>	<p>1 = Καθόλου σημαντικό 2 = Λίγο σημαντικό 3 = Μέτρια σημαντικό 4 = Σημαντικό 5 = Πολύ σημαντικό</p>
<p>1. Φήμη</p>	
<p>2. Ποιότητα θεραπείας</p>	
<p>3. Χαμηλό κόστος θεραπείας</p>	
<p>4. Σχέση τιμής-ποιότητας</p>	
<p>5. Διαφάνεια κατά τη θεραπεία</p>	
<p>6. Διαπίστευση κλινικής</p>	
<p>7. Μικρές λίστες αναμονής</p>	
<p>8. Διάσημοι γιατροί</p>	
<p>9. Μεγάλη ποικιλία θεραπειών γονιμότητας</p>	
<p>10. Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός</p>	
<p>11. Φιλικό προσωπικό</p>	
<p>12. Καλή επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό</p>	
<p>13. Εξειδίκευση στη θεραπεία γονιμότητας</p>	
<p>14. Εξαιρετικά εξατομικευμένη θεραπεία</p>	
<p>Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εμπειρία σας στην Ελλάδα σχετικά με τη θεραπεία σας;</p>	<input type="checkbox"/> Πλήρως ανικανοποίητος/η <input type="checkbox"/> Ανικανοποίητος/η <input type="checkbox"/> Μέτρια ικανοποιημένος/η <input type="checkbox"/> Ικανοποιημένος/η <input type="checkbox"/> Πλήρως ικανοποιημένος/η
<p>Θα συστήνατε την Ελλάδα ως προορισμό γονιμότητας σε φίλους, συγγενείς και άλλους ασθενείς;</p>	<input type="checkbox"/> Σίγουρα όχι <input type="checkbox"/> Νομίζω όχι <input type="checkbox"/> Ίσως <input type="checkbox"/> Νομίζω ναι <input type="checkbox"/> Σίγουρα ναι

