
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διοίκηση της Υγείας»

**ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ 3^η ΗΛΙΚΙΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Επιστήμη Σαχτιζή

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση της Υγείας»**

**ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ:
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Επιστήμη Σαχιτζή, Α.Μ.: ΔΥ/0264

Επιβλέπων: Ειρήνη Φαφαλιού / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

Master of Science in Health Management

**ELDERLY CARE UNITS AND SENIOR'S CARE:
CASE STUDY**

Epistimi Sahitzi

Supervisor: Irene Fafaliou / Associate Professor / University of Piraeus

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

Piraeus, Greece, 2016

Ευχαριστίες

Δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα διπλωματική ούτε και η φοίτηση μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», αν δεν υπήρχαν κάποια άτομα που στάθηκαν δίπλα μου, που με βοήθησαν και έκαναν υπομονή μαζί μου τόσο την περίοδο της φοίτησης μου, όσο και κατά την συγγραφή της παρούσας. Άλλοι σε πρώτο και άλλοι σε δεύτερο πλάνο, ο καθένας με τον δικό του τρόπο βοήθησαν να ολοκληρώσω επιτυχώς ένα όνειρο.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού για όσα με δίδαξαν και ιδιαίτερα την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κα Φαφαλιού για την βοήθεια της στην επίβλεψη της διπλωματικής εργασίας. Πρωτίστως όμως την ευχαριστώ για τον πολύ ιδιαίτερο παραστατικό, διαφορετικό, πληθωρικό τρόπο με τον οποίο με δίδαξε.

Εν συνεχεία ευχαριστώ την κόρη μου, Εμμανουέλα που έπαιξε τον ρόλο της επιβλέπουσας και ήταν βοηθός σε ότι χρειαζόμουν. Αρκετές φορές μελετούσαμε μαζί η καθεμία για την σχολή της, συζητούσαμε, ανταλλάσσαμε απόψεις, διαφωνούσαμε. Υποστηρικτική ήταν ιδιαίτερα η μητέρα μου, που αν δεν ένιωθα την σιγουριά που μου έδινε, δεν θα τολμούσα να σκεφτώ να φοιτήσω ξανά. Και ο πατέρας μου παρατηρητής από όπου βρίσκεται. Ευχαριστώ την αδελφή μου Μαριάνθη, τον Μανώλη, τους φίλους Θάνο, Άνυ και Βενετία, την Γεωργία και τον Γιάννη από την δουλειά μου, την Βάγια και την Ράνια που με φρόντισαν.

Η διαδρομή αυτή ήταν ένα καταπληκτικό ταξίδι γνώσεων και αποτέλεσε το σημείο έναρξης μίας νέας εποχής στον εργασιακό μου χώρο. Όπως είπε ο Brandon Travis Ciaccio *“The pursuit of knowledge is never-ending. The day you stop seeking knowledge is the day you stop growing”*

Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Μελέτη περίπτωσης

Σημαντικοί Όροι: Τρίτη ηλικία, δημογραφική γήρανση, φροντίδα ηλικιωμένων, οίκος Ευγηρίας, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να παρουσιάσει τις υπηρεσίες και τις λειτουργίες που επιτελούν οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ως απάντηση στο φαινόμενο της γήρανσης και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Αντλώντας στοιχεία από την Ευρώπη και την Ελλάδα, σκιαγραφείται το περιβάλλον που αφορά την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων και το πώς μπορούν να εξυπηρετηθούν από ιδιώτες και από το δημόσιο. Καταρχήν γίνεται μία ιστορική αναφορά στο πώς κατά το παρελθόν εξυπηρετούσαν τους ηλικιωμένους δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην υγεία τους και στην ποιότητα της ζωής τους. Στην συνέχεια, ως απόδειξη της ολοένα αυξανόμενης ανάγκης υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων, αναλύονται οι δημογραφικοί δείκτες που αφορούν τον πληθυσμό της Ευρώπης. Γίνεται αναφορά σε ευρωπαϊκές πλατφόρμες ιδιωτικού χαρακτήρα αλλά και μη κυβερνητικές οργανώσεις, που ασχολούνται με θέματα της κοινωνικής ασφάλισης των ηλικιωμένων, της κοινωνικής τους ένταξης, της ένταξης στην αγορά εργασίας, των δικαιωμάτων τους και μεταξύ άλλων της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας που μπορεί να χρειαστούν.

Ερευνάται το ποιες δημόσιες δομές υπάρχουν στην Ελλάδα για να καλύψουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, πώς λειτουργούν ιδιωτικοί πάροχοι φροντίδας, και παρουσιάζεται το νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο που διέπει την δημιουργία και λειτουργία των δομών αυτών. Οι αναλύσεις PEST-DG και κατά Porter, μας επεξηγούν το ευρύτερο μακρο περιβάλλον.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η μελέτη περίπτωσης μίας επιχείρησης παροχής υπηρεσιών Φροντίδας σε Ηλικιωμένα άτομα, που δραστηριοποιείται στο Ελληνικό περιβάλλον με την επωνυμία, ΜΑΡΕΠΗ. Περιγράφονται οι λειτουργίες αυτής της δομής και εκτιμάται το πώς συμμετέχει στην βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που διαμένουν σε αυτή, τόσο σε μεμονωμένο όσο

και σε κοινωνικό επίπεδο. Παρουσιάζεται η αποστολή, το όραμα, οι στόχοι της και γίνεται λεπτομερής περιγραφή της οργανωτικής της δομής, καθώς και των καθηκόντων του διοικητικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού. Γίνεται περιγραφή του ποιοι είναι οι πελάτες της, σε ποιους απευθύνεται, ποιες υπηρεσίες παρέχει και ποιες οι υποδομές και ο εξοπλισμός της. Η ανάλυση του μικρο περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί η επιχείρηση εξετάζεται μέσα από μία SWOT ανάλυση.

Τέλος ελέγχεται η προοπτική βελτίωσης των υπηρεσιών και της ανταγωνιστικής της θέσης, μέσα από προτάσεις σε θέματα στρατηγικής που θα αυξήσουν το μερίδιο της στην αγορά με την αναμόρφωση της στοχευμένης ομάδας πελατών και των επενδύσεων σε νέες δραστηριότητες, λειτουργίες και καινοτομικές προτάσεις.

Elderly Care Units and Senior Care

Case study

Keywords: elderly people, population ageing, senior care, nursing home, private elderly care unit.

ABSTRACT

The aim of the present thesis is to document the emergence and operation of elderly care units, as a response to the phenomenon of increasing life expectancy. Drawing on evidence from Europe and Greece, a wider picture of senior care is sketched, aiming to set the scene within which private initiatives transpire. The thesis includes a historical recount of senior citizenship along with the significance of health and quality of life. Following this, European demographic indices are analysed as evidence of the ever-increasing need to provide senior care services, at public and private level. A more thorough look is cast on European platforms that have emerged at private and non-governmental level, tackling issues of social security and inclusion, senior benefits, nursing and care, among others.

Following that, the thesis narrows its geographic focus on Greece, starting with the functioning of public structure as a response to the problems faced by elderly people. The rest of the paper focuses exclusively on private organisations providing senior care services, a section introduced by an overview of the legislative and institutional framework underpinning their creation and operation. The national macro-environment is, consequently unfolded via the PEST-DG and Porter analyses.

Lastly, a case-study is conducted to zoom- in the structure and strategy choices of a leading organisation in the provision of elderly care services, MAREPI. The purpose of the case-study is to describe the specific experiences of an elderly care unit, operating in the Greek setting and evaluate its contribution at raising senior care standards and quality of life, at both individual and societal level. In order to achieve this, a review of the mission, vision and goals of the organisation is made, along with a thorough description of its structure (flow chart) and role-specific duties of its admin, medical, nursing, and support staff. Further adding to this, reference to the clientele of MAREPI is made, along with investment decisions on infrastructure and equipment. A SWOT

analysis finally sheds some light on the micro-environment within which MAREPI operates. Lastly, reflections are made on the potential of amelioration of MAREPI's elderly care services and enhancement of its competitive position, via suggestions to its strategic considerations, such as boost its market share, reconfiguring its target group and investing on innovations-generating activities.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	IX
ABSTRACT	XI
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	XVII
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	XIX
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	3
2.1 Ορισμός Γήρατος και τρίτης Ηλικίας.....	3
2.2 Ιστορική αναδρομή στη φροντίδα Ηλικιωμένων	4
2.3 Χρήσιμοι ορισμοί και δημογραφικοί δείκτες	7
2.4 Υγιής και ενεργός γήρανση	9
2.5 Ψυχική Υγεία στην Τρίτη Ηλικία.....	11
2.6 Η Άνοια στους ηλικιωμένους.....	14
2.7 Η Ιδρυματική φροντίδα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	17
3.1 Η γηράσκουσα κοινωνία της Ευρώπης	17
3.2 Δίκτυο Ευρωπαϊκών οργανώσεων Ηλικιωμένων	21
3.3 Χάρτης Δικαιωμάτων Ηλικιωμένων	23
3.4 Παγκόσμιες ημέρες για την τρίτη ηλικία	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	27
4.1 Στατιστικά στοιχεία Ελλάδας.....	27
4.2 Περιγραφή του κλάδου και παρεχόμενες υπηρεσίες.....	28
4.3 Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα	28
4.3.2 Λέσχες Φιλίας.....	29
4.3.3 Κ.Α.Π.Η.....	29
4.3.4 Βοήθεια στο σπίτι.....	30
4.3.5 Κ.Η.Φ.Η.....	32
4.4 Ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα	32
4.5 Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα.....	33
4.6 Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων	34

4.7 Προσφορά του Κλάδου	35
4.8 Η ζήτηση για Ιδιωτικές Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων	36
4.8.1 Οι συνταξιούχοι και οι συντάξεις	36
4.8.2 Γενικοί παράγοντες	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	39
5.1 Πολιτικό περιβάλλον	39
5.2 Οικονομικό περιβάλλον	40
5.3 Κοινωνικό περιβάλλον	41
5.4 Τεχνολογικό περιβάλλον	42
5.5 Δημογραφικό περιβάλλον	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	43
6.1 Απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων στον κλάδο	44
6.2 Διαπραγματευτική δύναμη προμηθευτών	44
6.3 Διαπραγματευτική δύναμη αγοραστών	45
6.4 Απειλή από υποκατάστατα προϊόντα	45
6.5 Ανταγωνισμός ανάμεσα σε υπάρχουσες επιχειρήσεις του κλάδου	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ- ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ...	47
7.1 Περιγραφή της εταιρείας	47
7.2 Σκοπός-Αποστολή- Όραμα-Φιλοσοφία	48
7.3 Τρόπος οργάνωσης και Διοίκησης της μονάδας	49
7.4 Οργανόγραμμα και τμήματα εργαζομένων	50
7.4.1 Διοικητικό προσωπικό	51
7.4.2 Ιατρικό προσωπικό	51
7.4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό	52
7.4.4 Επιστημονικό προσωπικό και εξωτερικοί συνεργάτες	53
7.4.5 Βοηθητικό προσωπικό	54
7.5 Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι	55
7.6 Περιγραφή των πελατών	56
7.7 Περιγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών	56
7.8 Περιγραφή των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	61

8.1 Δυνάμεις (strengths).....	62
8.2 Αδυναμίες εσωτερικές (weaknesses).....	64
8.3 Ευκαιρίες Εξωτερικές (opportunities).....	65
8.4 Εξωτερικές απειλές (Threats).....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ, ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	67
9.1 Δείκτες ρευστότητας.....	67
9.2 Δείκτες αποδοτικότητας	68
9.3 Δείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΒΑΣΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	71
10.1 Στόχοι.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α.1: Main demographic and macroeconomic assumptions	79
Πίνακας Α.2: Past trends in total fertility rates, 1950-2012	80
Πίνακας Α.3: Projection of fertility in Europe 2013	81
Πίνακας Α.4: Past trends in life expectancy at birth, 1950-2012	82
Πίνακας Α.5: Age structure of the population in 2013 and 2060 EU28 and EA	83
Πίνακας Α.6: Decomposition of the population by age – groups	84
Πίνακας Α.7: Demographic old –age dependency ratio (65+/(15-64)).....	84
Πίνακας Α.8: Demographic total dependency ratio (0-14 plus 65+(15-64))	85
Πίνακας Α.9: Projection of life expectancy at birth in Europe 2013	85
Πίνακας Α.10: Projection of persons aged 65 and over (in millions)	86
Πίνακας Α.11: Greece, Main demographic and macroeconomic assumptions	86
Πίνακας Α.12: Κατανομή Εισοδήματος Συνταξιούχων ανά εύρος καταβαλλόμενου ποσού	88
Πίνακας Α.13: Κατανομή συντάξεων, ανά κατηγορία σύνταξης	88

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Διάγραμμα Β.4.1: Average monthly household expenditure in € 2004,2008-2014.....	89
---	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Γράφημα 7.4.1: Οργανόγραμμα επιχείρησης.....	91
Γράφημα 7.4.2: Δομή ιατρικής υπηρεσίας.....	52
Γράφημα 7.4.3: Δομή νοσηλευτικής υπηρεσίας	52

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Πίνακας Δ.9.1: Ισολογισμός 2010.....	93
Πίνακας Δ.9.2: Κατάσταση Αποτελεσμάτων χρήσεως.....	93

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A.E.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
A.M.E.A.	Άτομα με ειδικές ανάγκες
E.E.	Ευρωπαϊκή Ένωση
E.O.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
E.Σ.Π.Α.	Εθνικό Στρατηγικό πλαίσιο Αναφοράς
K.A.Π.Η.	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
K.Η.Φ.Η	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
M.K.O.	Μη κυβερνητικός οργανισμός
M.Φ.Η.	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων
N.Π.Δ.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
N.Π.Ι.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
O.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Π.Ε.Μ.Φ.Η.	Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Φ.Π.Α.	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
E.D.E.	European Association for Directors and Providers of Long Term Care Services for the Elderly
I.N.P.E.A.	International Network for the Prevention of Elder abuse
O.E.C.D.	Organisation for Economic Co-operation and Development
W.H.O.	World Health Organization

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε

(BE)	Belgium
(BG)	Bulgaria
(CZ)	Czech Republic
(DK)	Denmark
(DE)	Germany
(EE)	Estonia
(IE)	Ireland
(EL)	Greece
(ES)	Spain
(FR)	France
(HR)	Croatia
(IT)	Italy
(CY)	Cyprus
(LV)	Latvia
(LT)	Lithuania
(LU)	Luxembourg
(HU)	Hungary
(MT)	Malta
(NL)	Netherlands
(AT)	Austria
(PL)	Poland
(PT)	Portugal
(RO)	Romania
(SI)	Slovenia
(SK)	Slovakia
(FI)	Finland
(SE)	Sweden
(UK)	United Kingdom

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί παγκοσμίως στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες και η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία μεγάλη οικονομική και κοινωνική πρόκληση για όλα τα Συστήματα Υγείας. Οι μεταβολές στον οικονομικό, κοινωνικό και ιατρικό τομέα, συντέλεσαν στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό και επηρεάστηκαν από την εξέλιξη των δημογραφικών τάσεων όπως η μείωση της γεννητικότητας, η βελτίωση της θνησιμότητας και η αύξηση των μεταναστευτικών ροών. Η μελέτη των μεγεθών δείχνει ότι αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που είναι άνω των 65 ετών με ταυτόχρονη αύξηση των πολύ ηλικιωμένων ατόμων άνω των 85 ετών (Eurostat, 2015). Στην Ευρώπη αυτές οι δημογραφικές εξελίξεις θα επιδράσουν σημαντικά στην πολιτική που θα ασκηθεί και αφορά τις απαιτήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους, στην σχέση τους με την αγορά εργασίας, στην κοινωνική ασφάλιση, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και στα δημόσια οικονομικά.

Ενώ είναι θετικό το γεγονός ότι το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, δεν είναι σίγουρο ότι τα παραπάνω χρόνια συνοδεύονται και από καλή υγεία. Κάποιοι από τους ηλικιωμένους που διατηρούν καλή υγεία μπορεί να επιλέξουν το να συνεχίσουν να δουλεύουν, να θελήσουν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, να συμμετέχουν σε κοινωνικές ομάδες, να αναπτύσσουν νέες δραστηριότητες, να εκπαιδευτούν, να μορφωθούν, να αναπτύξουν νέες ικανότητες ή να ταξιδέψουν. τους, θα χρειαστεί να διαμείνουν σε Μονάδες Φροντίδας ή Νοσοκομεία Ηλικιωμένων (Eurostat, 2015).

Μιλώντας για μακροζωία είναι σωστό να εισαγάγουμε και την έννοια της ποιότητας ζωής. Η μελέτη των δεικτών υγιών χρόνων ζωής παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την πολιτική που θα ασκηθεί από το κράτος και αφορά την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων και την βιωσιμότητα του κάθε συστήματος υγείας.

Η παρούσα διπλωματική αποσκοπεί στο να σκιαγραφήσει την αναγκαιότητα ύπαρξης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων και να μελετήσει τη λειτουργία των μονάδων ιδιωτικού χαρακτήρα. Στόχος είναι να δοθεί μια ολιστική εικόνα της παροχής υπηρεσιών φροντίδας σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό χώρο. Η διερεύνηση αυτή καθίσταται μεθοδολογικά δυνατή μέσω της μελέτης περίπτωσης (case study) ενός ιδιωτικού οργανισμού παροχής υπηρεσιών φροντίδας, εν ονόματι ΜΑΡΕΠΗ. Η αναλυτική παρουσίαση της δομής, λειτουργίας και

των χρηματοοικονομικών στοιχείων του επιλεγμένου οργανισμού συντελεί στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης περίπτωσης, αντιπροσωπευτικής των ιδιωτικών παροχών φροντίδας στον Ελληνικό χώρο.

Η δομή της υπόλοιπης διπλωματικής έχει ως εξής: Το 2ο Κεφάλαιο ασχολείται με τον ορισμό της γήρανσης και την ανάπτυξη χρήσιμων όρων για την τρίτη ηλικία. Στο 3ο Κεφάλαιο μελετάται η θέση των ηλικιωμένων στην Ευρώπη ενώ στο 4ο Κεφάλαιο, η θέση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα και οι δημόσιες και ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησής τους. Στο 5ο και 6ο Κεφάλαιο αναλύονται οι συνθήκες του μακρο και μικρο περιβάλλοντος, του κλάδου, αντίστοιχα. Το 7ο Κεφάλαιο εισαγάγει τη μελέτη περίπτωσης μίας αντιπροσωπευτικής επιχείρησης του κλάδου. Τέλος τα Κεφάλαια 8-10 περιέχουν τη μελέτη δυνατών και αδυνάτων σημείων της επιλεγμένης μελέτης περίπτωσης, των ευκαιριών και απειλών της, των προοπτικών ανάπτυξης, της στρατηγικής της και των οικονομικών της στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Ορισμός Γήρατος και τρίτης Ηλικίας

Στις αρχαίες κοινωνίες το γήρας το οριοθετούσαν κοινωνικά και όχι βάση των χρόνων ζωής. Γέροντας ήταν εκείνο το άτομο το οποίο χαρακτηριζόταν από σοφία και σύνεση και στο οποίο η πολιτεία μπορούσε να αναθέσει υψηλά καθήκοντα. Στην Παλαιά Διαθήκη το γήρας θεωρείτο ευλογία και έκφραση ελέους και αγάπης του Κυρίου. Ο Μωυσής απεβίωσε σε ηλικία 120 ετών σε άριστη φυσική κατάσταση, ο Αβραάμ έζησε ως τα 175 έτη διατηρώντας την ψυχική του υγεία, ο Ισαάκ πέθανε σε ηλικία 180 ετών, ο Ιωσήφ σε ηλικία 175 ετών, ο Ιώβ σε ηλικία 248 ετών.

Στην Αρχαία Αίγυπτο το γήρας ήταν σεβαστό και δινόταν ιδιαίτερη βαρύτητα από τους ιερείς που ασκούσαν την ιατρική, στην υγεία των γερόντων.

Στην Αρχαία Ελλάδα, το γήρας εκτός από σεβαστό ήταν και άξιο τιμών. Οι ηλικιωμένοι δεν αποβαλλόταν από την ενεργή κοινωνική ζωή, αντίθετα αντιμετωπιζόνταν ως οι έχοντες σοφία και κοινωνικές εμπειρίες, για αυτό το λόγο τους έδιναν αξιώματα και οφίκια τα οποία σπάνια θα μπορούσε να έχει ένας νεότερος. Ορισμένα παραδείγματα αξιωματούχων γερόντων ήταν ο Σοφοκλής ετών 90, ο Ευριπίδης ετών 74, ο Πλάτων ετών 81, ο Σωκράτης ετών 70 (Μαθιουδάκης, 1996). Ο Ιπποκράτης αναφέρθηκε στα ιατρικά προβλήματα που επέρχονται λόγω του γήρατος ως εξής «...Η μεταβολή της φυσικής καταστάσεως του γέροντος, η σταδιακή ελάττωσις της ισχύος αυτού, η μείωσις της μυϊκής μάξης, η ελάττωσις της ενυδατώσεως των ιστών» (Μπαλογιάννης, 2007). Ο Κικέρων με την διατριβή του “De senectute”, που σημαίνει “το παλιό”, πρόβαλε ως μέγιστες αξίες για τον γέροντα την αυτοκυριαρχία, την αξιοπρέπεια και την μεγαλοθυμία με την οποία πρέπει να αντιμετωπίζει την προχωρημένη ηλικία του υπογραμμίζοντας ότι το γήρας είναι ιδιαίτερα επίπονο όταν υπάρχει φτώχεια.

Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική που τα όρια της διαφοροποιούνται ανάλογα το ποια εποχή μελετάμε. Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους διάρκειας 20 ετών η κάθε περίοδος, όπως και οι τέσσερις εποχές του χρόνου. Από 0 έως 20 ετών ήταν η παιδική ηλικία (η άνοιξη), από 20 έως 40 ετών η εφηβεία (το καλοκαίρι), από 40 έως 60 ετών η νεότητα (φθινόπωρο) και από 60 έως 80 ετών, τα

γηρατειά (ο χειμώνας). Ο Αριστοτέλης εντόπιζε τη φυσική ωριμότητα στα 35 έτη και την πνευματική στα 49 (Πουλοπούλου, 1992).

2.2 Ιστορική αναδρομή στη φροντίδα Ηλικιωμένων

Στο Βυζάντιο φιλανθρωπικά ιδρύματα της εποχής ήταν τα Νοσοκομεία, Ξενοδοχεία, Λωβοτροφεία, Βρεφοτροφεία, Ορφανοτροφεία, Πτωχοκομεία και Γηροκομεία (Κουρκουτά, 1993). Στην βιβλιογραφία αναφέρονται και ως γεροντοκομεία, γηροτροφεία και πτωχοκομεία (Courau, 2004). Οι Jeanselme και Oeconomos προσπαθώντας να διαλευκάνουν την αοριστία αυτών των όρων, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα αναφερόμενα ως γηροκομεία ήταν ιδρύματα για την περίθαλψη των γερόντων (Jeanselme & Oeconomos, 1921).

Στα όρια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας κτίστηκαν πολλά αξιόλογα γηροκομεία αρκετά από τα οποία ιδρύθηκαν από σημαίνοντα πρόσωπα. Τον 4^ο αιώνα χτίστηκε στην Κωνσταντινούπολη από την Αγία Ελένη (247-328), το παλαιότερο γνωστό γηροκομείο της Ψαμάθειας το οποίο διατηρήθηκε έως τον 14^ο αιώνα. Τον ίδιο αιώνα ιδρύθηκαν στο Βυζάντιο και άλλα ιδρύματα για την περίθαλψη των γερόντων, όπως αυτό του Ρωμαίου ευγενούς Ευφρατά και του πατρικίου Φλωρεντίου (Καλαντζής & Λασκαράτος, 2000). Στους μετέπειτα αιώνες ο όρος γηροκομείο συνέχισε να περιγράφει ιδρύματα που αποσκοπούσαν στη μέριμνα των ηλικιωμένων, όμως υπήρχαν και γηροκομεία που λειτουργούσαν ως νοσοκομεία.

Στην Καππαδοκία, τον 4^ο αιώνα μ.Χ., ο Μέγας Βασίλειος (330-379) έφτιαξε με δικά του χρήματα την Βασιλειάδα, ένα κοινωνικό φιλανθρωπικό Πτωχοκομείο, Νοσοκομείο, Γηροκομείο η οποία αποτέλεσε ένα πρότυπο κέντρο περίθαλψης και φροντίδας των ασθενέστερων κοινωνικά ατόμων. Ήταν ένας πρότυπος οίκος για τη φροντίδα των ξένων, την ιατρική περίθαλψη των φτωχών άρρωστων και την επαγγελματική κατάρτιση των ανειδίκευτων. Στο γηροκομείο της Βασιλειάδας φρόντιζαν τους ανήμπορους ηλικιωμένους προσφέροντας εθελοντική εργασία (Μπαλογιάννης, 2007). Η Βασιλειάδα έγινε η μήτρα για την δημιουργία και άλλων ομοειδών οργανισμών σε άλλες Επισκοπές.

Όταν η αυτοκράτειρα Ευδοκία (401-460) επισκέφτηκε τα Ιεροσόλυμα το 443 μ.Χ. εντυπωσιάστηκε από το φιλανθρωπικό έργο που ασκούσαν οι μοναχοί και έτσι αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την δημιουργία πτωχοκομείων, ξενώνων, νοσοκομείων

και γηροκομείων (Miller, 1998). Άλλα αντίστοιχα ευαγή ιδρύματα, ίδρυσαν ο Γρηγόριος ο Θεολόγος (329-390) στη Ναζιανζό και ο Ιωάννης ο Ελεήμων στην Αλεξάνδρεια (556-619) (Courau, 2004).

Τον 6ο αιώνα ο Πατριάρχης Αλεξανδρείας Απολλινάριος έκτισε στην Πόλη μία εκκλησία αφιερωμένη στους Τρεις Παίδες εν Καμίνω και της προσέθεσε ένα νοσοκομείο και ένα γηροκομείο. Άλλοι που ασχολήθηκαν με την ίδρυση γηροκομείων ήταν ο Βυζαντινός Αυτοκράτορας Μαρκιανός (450-457) με την σύζυγο του Πουλχερία ίδρυσαν το «Πράσινο» Γηροκομείο, ο Βασίλειος ο Μακεδών και η Ειρήνη η Αθηναία (797-902), ο Λέων ο ΣΤ ο Σοφός (866-912) ο οποίος ίδρυσε το Γηροκομείο των Κυφών, ο Πατριάρχης Θεοφύλακτος (933-956) ο οποίος ίδρυσε γηροκομείο κοντά στον Ιερό ναό της Αγίας Σοφίας. Τον 10^ο αιώνα ο Κωνσταντίνος Ζ΄ ο Πορφυρογέννητος (905-959) ίδρυσε ένα συγκρότημα που περιείχε μοναστήρι, ξενώνα και γηροκομείο, το Πέτριον. Ήταν δε τόσο πολλά τα γηροκομεία που δημιουργήθηκαν ώστε αναγκάστηκε ο Νικηφόρος Φωκάς το 964 μ.Χ., να απαγορεύσει την ίδρυση νέων (Courau, 2004).

Τον 12ο αιώνα στην Κωνσταντινούπολη, ο Αυτοκράτορας Ιωάννης Β΄ ο Κομνηνός (1087-1143) ίδρυσε το πολύ καλά οργανωμένο και σημαντικό γηροκομείο της Ιεράς Μονής του Παντοκράτορα, που διοικούνταν σύμφωνα με το Τυπικό της Μονής, το οποίο διασώζεται. δίνοντας μας την δυνατότητα να γνωρίσουμε τον τρόπο λειτουργίας αυτού του πρότυπου ιδρύματος (Καλαντζής & Λασκαράτος, 2000). Όλο το συγκρότημα περιλάμβανε το μοναστήρι με την εκκλησία, το ναό του Σωτήρος, την δημόσια εκκλησία της Θεοτόκου, το παρεκκλήσι του Αρχαγγέλου Μιχαήλ, τον ξενώνα που ήταν το νοσηλευτικό ίδρυμα και το γηροκομείο. Το γηροκομείο μπορούσε να φιλοξενήσει έως 24 άτομα μεγάλης ηλικίας ή άτομα ανάπηρα που ήταν ανίκανα να κερδίσουν μόνα τους τα προς το ζην. Χρησιμοποιείτο αποκλειστικά και μόνο ως οίκος περίθαλψης ή καταφύγιο ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων, στέλνοντας τους τρόφιμους του στον ξενώνα κάθε φορά που αντιμετώπιζαν έκτακτο πρόβλημα υγείας και χρειάζονταν ιατρική παρακολούθηση (Miller, 1998). Ένα άτομο από την συσταθείσα επιτροπή διαχείρισης, ασχολούταν με ότι αφορούσε τον ξενώνα και το γηροκομείο και αναλάμβανε να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ώστε και τα δύο ιδρύματα να έχουν στην διάθεσή τους τα υλικά αγαθά και τα χρήματα που προέβλεπε το Τυπικό. Μέσα σε αυτό το «πρότυπο» γηροκομείο παρεχόταν η κατάλληλη φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή, λουτροθεραπεία, φυσικοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία και πνευματική υποστήριξη στους γερόντους.

Υπάρχουν πολλά αρχαία ρητά που αναφέρονται στα γηρατεία:

- *«Κτήσαι μεν εν τη νεότητι ευπραξίαν, εν δε τω γήρας σοφίαν»*, «Να αποκτάς στην μεν νεότητα σου την ευτυχία από τις σωστές πράξεις, στην δε γεροντική σου ηλικία, σοφία» Βίας ο Πριηνεύς.
- *«Πειθαρχικόν η νεότης, ηγεμονικόν το γήρας»*, «οι νέοι έχουν τάση για πειθαρχία, ενώ οι γερόντοι για να εξουσιάζουν», Πλούταρχος.
- *«Τίμα το γήρας, ου γαρ έρχεται μόνον»*, «Να φοβάσαι τα γηρατεία, γιατί δεν έρχονται μόνο τους», Μένανδρος.
- *«Γήρας και πενία δύο τραύματα δυσθεράπευτα»*, Δημόκριτος.
- *«Στην πράξη υπερτερούν οι νεότεροι, στη σκέψη υπερτερούν οι γεροντότεροι»*, Ευριπίδης
- *«Γήρας προσδέχου»*, «Να περιμένεις τα γηρατεία», Ισοκράτης
- *Κανένας δεν είναι ερωτευμένος τόσο πολύ με τη ζωή, όσο εκείνος που γερνάει»*, Σοφοκλής
- *«Γήρας τιμάν»*, «Να σέβεσαι τα γηρατεία», Χίλων

2.3 Χρήσιμοι ορισμοί και δημογραφικοί δείκτες

Ο ορισμός της Υγείας, με την κλασσική έννοια όπως αναθεωρήθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.-W.H.O.) ορίζεται ως η «...πλήρης σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή σωματικής αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός ενσωματώνεται στο καταστατικό του W.H.O.) σύμφωνα με τον οποίο επισημαίνεται ότι «... η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδης στην επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας...» και ότι «...η απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων της υγείας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα...» (Μωραΐτης Ε. , 2013). Με βάση τον WHO στην 3^η ηλικία αντιστοιχούν τα έτη 65-74 (elderly people), στην 4η ηλικία τα έτη 75-89 (aged people) και στην 5η ηλικία τα άτομα άνω των 90 έτη. (Χανιώτης, 1999). Ως Υπερήλικος ασθενής ορίζεται εκείνος του οποίου «η κατάσταση της υγείας αρχίζει να επηρεάζει τις αποφάσεις στις κατευθυντήριες γραμμές της υγείας» (WHO, 1984). Το ηλικιακό όριο των 65 ετών που συνήθως λαμβάνεται υπόψη έχει περισσότερο να κάνει με τη συνταξιοδότηση και λιγότερο με την επιδείνωση των λειτουργιών του ατόμου.

Η μελέτη και η αντιμετώπιση των ιατρο κοινωνικών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας αποτελούν αντικείμενο των επιστημονικών κλάδων της Γηριατρικής και της Γεροντολογίας. Γεροντολογία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνικοοικονομική έννοια και Γηριατρική είναι η αμιγώς ιατρική επιστήμη του γήρατος, που ασχολείται με τα βιολογικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά προβλήματα των ηλικιωμένων (Portnoi, 1980).

Η μέτρηση της ηλικίας γίνεται με βάση τον αντικειμενικό χρόνο. Ως γήρανση ορίζεται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία με την πάροδο του χρόνου επέρχεται βαθμιαίος περιορισμός της προσαρμοστικότητας και των εφεδρειών του οργανισμού με αποτέλεσμα τη μειωμένη αντιροπιστική του ικανότητα στις ασθένειες και στο θάνατο(Χανιώτη, 1999).Το φαινόμενο της γήρανσης και της μακροβιότητας συνδέεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ η βιολογική, η κοινωνική και η ψυχολογική ηλικία συνήθως, δεν λαμβάνονται υπ' όψη (Εμκε, 1999).

Ως Δημογραφική Γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών από 0 έως 14 ετών και ενδεχομένως και της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας από 15 έως 64 ετών (Εμκε-Πουλοπούλου, 1994). Βασικοί

δημογραφικοί δείκτες που αποτυπώνουν άμεσα ή έμμεσα τη δημογραφική γήρανση είναι οι παρακάτω (Κοτζαμάνης, 1993):

1^{ος} δείκτης, η αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό

2^{ος} δείκτης, ο δείκτης εξάρτησης που δείχνει πόσα εξαρτώμενα άτομα ηλικίας 0-14 και 65 και άνω, αναλογούν σε 100 παραγωγικά άτομα, ηλικίας 15-64 ετών.

3^{ος} δείκτης, ο δείκτης γήρανσης ο οποίος δείχνει πόσα άτομα ηλικίας 0-14 αναλογούν σε 100 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

4^{ος} δείκτης, ο δείκτης αντικατάστασης που δείχνει την αναλογία ατόμων ηλικίας 10-14 ετών σε 100 άτομα ηλικία 60 έως 64 ετών.

5^{ος} δείκτης, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών σε 100 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Η κατανομή των ανθρώπων μίας χώρας σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία απεικονίζεται με ένα διπλό ιστόγραμμα που ονομάζεται ηλικιακή πυραμίδα.

Η διεθνής βιβλιογραφία (Drag & Bieliauskas, 2010· Steverink, 2001) δείχνει ότι η σωματική και η γνωσιακή έκπτωση είναι στενά συνδεδεμένα με την αύξηση της ηλικίας και ως εκ τούτου δημιουργούνται προβλήματα στην αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, στις καθημερινές τους δραστηριότητες και στην μνήμη τους (Salthouse, 1996). Η χρονολογική ηλικία είναι φτωχός προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου και του προσδόκιμου ζωής του και για αυτό το λόγο στη σκιαγράφηση του προφίλ του ηλικιωμένου ως ασθενή, πρέπει να λάβουμε υπόψη και άλλες παραμέτρους όπως το φύλο, το ιατρικό ιστορικό του, τη νοσηρότητα των παθήσεων που έχει καθώς και το κοινωνικό του προφίλ (οικονομική κατάσταση, οικογενειακό περιβάλλον, κα), τα οποία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. (US Social Security Administration, 2005).

2.4 Υγιάς και ενεργός γήρανση

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού της Ευρώπης το οποίο όπως ήδη έχει αναφερθεί συνεχώς μεγαλώνει. Πολύ συχνά, αυτό εκλαμβάνεται ως πρόβλημα λόγω των προκλήσεων που δημιουργούνται με την αναστροφή της ηλικιακής πυραμίδας στα εργασιακά, στην βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και γενικά στα οικονομικά που αφορούν την υγεία. Όμως όπως πολύ καλά όλοι γνωρίζουμε, τα ηλικιακά μεγαλύτερα άτομα έχουν πολλές εμπειρίες και γνώσεις και αυτή η αρνητική εικόνα δεν είναι απόλυτα δίκαιη για αυτούς. Πολλές φορές ακόμα και η εθελοντική προσφορά εργασίας στην κοινότητα, αντιμετωπίζεται με δυσπιστία, ενώ θα έπρεπε να αναγνωριστεί και να προωθηθεί.

Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά είναι: Ζούμε περισσότερο, ζούμε όμως καλύτερα? Αυτό επιχειρεί να μας δείξει ο δείκτης υγιούς ζωής E.Y.Z.(έτη υγιούς Ζωής) - (HLY-Healthy Life Years indicator), ή αλλιώς «προσδοκία ελεύθερης ζωής από αναπηρία» (disability free life expectancy) που χρησιμοποιείται από την Eurostat, ο οποίος μετράει τον αριθμό των υπολειπόμενων χρόνων ζωής ενός ατόμου σε συγκεκριμένη ηλικία, που δεν θα έχει καμία αναπηρία (European Commission, 2007). Η μέτρηση αυτού του δείκτη δεν προσδιορίζει μόνο την διάρκεια ζωής, αλλά μετράει και την ποιότητα της.

Εδώ ακριβώς αρχίζει να μπαίνει ο προβληματισμός που αφορά την ποιότητα ζωής που εξασφαλίζεται στα ηλικιωμένα άτομα. Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), ενεργός και υγιής γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλή υγεία, για συμμετοχή στην κοινωνία και για παροχή ασφάλειας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων όσο μεγαλώνουν. Με τον όρο «υγιής» περιγράφεται η σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, ενώ με τον όρο «ενεργός» περιγράφεται η συνέχιση της συμμετοχής τους στην κοινωνική, οικονομική, πολιτιστική, πολιτική και πνευματική δραστηριότητα. Είναι η ιδανική κατάσταση μέσα στην οποία οι άνθρωποι και σε προχωρημένη ηλικία διατηρούν ένα καλό επίπεδο υγείας, την ζωτικότητα και την λειτουργική τους ανεξαρτησία. Το 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Δημόσια Υγεία ανέπτυξε ένα πιλοτικό πρόγραμμα που ονομάστηκε «Ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση» με στόχο να αυξήσει τον μέσο όρο υγιούς ζωής των Ευρωπαίων πολιτών κατά 2 χρόνια μέχρι το 2020. Εταίροι του προγράμματος είναι ο

ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας και πιο συγκεκριμένα εκπρόσωποι των κρατών μελών από την πλευρά της Ε.Ε., εκπρόσωποι από την βιομηχανία, τους επαγγελματίες υγείας, την κοινωνική πρόνοια και τις οργανώσεις που εκπροσωπούν ηλικιωμένους και ασθενείς. Αυτό αναφέρεται ότι μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2013):

- ο Την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων
- ο Την διασφάλιση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- ο Την δημιουργία ευκαιριών ανάπτυξης για τις επιχειρήσεις μέσα από την προώθηση της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής βιομηχανίας, της αύξησης της επιχειρηματικής δραστηριότητας και της επέκτασης των επιχειρήσεων σε νέες αγορές

Τελικός στόχος αυτού του προγράμματος είναι η υποστήριξη της γήρανσης με ενεργητικότητα και υγεία, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, η συμμετοχή τους στην κοινωνία και η μείωση της πίεσης που ασκείται στα συστήματα υγείας. Τονίζεται ότι χρειάζεται ο κάθε ένας από εμάς να αλλάξει την στάση του απέναντι στους ηλικιωμένους ώστε να οδηγήσουμε την κοινωνία μας σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών. Να τους δώσουμε την ευκαιρία απασχόλησης χρησιμοποιώντας τις γνώσεις και την εμπειρία που κατέχουν και να ανασκοπήσουμε τις πολιτικές και τις πρακτικές που ασκούνται, ώστε να επιτευχθεί η ενεργή συμμετοχή τους στην κοινωνία.

2.5 Ψυχική Υγεία στην Τρίτη Ηλικία

Η διαδικασία της γήρανσης είναι μια εμπειρία που ο κάθε άνθρωπος την ζει με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία αυτή διαδραματίζει η ψυχική υγεία του ηλικιωμένου. Η ψυχική υγεία ενός ηλικιωμένου διαμορφώνεται σύμφωνα με τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις και καταστάσεις που έχει βιώσει. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι άκρως σημαντικοί. Για παράδειγμα, ένα χαρακτηριστικό που οδηγεί πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους στην κατάθλιψη, είναι το άγχος της καθημερινότητας (ένας στους έξι ηλικιωμένους παρουσιάζει σημάδια κατάθλιψης) (Godfrey&Denby, 2004).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από την φιλανθρωπική οργάνωση Age Concern το 2006, οι πέντε βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία που θα έχει ο ηλικιωμένος είναι οι ακόλουθοι: οι σχέσεις του δηλαδή ο κοινωνικός περίγυρος, η φυσική του κατάσταση, η οικονομική του κατάσταση - φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση (διακρίσεις) και τέλος η ενασχόληση του με κάτι δημιουργικό. Αυτούς τους παράγοντες θα εξετάσουμε αναλυτικότερα παρακάτω.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η επικοινωνία και οι επαφές των ηλικιωμένων ανθρώπων με άλλα άτομα, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες τόσο για την ψυχική τους υγεία, όσο και για την ποιότητα της ζωής τους (Bowling, 1997). Οι ηλικιωμένοι που έχουν ευρύ κοινωνικό περίγυρο τείνουν να είναι πιο χαρούμενοι και να νιώθουν πιο υγιείς, σε αντίθεση με αυτούς που δεν έχουν. Η απουσία ουσιαστικών σχέσεων μπορεί να τους οδηγήσει στην απομόνωση και στην μοναξιά με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας (Wenger and Tucker, 2002). Σε αυτό το σημείο είναι καλό να τονιστεί ότι οι σχέσεις μπορεί να έχουν και αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία του ηλικιωμένου (Age Concern, 2006). Για παράδειγμα, η σύζυγος που φροντίζει τον ηλικιωμένο σύζυγό της, έχει περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσει στο μέλλον προβλήματα ψυχικής υγείας (Carers UK, 2004).

Η φυσική κατάσταση με την αλλαγή στο σώμα του ανθρώπου είναι το πρώτο αποδεικτικό στοιχείο στην διαδικασία της γήρανσης. Πολλοί δέχονται την διαδικασία της γήρανσης, αλλά όχι και την πιθανή άσχημη φυσική κατάσταση που μπορεί να την συνοδεύει. Η σωματική υγεία και γενικά η καλή φυσική κατάσταση αποτελούν βασικά

στοιχεία για την διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Reedetal., 2004).

Η οικονομική κατάσταση και κυρίως η φτώχεια συνδέονται άμεσα με την άσχημη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Department of Health and Social Security, 1980; Whitehead, 1988; Department of Health, 1998). Σύμφωνα με έρευνες, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι και ιδιαίτερα οι γυναίκες, τα άτομα που ζουν μόνα τους, οι χωρισμένοι και όσοι ζουν σε υποβαθμισμένες γειτονιές είναι πιο ευάλωτοι στο να εμφανίσουν κακή ψυχική υγεία (Burholt and Windle, 2006).

Πολλές φορές τα άτομα μεγάλης ηλικίας μπορεί να αντιμετωπίσουν ένα είδους ρατσισμού, τον λεγόμενο ηλικιακό ρατσισμό (Age Concern, 2005). Αυτό συμβαίνει καθώς υπάρχουν προκαταλήψεις που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ηλικία. Σύμφωνα με τον (Martin, 2006), υπάρχουν δύο διαφορετικοί τρόποι σκέψης σχετικά με την διαδικασία της γήρανσης, «η θετική εικόνα» και η «αρνητική εικόνα». Κάποιοι αντιμετωπίζουν την διαδικασία της γήρανσης ως μια φυσική εξελικτική διαδικασία όπου έχεις την δυνατότητα να κάνεις δραστηριότητες που παλιότερα δεν είχες την ευκαιρία λόγω χρόνου, την εποχή των ευκαιριών, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που αντιμετωπίζουν την γήρανση ως μια άσχημη και δυσάρεστη κατάσταση που το μόνο που μπορεί ο ηλικιωμένος να κάνει, είναι να εξαρτάται από άλλους.

Τέλος, η ενασχόληση του ηλικιωμένου με κάποια δραστηριότητα που θα του αποφέρει ή όχι χρήματα, τον βοηθάει ώστε να νιώθει σημαντικός. Υπάρχουν ευέλικτες μορφές απασχόλησης που επιτρέπουν την πιο ομαλή μετάβασή του από την εποχή της πλήρους απασχόλησης στη συνταξιοδότηση (Platman, 2003) και ο εθελοντισμός αποτελεί έναν ακόμη ευέλικτο και δημιουργικό τρόπο. Σύμφωνα με έρευνες, ο εθελοντισμός βοηθάει πολύ στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Morrow-Howell et al., 2003) και στην μείωση των θανάτων και των αρρωστιών μεταξύ των εθελοντών (Harris and Thoresen, 2005; Lum and Lightfoot, 2005).

Σύμφωνα με έρευνες, η μοναξιά και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν τους δύο βασικούς λόγους κακής σωματικής και ψυχικής υγείας σε έναν ηλικιωμένο άνθρωπο (Berkman LF, Syme SL, 1979, Walker D, Beauchene RE., 1991, Sugisawa H, Liang J, Liu X., 1994, Byles JE, Harris MA, Nair B, Butler JRG., 1996, Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM., Klinger J, Wylie C, Copeman J, Kirk SFL. 1999, Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, et al., 2005).

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται σε μια γενική κατάσταση την οποία βιώνει κάποιος ο οποίος έχει μικρό κοινωνικό περίγυρο και γενικά δεν συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή (Molyneux M., 1993, Weiss RS., 1982, Wenger C, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A., 1996). Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα, αλλά στην προσπάθεια τους πολλοί ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι στην πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν είναι «σοβαρά» (σε μεγάλο βαθμό) κοινωνικά αποκλεισμένοι (Chappell NL, Badger M.,1989, Boldy D, Iredell H, Grenade L.,2005, Victor C, Bowling A, Bond J, Scambler S. ,2003, Wenger GC, Burholt V. ,2004, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A.,2000).

Αντίθετα, η μοναξιά είναι μια εμπειρία, συνήθως δυσάρεστη, που βιώνει ο καθένας με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Walker D, Beauchene RE.,1991, Weiss RS., Peplau LA, Perlman D.,1982, Bowling A.,1997, de JongGierveld J.,1998, Weiss RS.,1973,1989). Βέβαια, υπάρχουν άτομα που παρ' όλο που έχουν μικρό κοινωνικό περίγυρο δεν αισθάνονται μοναξιά και άτομα που αισθάνονται πολύ έντονα το αίσθημα της μοναξιάς παρ' όλο που έχουν πολλές κοινωνικές επαφές (Walker D, Beauchene RE. ,1991). Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με έρευνες, ένας στους τρεις ηλικιωμένους έχει βιώσει την εμπειρία της μοναξιάς (Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, etal., Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J., Boldy D, Iredell H, Grenade L. ,2005, Wenger C, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A.,1996). Το αίσθημα της μοναξιάς ποικίλει ανάλογα με τις συνθήκες και κλιμακώνεται ανά περιόδους. Για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι νιώθουν πιο μόνοι την περίοδο των Χριστουγέννων, τα βράδια και τα κρύα χειμωνιάτικα απογεύματα (Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J.,2005, Steed L, Boldy D, Grenade L, Iredell H.,2006).

Γενικά, τα επίπεδα της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Ο κοινωνικός περίγυρος αποτελεί τον πρώτο και κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει και συνδέεται άμεσα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την μοναξιά. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου που έχει κάποιος είναι σημαντικά. Για παράδειγμα, αν κάποιος είναι χήρος ή δεν έχει παιδιά, επιλέγει για συντροφιά ομάδες ανθρώπων που του μοιάζουν και θα τον καταλάβουν (Chappell NL, Badger M.,1989, Wenger GC, Burholt V.,2004, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A.,2000, Luggen AS, Rini AG.,1995,Wu Z, Pollard MS.,1998). Ακόμη η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και το μέρος κατοικίας (οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αστικές περιοχές μπορεί να νιώσουν πιο δύσκολα μόνοι σε σχέση με αυτούς που ζουν

σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές) επηρεάζουν τον βαθμό επίδρασης του αισθήματος της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού (Baum J.,1982, Beck C, Schultz C, Walton C, Walls R., 1990, Boldy DP, Chou S-C, Lee AH., 2004, Kaufman A, Adams J., 1987, Mullins LC, Elston CH., Hector-Taylor L, Adams P., 1996, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A., 2000, Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J., Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, etal. , 2005) .

2.6 Η Άνοια στους ηλικιωμένους

Η άνοια αποτελεί βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας στους ηλικιωμένους. Οι τύποι της άνοιας είναι η νόσος Alzheimer, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σωμάτια Lewy και η μετωποκροταφική. Η νόσος Alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας και είναι νευροεκφυλιστική ασθένεια του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Χαρακτηρίζεται από σταδιακή απώλεια της μνήμης και περιορισμό των νοητικών λειτουργιών του εγκεφάλου (της κρίσης, του λόγου, της προσωπικότητας). Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η άνοια είναι 5% σε άτομα άνω των 65 ετών, με την άνοια τύπου Alzheimer να προσβάλλει το 10% αυτών των ατόμων ως την ηλικία των 85 ετών (Kendrick & Warnes, 1997). Μετά την ηλικία των 65 ετών τα ποσοστά της άνοιας διπλασιάζονται και προσβάλλεται ένα ποσοστό 20% ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω. Τα ποσοστά άνοιας είναι υψηλότερα για τις γυναίκες άνω των 75 ετών (Tinker, 2000), και συνάμα οι γυναίκες είναι συχνότερα φροντιστές ατόμων με άνοια. Η άνοια είναι σοβαρό πρόβλημα υγείας, ιδιαίτερα για τις γυναίκες (Lindsay & Anderson, 2004). Η αγγειακή άνοια και το Alzheimer είναι βασικές αιτίες θανάτου για περίπου 20% των ηλικιωμένων άνω των 85 ετών και υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά τέσσερα χρόνια. Καθώς γερνάει η πληθυσμός, ο αριθμός των ατόμων που πάσχει από άνοια θα αυξάνεται σημαντικά τα επόμενα χρόνια.

Κάθε 68 δευτερόλεπτα διαγιγνώσκεται και μία νέα περίπτωση Alzheimer. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα εκτιμάται ότι το 2015 τα νέα περιστατικά άνοιας ήταν πάνω από 9,9 εκατομμύρια, ενώ αναμένεται σε παγκόσμιο επίπεδο να φτάσουν τα 74,7 εκατομμύρια μέχρι το 2030 και τα 131,5 έως το 2050. Στην Ευρώπη εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 10 εκατομμύρια ασθενείς και στην Ελλάδα 200.000 ασθενείς με άνοια. Σύμφωνα με τις προβλέψεις που αφορούν την χώρα μας ο αριθμός των ασθενών με άνοια θα φτάσει το 2050 τις 354.000 νοσούντα άτομα.

Το Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια και τη νόσο Alzheimer, για να αποδείξει τη σοβαρή οικονομική επίπτωση της νόσου στα συστήματα Υγείας δίνει τα παρακάτω στοιχεία: Το ποσό της δαπάνης για την άνοια αντιστοιχεί στο 1,09 % του παγκόσμιου Α.Ε.Π. και υπολογίζεται ότι είναι περίπου 818 δισεκατομμύρια δολάρια Η.Π.Α. Στην Ευρώπη δαπανώνται για την άνοια γύρω στα 17 δισεκατομμύρια ευρώ και το κοινωνικοοικονομικό κόστος υπολογίζεται ανά άτομο, στα 341,00 ευρώ το μήνα στο στάδιο της αυτονομίας, 957,00 ευρώ στο στάδιο της εξάρτησης στο σπίτι και στα 1.276,00 ευρώ όταν το άτομο βρίσκεται στο στάδιο της εξάρτησης σε ίδρυμα.

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η άνοια είναι ίσως η μόνη νόσος που προσβάλλει συγχρόνως αλλά και με διαφορετικό τρόπο δύο άτομα, τον ασθενή και τον φροντιστή του. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι είναι η νούμερο ένα ασθένεια στον κόσμο σε θνησιμότητα, όχι στους ασθενείς, αλλά στους φροντιστές (Λέκκα-Μαρκάτη, 2000).

2.7 Η Ιδρυματική φροντίδα

Ο ρόλος των Μ.Φ.Η., δεδομένης της φύσης του περιβάλλοντος (κοινόχρηστο καθιστικό, κοινές δραστηριότητες, φροντίδα και υποστήριξη), μπορεί να είναι καθοριστικός για την αντιμετώπιση της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλές φορές οι οικογένειες των ηλικιωμένων παρ' όλες τις προσπάθειες τους για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, δεν τα καταφέρνουν. Σύμφωνα με έρευνες, η κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων από την στιγμή που θα μπουν σε ένα ίδρυμα, βελτιώνεται (Hinman MR, Heyl DM., Thoesen Coleman M, Looney S, O'Brien J, etal., 2002). Βέβαια, η οικογένεια συνεχίζει και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ηλικιωμένου (Boise L, White D., 2004).

Για την καταπολέμηση του φαινομένου της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω της ιδρυματικής φροντίδας πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι ανασταλτικοί παράγοντες. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων νιώθει αγχωμένο όταν πηγαίνει σε οίκο ευγηρίας, καθώς αισθάνεται ότι πηγαίνει σε ένα άγνωστο και αφιλόξενο μέρος (Jilek R., 2000). Αυτό το αίσθημα άγχους μπορεί να δημιουργήσει μακροπρόθεσμα σοβαρά προβλήματα στην ψυχική υγεία του ηλικιωμένου για αυτό και η συχνή επικοινωνία με ένα πρόσωπο από την οικογένεια του είναι απαραίτητη (Proffitt C, Byrne M., 1993). Επίσης, η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας του προσωπικού του ιδρύματος με τους ηλικιωμένους αποτελεί έναν ακόμη λόγο που οι ηλικιωμένοι

νιώθουν ότι χάνουν την ανεξαρτησία τους, καθώς θεωρούν ότι δεν τους καταλαβαίνουν, με αποτέλεσμα να νιώθουν εγκλωβισμένοι (Tester S, Hubbard G, Downs M, et al., 2003, Jilek R., 2000). Τέλος, το περιβάλλον του οίκου ευγηρίας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ώστε οι ηλικιωμένοι να νιώθουν άνετα και οικεία μέσα σε αυτό (Rule BG, Milke DL, Dobbs AR, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

3.1 Η γηράσκουσα κοινωνία της Ευρώπης

Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής. Ο βασικός λόγος είναι η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε πολύ χαμηλό επίπεδα, η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων λόγω της προόδου της ιατρικής επιστήμης και της εύρεσης νέων φαρμάκων και η βελτίωση των όρων διαβίωσης και περίθαλψης.

Το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς η ολική γεννητικότητα όταν είναι κοντά στο 2,1 (μέσος αριθμός γεννήσεων ανά γυναίκα), μπορεί να διατηρηθεί το μέγεθος του πληθυσμού. Στην Ε.Ε. ο δείκτης γονιμότητας το 2000 ήταν στο 1,48 και πήγε το 2012 στο 1,56 (Πίνακα Α.2). Πιο αναλυτικά η Γαλλία βρίσκεται στην κορυφή (2,01) του πίνακα και ακολουθούν η Ιρλανδία (1,94), η Σουηδία (1,88) και η Μ. Βρετανία (1,81). Ο χαμηλότερος δείκτης ήταν στην Πορτογαλία (1,23), ενώ πέραν της Ελλάδας, πολύ χαμηλά ήταν και στην Κύπρο (1,31), την Ισπανία και την Πολωνία (1,32), την Ιταλία και τη Σλοβακία (1,37). Η μεγαλύτερη αύξηση του δείκτη γονιμότητας μεταξύ 2001 και 2014 έλαβε χώρα στη Λετονία, την Τσεχία, τη Σλοβενία, τη Λιθουανία, τη Βουλγαρία και τη Σουηδία (E.U. Ageing Report, 2015).

Το μέγεθος του ευρωπαϊκού πληθυσμού δεν θα είναι μόνο μεγαλύτερο το 2060, αλλά θα είναι και πιο ηλικιωμένο. Ο πληθυσμός αναμένεται να αυξηθεί περίπου κατά 4% και από τα 507 εκατομμύρια που ήταν το 2013, υπολογίζεται να κορυφωθεί φτάνοντας τα 526 εκατομμύρια και να ισορροπήσει το 2060, στα 523 εκατομμύρια άτομα. Το 2060 αναμένεται επίσης ότι θα έχει αυξηθεί το ποσοστό των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, με τη βάση της ηλικιακής πυραμίδας να είναι μικρότερη λόγω των χαμηλών ποσοστών γονιμότητας. Τα άτομα ηλικίας 65 και άνω θα έχουν ένα μερίδιο 28% του πληθυσμού από 18% που ήταν το 2015 και τα άτομα από 80 και άνω θα αντιπροσωπεύουν το 12% του πληθυσμού από το 5% που ήταν το 2015.

Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε σημαντικά σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. από το 1960 έως το 2012. Στην Ε.Ε. το προσδόκιμο για τους άντρες θα φτάσει από τα 77,6 έτη που ήταν το 2013, στα 84,7 έτη το 2060, ενώ για τις γυναίκες από τα 83,1 έτη το 2013, στα 89,1 έτη το 2060, διαπιστώνοντας μία μείωση της ηλικιακής ψαλίδας μεταξύ αντρών και γυναικών (Πίνακας Α.9). Ο ρυθμός αύξησης κάθε χρόνο για τις γυναίκες

ήταν πάνω από τρεις μήνες. Από το 2000 η αύξηση του προσδόκιμου ζωής ήταν 2,6 χρόνια για τις γυναίκες και 3,3 χρόνια για τους άντρες. Υπάρχουν ωστόσο σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις χώρες μέλη της Ε.Ε., για παράδειγμα οι γυναίκες στην Γερμανία, Ιρλανδία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Μάλτα και Πορτογαλία κέρδισαν περίπου 11 χρόνια από το 1960 έως το 2012, ενώ σε χώρες όπως η Βουλγαρία, Δανία, Λετονία, Ολλανδία, Σλοβακία, Τσεχία κέρδισαν περίπου 8 έτη.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα επιβραδυνθεί σε σχέση με τις ιστορικές του τιμές. Αυτό συμβαίνει επειδή η θνησιμότητα σε μικρότερες ηλικίες είναι ήδη πολύ χαμηλή. Για την αύξηση του θα απαιτηθεί βελτίωση στην θνησιμότητα μεγαλύτερων ηλικιών, οι οποίες έχουν στατιστικά μικρότερο αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (Πίνακας Α.4).

Η ηλικιακή πυραμίδα όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα Α.5, δείχνει ότι η ηλικιακή κατανομή στον πληθυσμό της Ευρώπης θα αλλάξει δραματικά. Το 2013 οι πιο πολυπληθείς σειρές για τους άντρες και για τις γυναίκες ήταν τα 45 έτη. Το 2060 ο αριθμός των ανθρώπων αυτών που το 2013 ανήκαν σε αυτή την κοόρτη σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα είναι τεράστιος. Ένας ακόμη λόγος που η βάση της ηλικιακής πυραμίδας μικραίνει, είναι και λόγω των χαμηλών ποσοστών γονιμότητας ή αλλιώς αντικατάστασης του πληθυσμού και έτσι σταδιακά μεταλλάσσεται η μορφή της από πυραμίδα. Στον Πίνακα Α.6 παρουσιάζεται η διάρθρωση των πληθυσμιακών ομάδων στην Ε.Ε, που αφορούν το νεαρό πληθυσμό (0-14) ετών, τις ηλικίες (15-64) ετών, τα άτομα (65-79) ετών και τέλος από 80 ετών και άνω, πως κατανέμονται το 2013 και πως θα διαμορφωθούν το 2060. Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των ηλικιών 0-14 θα μείνει σχετικά σταθερό, το ποσοστό των 15-64 θα μειωθεί από 66% το 2013, σε 57% το 2060 και το ποσοστό των ηλικιών 65 και άνω θα από 23% σε 40%.

Ως αποτέλεσμα αυτών των διαφορετικών τάσεων μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, η δημογραφική γήρανση (άτομα άνω των 65 ετών, σε σχέση με τις ηλικίες 15-64) αναμένεται να αυξηθεί στην Ευρώπη από το 27,8% στο 50,1 % (Πίνακας Α.7). Αυτό σημαίνει ότι θα αντιστοιχούν 4 εργαζόμενοι για κάθε άτομο άνω των 65 ετών. Ο δείκτης εξάρτησης (άτομα κάτω των 14 και άνω των 65 σε σχέση με τις ηλικίες 15 έως 64 φαίνεται από τον Πίνακα Α.8, ότι θα αυξηθεί ακόμα περισσότερο φτάνοντας από το 51,4% του 2013, το 76,6% το 2060.

Η πόλη της Ε.Ε., (στο επίπεδο περιοχών NUTS-3) με το μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων, το 2011 ήταν η Μαδρίτη, με 989.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Δεύτερη πόλη ήταν η Βαρκελώνη με 949.000 άτομα ενώ τρίτη στην σειρά ήταν η Ρώμη με 809.000 ηλικιωμένους κατοίκους άνω των 65 ετών. (NUTS είναι γεωκωδική τυποποίηση για την αναφορά των υποδιαιρέσεων των χωρών, που χρησιμοποιεί η Ευρωπαϊκή Ένωση για στατιστικούς λόγους, Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques, υπάρχουν τρία επίπεδα NUTS και δύο επίπεδα τοπικών διοικητικών μονάδων τα οποία βρίσκονται κάτω από τα επίπεδα NUTS).

Ανά χώρα το ποσοστό ηλικιωμένων ποικίλει. Οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα πέμπτο του πληθυσμού στην Ιταλία, την Γερμανία και την Ελλάδα. Το 2014 στην Ιταλία ήταν το 21,4% του πληθυσμού, στην Γερμανία το 20,8% και στην Ελλάδα το 20,5%. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό στα κράτη μέλη της ΕΕ είναι κατά μέσο όρο από 17-20%, αν και η Ρουμανία, η Πολωνία, το Λουξεμβούργο, η Κύπρος, η Σλοβακία και η Ιρλανδία βρίσκονται κάτω από αυτό τον μέσο όρο με χαμηλότερο ποσοστό το 12,6 % της Ιρλανδίας.

Οι ηλικιωμένοι συνήθως αντιπροσωπεύουν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές. Η απογραφή του πληθυσμού και των κατοικιών προσέφερε λεπτομερή ανάλυση της πληθυσμιακής δομής. Ο Πίνακας Α.1 δείχνει τις περιοχές με τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων το 2011. Στο σύνολο της ΕΕ των 28, τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων το 2011, καταγράφηκαν στο εσωτερικό της Πορτογαλίας στην περιοχή Pinhal Interior Sul (33,6%), στην κεντρική ελληνική περιφέρεια της Ευρυτανίας (31,0%) και στη βορειοδυτική ισπανική περιφέρεια της Ourense (29,4%). Η πλειονότητα των περιφερειών με υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων ήταν στις αγροτικές περιοχές και στις πιο απομακρυσμένες. Αυτό φαίνεται αντεστραμμένο σε κάποια ανατολικά κράτη της Ε.Ε., όπως στην Πολωνία όπου τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων καταγράφηκαν στην Βαρσοβία και στη Lodz.

Πολλά άτομα ονειρεύονται όταν συνταξιοδοτηθούν να μετακομίσουν σε άλλη χώρα και ειδικά σε μέρη που βρίσκονται κοντά στην θάλασσα ή προς την Νότια Ευρώπη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2011, τελικά μόνο το 5,1% μετακόμισε σε άλλο κράτος από αυτό που διέμενε κατά την απογραφή. Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί για τους ηλικιωμένους ήταν η Ελλάδα με το ένα τέταρτο (27,9%) των ηλικιωμένων που μετακινήθηκαν να την επιλέγουν, ενώ περίπου το ένα πέμπτο μετακινήθηκε στην Κύπρο, το Λουξεμβούργο, την Κροατία και τη Μάλτα.

Το 66,6% των ηλικιωμένων ατόμων στην ΕΕ ηλικίας 65 ετών και άνω, που άλλαξαν κατοικία κατά τη διάρκεια 12 μηνών πριν από την απογραφή μετακινήθηκαν μέσα στην περιοχή τους, ενώ μόλις πάνω από το 28,4% μετακινήθηκε από άλλη περιοχή εντός της ίδιας χώρας της ΕΕ. Επίσης οι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών έκαναν περισσότερες μετακινήσεις από ότι τα άτομα από 65-84 ετών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι σε αυτές τις ηλικίες μετακινούνται είτε για να ζήσουν με τα παιδιά ή τους συγγενείς τους, είτε για να εισαχθούν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή επιλέγοντας άλλες μορφές διαμονής.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που ζουν σε κλειστές δομές είναι ηλικίας 85 και άνω. Σε αντίθεση με πολλές άλλες έρευνες, όπου η συλλογή δεδομένων περιορίζεται στα νοικοκυριά, η παρούσα απογραφή μας παρέχει μεγαλύτερη πληροφόρηση διότι έχει συμπεριλάβει πληροφορίες σχετικές με άτομα που ζουν σε κλειστές δομές. Το 2011 το ποσοστό των ηλικιωμένων στην Ε.Ε. ηλικίας 65-84 ετών που ζούσαν σε ιδρύματα (νοσηλευτικά ή οίκους ευγηρίας) ήταν 1,7% (δεν υπάρχει πληροφόρηση για την Ιρλανδία και την Φινλανδία). Για τα άτομα ηλικίας 85+ το ποσοστό ήταν 12,6% με το 14,8% να είναι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες και το 7,6 % να είναι οι πολύ ηλικιωμένοι άντρες. Σε απόλυτους αριθμούς τα άτομα που ζούσαν στην ΕΕ σε ιδρύματα το 2011, ήταν 1,35 εκατομμύρια άνω των 85 ετών και 1,34 εκατομμύρια ηλικίας 65-84 ετών.

Μεταξύ των περιφερειών NUTS (επιπέδου 2) το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων 85+ που μένει σε ιδρύματα καταγράφηκε στο Λουξεμβούργο (σε μία μόνο περιφέρεια σε αυτό το επίπεδο ανάλυσης), καταγράφοντας ότι είναι σχεδόν το ένα τρίτο (32,9%) του πληθυσμού. Άλλες τέσσερις περιφέρειες της ΕΕ που κατέγραψαν ποσοστά της τάξεως του 25-30%, ήταν στην γαλλική περιοχή Pays de la Loire, στην Bretagne, στην Ολλανδική περιοχή του Groningen και στην Μάλτα (σε μία μόνο περιοχή σε αυτό το σημείο ανάλυσης). Αντίθετα στην Βουλγαρία, τη Ρουμανία, τη Νότιο Ιταλία και σε κάποια μέρη της Ελλάδας το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει σε κλειστές δομές είναι μικρό.

Εξαιτίας όλων αυτών, ο πληθυσμός της Ε.Ε. αναμένεται να γίνει πιο ηλικιωμένος, δημιουργώντας νέες προκλήσεις στα ευρωπαϊκά συστήματα. Η έντονα καθοδική τάση της γεννητικότητας που ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων, διόγκωσε την ηλικιακή κατηγορία των 45-65 ετών και πλέον τίθεται θέμα χρηματοδότησης των συντάξεων. Αυτές οι δημογραφικές αλλαγές θα συνοδεύονται από βαθιές κοινωνικές ανακατατάξεις σε όλες τις χώρες στη στέγαση, την εργασία, την κοινωνική προστασία

και η γήρανση θα ασκήσει πίεση για αύξηση στις δημόσιες δαπάνες και στην κοινωνική προστασία. Όσο το προσδόκιμο ζωής θα αυξάνεται, οι περιορισμοί, οι αντιλήψεις και οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης θα αλλάζουν. Οι συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, μπορούν να αντισταθμιστούν σε κάποιο βαθμό από την μεταναστευτική κίνηση (Eurostat, 2015).

3.2 Δίκτυο Ευρωπαϊκών οργανώσεων Ηλικιωμένων

Στην Ευρώπη έχουν δημιουργηθεί διάφορες οργανώσεις που αφορούν τους ηλικιωμένους. Ο οργανισμός AGE platform Europe, ιδρύθηκε το 2001 και είναι ένα Ευρωπαϊκό δίκτυο που περιλαμβάνει 150 περίπου οργανώσεις μη κυβερνητικού χαρακτήρα, που εκπροσωπούν άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών και αφορούν πάνω από 40 εκατομμύρια ευρωπαίους ηλικιωμένους. Ο AGE χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και από συνδρομές των μελών της. Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα του, τα θέματα με τα οποία ασχολείται αφορούν την κοινωνική προστασία, τη συνταξιοδότηση, την κοινωνική ένταξη, την υγεία, την απασχόληση των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, την προσβασιμότητα σε δημόσιες μεταφορές και την εξάλειψη των διακρίσεων στους ηλικιωμένους. Επιδιώκει να γίνει η φωνή των ηλικιωμένων και των συνταξιούχων στις πολιτικές συζητήσεις της Ε.Ε. Παρέχει μία ευρωπαϊκή πλατφόρμα ανταλλαγής εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών και στοχεύει στην ενημέρωση των ηλικιωμένων για τα δικαιώματά τους ως Ευρωπαίοι πολίτες.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση Διευθυντών Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, (E.D.E. European Association for Directors and Providers of Long Term Care Services for the Elderly) δημιουργήθηκε στις 6 Απριλίου 1989 στο Λουξεμβούργο και είναι ένας επαγγελματικός διεθνής οργανισμός που εκπροσωπεί εθνικές οργανώσεις διευθυντών και παρόχων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, στην Ευρώπη και αντιπροσωπεύει περισσότερους από 28 εκατομμύρια Ευρωπαίους ηλικιωμένους. Ένας από τους βασικούς του σκοπούς είναι η προώθηση στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των μελών του και η χάραξη κοινής πορείας δράσης. Οι επαγγελματίες του χώρου που ενδιαφέρονται να βελτιώνουν τις παροχές και την ποιότητα των υπηρεσιών τους, μπορούν να χρησιμοποιούν κοινά εκπαιδευτικά πρότυπα, να έχουν συχνές συναντήσεις και να οργανώνονται συνέδρια με την συμμετοχή όλων των διευθυντών

για την καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων και της σημασίας της φροντίδας των ανθρώπων. Στους σκοπούς του E.D.E. αναφέρονται:

- Η συνεργασία και η συμβουλευτική προσέγγιση οργανώσεων και κοινοτήτων με σκοπό την παροχή υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.
- Η παροχή συμβουλών σε διευθυντές και παρόχους μακροχρόνιας φροντίδας σχετικά με την μακροχρόνια και ημερήσια φροντίδα των ηλικιωμένων.
- Η προώθηση και η ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τα διεθνή πρότυπα ανάπτυξης για τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία και την υγεία.
- Η οργάνωση διεθνών συνεδρίων και συμβουλίων καθώς και εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ταξιδιών.
- Η έναρξη έρευνας πέρα από τα σύνορα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων.
- Η ανάπτυξη κατευθυντήριων εκπαιδευτικών γραμμών και η απόκτηση περισσότερων προσόντων για όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας των ηλικιωμένων.
- Η ανάπτυξη του κοινωνικού status του επαγγέλματος των παρόχων υγείας και η ανάπτυξη δημοσίων σχέσεων και η άσκηση επιρροής στις νομοθεσίες σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων.

3.3 Χάρτης Δικαιωμάτων Ηλικιωμένων

Στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (C364/1.18-12-2002) το άρθρο 25 αναφέρεται στα Δικαιώματα των Ηλικιωμένων και γράφει: «*Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μία αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο*». Η Ε.Ε. αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα.

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος ΔΑΦΝΗ ΙΙΙ-EUSTACIA , η 50+ Ελλάς μαζί με μία ομάδα εταιρών από 9 Ευρωπαϊκές χώρες και με την επίβλεψη του Age ανέπτυξαν τον Ευρωπαϊκό Χάρτη «δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια και μακροχρόνια φροντίδα» που δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2010. Μεταξύ άλλων αναφέρει ότι «*Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η εξάρτηση από άλλους δεν μπορούν να δικαιολογούν τον περιορισμό του αναφαίρετου ανθρώπινου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα και διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς. Όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή τον βαθμό εξάρτησης, οφείλουν να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και αυτές τις ελευθερίες, καθώς και να διαφυλάσσουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματά τους*».

Στόχος είναι η δημιουργία κοινού σημείου αναφοράς και διαλόγου επιδιώκοντας την χρησιμοποίηση και αξιοποίηση του από όλα τα Κράτη Μέλη τα οποία οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές προάσπισης των συγκεκριμένων δικαιωμάτων. Απευθύνεται σε:

- Στους άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων που μπορεί να είναι, συγγενείς, φίλοι γείτονες, εθελοντές, μετανάστες που προσέχουν ηλικιωμένους
- Στους επαγγελματίες φροντιστές, κοινωνικούς φροντιστές και νοσηλευτές που είναι αμειβόμενοι σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή νοσοκομεία ηλικιωμένων (nursing homes)
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες όπως η κοινωνική υπηρεσία των Δήμων
- Στους παρόχους υπηρεσιών που είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και επιχειρήσεις όπως οι Μ.Φ.Η.
- Στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο

Ο χάρτης αυτός επιχειρεί να ευαισθητοποιήσει το ευρύτερο κοινό και να γνωστοποιήσει στους ηλικιωμένους τα δικαιώματά τους. Δεν επιχειρεί να

αντικαταστήσει μέτρα που ήδη λαμβάνονται στα Κράτη Μέλη, αλλά προσπαθεί να τα συμπληρώσει και να τα υποστηρίξει. Σκοπός του είναι η ευημερία και η αξιοπρέπεια των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων, είναι οι ηλικιωμένοι, να αποκτήσουν φωνή και να διασφαλίσουν ότι θα ακούγονται από ολόκληρη την κοινωνία. Τα άρθρα αναφέρονται στα εξής:

Άρθρο1: Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική & πνευματική ευεξία, την ελευθερία & την ασφάλεια

Άρθρο 2: Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού,

Άρθρο 3: Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

Άρθρο 4: Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας

Άρθρο 5: Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

Άρθρο 6: Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες

Άρθρο 7: Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία

Άρθρο 8: Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο

Άρθρο 9: Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα

3.4 Παγκόσμιες ημέρες για την τρίτη ηλικία

Το 1982 στην Πρώτη Παγκόσμια Διάσκεψη του Ο.Η.Ε. για την Γήρανση του πληθυσμού της Γης επισημάνθηκε για πρώτη φορά η ανάγκη εκπόνησης διεθνούς σχεδίου δράσης για τη γήρανση. Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. όρισε το 1990, ως «Παγκόσμια ημέρα για την τρίτη ηλικία» την 1^η Οκτωβρίου, αποδίδοντας φόρο τιμής στους ηλικιωμένους και αναγνωρίζοντας την συμβολή τους στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Το σύνθημα «προς μία κοινωνία για όλες τις ηλικίες» υιοθετήθηκε το 1999 και επαναλήφθηκε στην Δεύτερη Παγκόσμια Διάσκεψη για την Τρίτη Ηλικία, το 2002 στην Μαδρίτη. Με απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου ανακηρύχθηκε το 2012 ως «Ευρωπαϊκό έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης, μεταξύ των γενεών» επιδιώκοντας να προωθήσει την ενεργό γήρανση στους τομείς, απασχόλησης, συμμετοχής στην κοινωνία και ανεξάρτητης διαβίωσης.

Η 15^η Ιουνίου καθιερώθηκε ως Παγκόσμια Ημέρα Κατά της Κακοποίησης των Ηλικιωμένων, με πρωτοβουλία του Διεθνούς Δικτύου για την παρεμπόδιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων (I.N.P.E.A.-International Network for the Prevention of Elder Abuse) και την υποστήριξη του W.H.O. και του Ο.Η.Ε.. Στόχος είναι με την ευκαιρία του εορτασμού να ευαισθητοποιηθεί το παγκόσμιο κοινό σε ότι αφορά την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων από ανθρώπους της οικογένειας ή από φροντιστές τους.

Η 21^η Σεπτεμβρίου εορτάζεται ως η Παγκόσμια Ημέρα Alzheimer και έχει ως σκοπό την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη νόσο και την αφύπνιση και κινητοποίηση της πολιτείας. Η εβδομάδα του εορτασμού είναι εβδομάδα ενημέρωσης, πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης. Στα κέντρα ημέρας της Εταιρείας για την Νόσο Alzheimer, σε διάφορα σημεία της Αθήνας αλλά και σε διάφορους συλλόγους ανά την Ελλάδα, ειδικευμένοι επιστήμονες κάνουν δωρεάν τεστ μνήμης σε άτομα άνω των 60 ετών, γίνονται ενημερωτικές ομιλίες και διαδραστικές εκδηλώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική γιατί: Μπορεί ο πάσχων, να ξεκινήσει έγκαιρα κάποια φαρμακευτική και μη θεραπεία, μπορεί να εκπαιδευτεί τόσο εκείνος όσο και οι συγγενείς του για το πώς μπορεί να γίνει αποτελεσματική η διαχείριση της καθημερινότητάς τους, για το πώς μπορεί να μειωθεί το συνολικό κόστος φροντίδας αλλά και το πώς μπορεί να προγραμματιστούν ιατρικά, οικονομικά και νομικά θέματα που θα προκύψουν, όσο η νόσος θα εξελίσσεται (Ελληνική Εταιρία Άνοιας, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Στατιστικά στοιχεία Ελλάδας

Στην έκθεση της Ε.Ε. με τίτλο “The 2015 Ageing Report” (European Union, 2015) μπορούμε να δούμε πως εξελίσσονται οι δημογραφικοί δείκτες που αφορούν την Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από το 2013 έως το 2060. Σε ότι αφορά την Ελλάδα τα νέα είναι καλά μόνο ως προς την αύξηση του προσδόκιμου, αλλά δραματικά σε ότι αφορά τη γήρανση καθώς το 2069 θα είμαστε χώρα γερόντων.

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, όπως βλέπουμε στον Πίνακα Α.11 αναμένεται να αυξηθεί από το 2013 στο 2060, κατά 6,9 χρόνια για τους άνδρες (από τα 78 έτη στα 84,9 έτη) και κατά 5,7 χρόνια στις γυναίκες (από 83,3 έτη σε 89 έτη) κινούμενο κοντά στον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 1950 το προσδόκιμο ζωής για τους άντρες ήταν 63,4 έτη και για τις γυναίκες τα 68,5 έτη. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών από 2,2 εκατομμύρια το 2013, θα αυξηθούν σε 2,8 εκατομμύρια το 2060 και οι άνω των 85 ετών από 0,6 εκατομμύρια το 2013 σε 1,3 εκατομμύρια το 2060 (Πίνακας Α.10).

Τα ποσοστά γονιμότητας θα σημειώσουν ισχνή αύξηση της τάξης του 0,24%, από το 2013 (1,34), στο (1,58) το 2060 (Πίνακας Α.3). Η Ελλάδα έχει έναν από τους πιο χαμηλούς δείκτες γονιμότητας στην Ε.Ε. όπου ο μέσος όρος ήταν το 2013 στο 1,59 και αναμένεται να είναι το 2060 στο 1,76. Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε από τον πίνακα, το 2060 η Ελλάδα θα κατέχει την τρίτη θέση από το τέλος και θα έπεται η Ισλανδία με 1,55 και η Πορτογαλία με 1,52. Το 1980, ο δείκτης ήταν στον 2,23 και από το 1960 έως το 2012 παρουσίασε πτώση 0,9 (Πίνακας Α.2).

Το ποσοστό της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών θα μειωθεί από 15% το 2013 κατά 2% το 2060 (13%). Το εργατικό δυναμικό δηλαδή τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό που ονομάζουμε παραγωγική ηλικία (15 – 64 ετών), θα πέσουν από το 65% το 2013, στο 54% του πληθυσμού το 2060 (μείωση 11%) φτάνοντας τα 4,639 εκατομμύρια, δηλαδή θα υπάρξει μία απώλεια 2,551 εκατομμυρίων ατόμων ικανών να εργαστούν. Το εργατικό δυναμικό θα μειωθεί από τα 4,871 εκατομμύρια το 2013 στα 3,500 εκατομμύρια το 2060 (απώλεια 1,371 εκατομμύρια). Η ηλικιακή κατηγορία από 65 ετών και άνω θα έχει αύξηση 12%, από το 26% (20%+6%) το 2013, στο 48% (33%+15%), το 2060 !! (Πίνακας Α.6).

Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων θα αυξηθεί από το 31,2% του πληθυσμού το 2013 στο 60,8% το 2060 (αύξηση 29,7%) (Πίνακας Α.7).

Η καθαρή ροή μετανάστευσης προς τη χώρα θα αυξηθεί κατά 20,6%. Όμως κατά την περίοδο 2013 – 2035 η εν λόγω ροή μειώνεται. Συγκεκριμένα, το 2013 μειώθηκε κατά 15,9%, το 2015 (σ.σ. σε σχέση με το 2013) θα μειωθεί κατά 21,3%, το 2020 (σε σχέση με το 2013) κατά 22,3%, το 2025 κατά 17,1%, το 2030 κατά 10% και το 2035 θα μειωθεί κατά 3,2%. Με άλλα λόγια, η καθαρή ροή μετανάστευσης θα αρχίσει να αντιστρέφεται από τα πολύ αρνητικά πρόσημα μετά το 2025.

Ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί κατά 2,5% το 2060 σε σχέση με το 2013. Η μείωση αυτή θα αρχίσει να φαίνεται από το 2020, οπότε ο πληθυσμός θα πέσει στα 10,7 εκατομμύρια από τα 11 εκατομμύρια που βρισκόταν το 2013.

Σε ότι αφορά το δυνητικό Α.Ε.Π. θα αυξηθεί κατά 0,7%, το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. κατά 1,2%, ενώ η απασχόληση θα υποχωρήσει κατά 0,4%. Το Α.Ε.Π. σε τιμές του 2013 θα πέσει στα 171,6 δισ. ευρώ το 2015 από τα 182,1 δισ. ευρώ το 2013. Το 2015 το Α.Ε.Π. θα πέσει στα 163,5 δισ. ευρώ. Το Α.Ε.Π. σε τιμές του 2013 ανακάμπτει το 2020, φτάνοντας στα 167,9 δισ. Ευρώ, ενώ το 2060 θα φτάσει στα 258,8 δισ. ευρώ

4.2 Περιγραφή του κλάδου και παρεχόμενες υπηρεσίες

Στην Ελλάδα παραδοσιακά, η φροντίδα των ηλικιωμένων ανήκε αποκλειστικά στην οικογένεια. Με την αστικοποίηση, τον σύγχρονο γρήγορο τρόπο ζωής και την αλλαγή των προτύπων ολοένα και περισσότερες οικογένειες αδυνατούν για διάφορους λόγους να ανταποκριθούν σε αυτό τον ρόλο. Έτσι προκύπτει σήμερα πιο έντονη η ανάγκη για την δημιουργία δομών φροντίδας ηλικιωμένων για εκείνους που έχουν ανάγκη συνεχούς περιποίησης και παρακολούθησης. Στην χώρα μας, υπηρεσίες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από εθελοντικούς και εκκλησιαστικούς φορείς, από Φορείς του Δημοσίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και Νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), όσο και από Ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Π.Ε.Μ.Φ.Η., 2016) .

4.3 Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) όπως όλοι οι

πολίτες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τους παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας και από κλινικές. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από ιδιώτες ιατρούς ή από Κέντρα Υγείας. Λόγω της απουσίας κάποιου οργανισμού που να απασχολείται κεντρικά και συνολικά με τα προβλήματα των ηλικιωμένων, αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια διάφορα προγράμματα για Ηλικιωμένους όπως το «Βοήθεια στο σπίτι», τα Κ.Α.Π.Η. τα Κ.Η.Φ.Η. και οι Λέσχες Φιλίας. Τα προγράμματα αυτά πιο αναλυτικά όπως αναφέρονται στην σελίδα της Οργάνωσης «50 και Ελλάς» έχουν ως εξής:

4.3.2 Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων, που ξεκίνησε το 1985. Λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς και προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα άνω των 60 ετών που είναι μόνιμοι κάτοικοι στο Δήμο Αθηναίων. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και η προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες ζωής, παρέχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν οικογένεια για να τους φροντίσει ή έχουν περιορισμένα οικονομικά μέσα. Το προσωπικό που απαρτίζει τις λέσχες φιλίας είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Είναι ανοικτά από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 το πρωί έως τις 8:00 το βράδυ. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, αυτοάμυνα. Παράλληλα διοργανώνονται εκδρομές, εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επισκέψεις σε μουσεία και πολιτιστικούς χώρους. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην λέσχη είναι 3 έως 4 ώρες και τα εξυπηρετούμενα άτομα ανά λέσχη ημερησίως είναι από 50 έως 70. Σήμερα υπάρχουν 25 Λέσχες κατανεμημένες στον Δήμο Αθηναίων.

4.3.3 Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου-(Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του

Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα σε όλη την χώρα λειτουργούν περισσότερα από 900 Κ.Α.Π.Η. (50 και Ελλάς). Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο συγκεκριμένες ώρες, πρωινές. Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι:

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές
- Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων
- Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι:

- Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, κατασκηνώσεις, θέατρο, συνεστιάσεις
- Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους
- Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, χορός
- Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων
- Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική
- Βοήθεια στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί

4.3.4 Βοήθεια στο σπίτι

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κατ' οίκον. Προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση έχουν εκείνοι που ζουν μόνοι τους, δεν αυτοεξυπηρετούνται και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να έχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Ξεκίνησε πιλοτικά τον Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με την συνεργασία του Δήμου και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μετά την επιτυχή εφαρμογή του, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επέκταση του και σε άλλους Δήμους. Άλλαξε πολλές φορές το όνομα και την μορφή του, άλλαζε τις προδιαγραφές ένταξης των ατόμων σε αυτό, κινδύνευσε συχνά να τιναχτεί στον αέρα και συνεχίζει να υφίσταται με μικρές παρατάσεις αμφίβολης αποτελεσματικότητας.

Η χρηματοδότηση του γινόταν από το Κράτος και από Ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως το Ε.Σ.Π.Α. Να αναφερθεί, ότι σήμερα κύριοι πάροχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι Ν.Π.Ι.Δ. των Δήμων της χώρας και δεδομένων των οικονομικών συνθηκών αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης του προγράμματος, με μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε αυτό να είναι απλήρωτος. Στα είκοσι περίπου χρόνια λειτουργίας του εξυπηρέτησε χιλιάδες ηλικιωμένους και προσέφερε σημαντική βοήθεια σε πολλές οικογένειες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2013 οι ωφελούμενοι ανάγονταν σε 80.000 άτομα.

4.3.5 Κ.Η.Φ.Η.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) περίπου 55 στον αριθμό, είναι μονάδες ημερήσιας ή ολιγόωρης φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.) και των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει κοινωνικά, οικονομικά ή προβλήματα υγείας, και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του. Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν σε καθημερινή βάση σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους, οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας.

Σκοπός τους είναι «η παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας».

Έντονες επικρίσεις έχουν ασκηθεί στα παραδοσιακά προνοιακά μοντέλα που στηρίζονται σε δωρεάν υπηρεσίες, λόγω των αδυναμιών που έχουν παρουσιάσει και που οφείλονται στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου τομέα, την κακή οικονομική διαχείριση και την αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας (Αμίτσης, 2014). Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί, απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημοσιονομική εξυγίανση.

4.4 Ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Παρέχουν περίθαλψη και περιποίηση σε ηλικιωμένα άτομα που είτε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται καθόλου και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση (νοσηλευτική ή και ιατρική). Η συναναστροφή των ηλικιωμένων με άλλα άτομα ίδιας

ηλικίας, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις έχουν ως στόχο την διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Συνήθως η οικογένεια επιθυμεί να κρατήσει τον ηλικιωμένο άνθρωπο της στο σπίτι του και αυτό έχει μεγάλη αξία, εάν και εφόσον οι συνθήκες είναι κατάλληλες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την ολιγόωρη απασχόληση κάποιου φροντιστή μέσα στην ημέρα, και αν δεν μπορεί να μείνει ο ηλικιωμένος καθόλου μόνος του, με μόνιμο εσωτερικό φροντιστή όλη την ημέρα.

Το ερώτημα που συχνά τίθεται, είναι πότε έρχεται η στιγμή, το σημείο εκείνο που η οικογένεια πρέπει να πάρει την απόφαση, του να μεταφερθεί ο ηλικιωμένος σε μία Μ.Φ.Η.. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτό καθώς και από τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης που χρειάζεται. Συχνά η κοινωνική κριτική που ασκείται από το συγγενικό και οικείο περιβάλλον είναι αντίθετη, καθώς η εντύπωση που έχει διαμορφωθεί κατά το παρελθόν, για τις κλειστές δομές είναι αρνητική. Στις πιο κλειστές επαρχιακές πόλεις, υπάρχουν ακόμα μεγαλύτερες αντιστάσεις στην πρόταση «διαμονή σε οίκο ευγηρίας.», η οποία αποτελεί ακόμη περισσότερο ταμπού. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που δεν υπήρξε ιδιαίτερη ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην περιφέρεια, παρά μόνο στα αστικά κέντρα.

4.5 Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα

Το θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθορίζεται από τις διατάξεις των νόμων και των υπουργικών αποφάσεων που αναφέρονται στα παρακάτω Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης: ΦΕΚ29 (23-2-1972), ΦΕΚ223 (12-12-1972), ΦΕΚ134 (18-5-1977), ΦΕΚ180(1-3-1978), ΦΕΚ55 (20-3-1979), ΦΕΚ204 (3-9-1979), ΦΕΚ922 (12-12-1979), ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833B (11-9-1996), ΦΕΚ1136 (6-7-2007), ΦΕΚ32(2-3-2011), ΦΕΚ38 (28-2-2012).

Ορίζεται ότι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι οι μονάδες εκείνες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα και μη) και εξασφαλίζουν υποχρεωτικά σε αυτά:

- ο Υγιεινή διαμονή, ασφαλή και άνετη διαβίωση,
- ο Υγιεινή και επαρκή διατροφή,

- ο Συνεχή φροντίδα και ατομική καθαριότητα,
- ο Τακτική ιατρική παρακολούθηση,
- ο Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας και ψυχολογικής βοήθειας,
- ο Παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας ή κινησιοθεραπείας,
- ο Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων,
- ο Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής και πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Σύμφωνα με το νόμο που ισχύει σήμερα, η δυναμικότητα κάθε μονάδας μπορεί να είναι από 10 έως 100 κλίνες. Η χορήγηση αδείας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχεται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας του τόπου στον οποίο έχει εγκατασταθεί. Ο νόμος ρυθμίζει ζητήματα που αφορούν την κτιριακή και ξενοδοχειακή υποδομή των μονάδων, των χαρακτηριστικών των δωματίων, των λουτρών, των μαγειρειών, του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ασφάλειας καθώς και του απασχολούμενου προσωπικού.

4.6 Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

Η Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ιδρύθηκε το 1974 με την απόφαση 756/74, του Πρωτοδικείου Αθηνών, ως Πανελλήνια Ένωση Επιχειρηματιών Οικοτροφείων Ηλικιωμένων «ο Διγενής» και το 2005 μετονομάστηκε σε Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Π.Ε.Μ.Φ.Η.). Εκπροσωπεί όλες τις νόμιμα λειτουργούσες Μ.Φ.Η. της Ελληνικής Επικράτειας, κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα. Συμμετέχει στον Πανευρωπαϊκό φορέα E.D.E., ενώ για τις σχέσεις της στην αλλοδαπή αναφέρεται ως «Greek Care Homes Association». Οι σκοποί όπως αναφέρονται στο καταστατικό της είναι οι παρακάτω:

- ο Η ανάπτυξη και καλλιέργεια μεταξύ των μελών της, πνεύματος αλληλεγγύης και σχέσεων επικοινωνίας, συνεργασίας και συναδέλφωσης, καθώς και η σύσφιγξη των σχέσεων και δεσμών μεταξύ τους.
- ο Η μελέτη, προστασία και προαγωγή των ηθικών, οικονομικών και επαγγελματικών συμφερόντων των μελών της.
- ο Η μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των Μ.Φ.Η.

- ο Η ανάπτυξη νέων μορφών υπηρεσιών και τεχνολογιών για ηλικιωμένους.
- ο Η αναζήτηση και εκτέλεση επαγγελματικών ενδιαφερόντων των επιχειρήσεων των μελών της, η επιλογή, θέσπιση και επιδίωξη προτύπων ποιότητας των Μονάδων των μελών της.
- ο Η προαγωγή της έρευνας, η εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και γενικά κάθε δραστηριότητας και ενέργειας που μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.
- ο Η προάσπιση και εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων των μελών της και η επιδίωξη μεμονωμένων ενεργειών για την μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.. Η επίτευξη βέλτιστης τιμής κοινής για όλα τα μέλη της για προμηθευόμενα προϊόντα, μετά από διερεύνηση της αγοράς και με βάση πρότυπα ποιότητας.

4.7 Προσφορά του Κλάδου

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της Π.Ε.Μ.Φ.Η. (2015), λειτουργούν κατά προσέγγιση 120 ιδιωτικές νόμιμες μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενούν περίπου 7.000-10.000 ηλικιωμένους, ενώ οι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εκτιμώνται ότι αριθμούν 10.000-15.000 κλίνες. Τα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι φιλανθρωπικά, εκκλησιαστικά ιδρύματα και υπό την επίβλεψη των κατά τόπους Δήμων και τα περισσότερα εξ αυτών λειτουργούν στην περιφέρεια. Ενώ το 70% των ιδιωτικών μονάδων βρίσκονται στην Αττική. Υπάρχουν και αρκετές μη αδειοδοτημένες μονάδες για τις οποίες δεν γνωρίζουμε επίσημα τον αριθμό των κλινών τους. Μία μέση μονάδα στην Ελλάδα, έχει ως δυναμικότητα περί τις 50 κλίνες και η πιο συνήθης μορφή επιχείρησης που συναντάται είναι προσωπικές επιχειρήσεις, Ο.Ε. και Ε.Ε., ενώ πολύ λιγότερες είναι εκείνες που έχουν την μορφή της Ανώνυμης και της Ε.Π.Ε.

4.8 Η ζήτηση για Ιδιωτικές Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

- ο Δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία (γήρανση του πληθυσμού)
- ο Η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό της χώρας και ο αριθμός των συνταξιούχων
- ο Το διαθέσιμο εισόδημα του ηλικιωμένου, άρα το επίπεδο των συντάξεων
- ο Η κατάσταση της υγείας του σε συνδυασμό με την ηλικία και την οικογενειακή του κατάσταση

4.8.1 Οι συνταξιούχοι και οι συντάξεις

Βασική παράμετρος στον καθορισμό της ζήτησης υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η. είναι ο αριθμός των συνταξιούχων και το ύψος των συντάξεων που λαμβάνουν. Από το 2010 μέχρι και σήμερα έχουν συντελεστεί 12 αλληπάλληλες μειώσεις συντάξεων (Νόμος 3845/2010 - ΦΕΚ 65/Α'/06.05.2010; Νόμοι 3863/2010 και 3865/2010 - ΦΕΚ 115/Α'/15.07.2010; Νόμος 3869/2010 - ΦΕΚ 130/Α'/03.08.2010; Νόμος 3986/2011 - ΦΕΚ 152/Α'/01.06.2011; Νόμος 4002/2011 - ΦΕΚ 180/Α'/22.08.2011; Νόμος 4024/2011 - ΦΕΚ 226/Α'/27.10.2011; Νόμος 4046/2012 - ΦΕΚ 28/Α'/14.02.2012; Νόμος 4093/2012 - ΦΕΚ 222/ Α'/12.11.2012; Νόμος 4254/2012 - ΦΕΚ 85/Α'/07.04.2014). Η τελευταία μείωση που επιβλήθηκε από την παρούσα κυβέρνηση, με βάση το τρίτο Μνημόνιο (Ν. 4336/2015 – ΦΕΚ 94/Α'/14.08.2015) έφερε σημαντική μείωση σε κύριες και επικουρικές συντάξεις, μέσω της αύξησης των εισφορών υπέρ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις κύριες, και της επιβολής εισφοράς στις επικουρικές. Συγκεκριμένα, οι εισφορές αυξήθηκαν κατά 2 μονάδες (6% από 4%) επί του ποσού των κύριων συντάξεων πριν από τις περικοπές που ξεκίνησαν το 2010. Στις επικουρικές, επιβλήθηκε εισφορά 6% επί του ποσού μετά των περικοπών. Στις επικουρικές βέβαια, επιβλήθηκε εισφορά υγείας και στις περιπτώσεις δεύτερης επικουρικής καθώς και στις επικουρικές που δίνονται λόγω θανάτου (χηρείας).

Σύμφωνα με το Πόρισμα του Οκτωβρίου 2015 της Επιτροπής του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόταση ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος (Υ.Α. 37564/Δ9.10327/21.8.2015 – ΥΠΕΚΑ, 2015), οι

σωρευτικές απώλειες, από το 2010 έως σήμερα, ανέρχονται στις χαμηλές συντάξεις στο 14% και σχεδόν στο 50% στις υψηλότερες συντάξεις σε συνταξιούχους όλων των ηλικιών. Κατά τον Πλάτωνα Τήνιο (2015), επίκουρο καθηγητή οικονομικών του Πανεπιστημίου Πειραιώς, η μείωση στις χαμηλές συντάξεις ανέρχεται συνολικά στο 19,9%, εάν συνυπολογιστούν και οι εισφορές υγείας ενώ οι συντάξεις του Ο.Γ.Α. μειώθηκαν την πενταετία 2010-2015 κατά 8,4%.

Η 26^η Μηνιαία Έκθεση Συνταξιοδοτικών Παροχών και Προνοιακών Επιδομάτων για το μήνα Ιούλιο 2015 (ΗΔΙΚΑ, 2015) είναι αποκαλυπτική. Τον μήνα Ιούλιο 2015, 2.663.345 συνταξιούχοι έλαβαν 2.378.208.325 Ευρώ (Πίνακας Α.12). Οι συνταξιοδοτικές δαπάνες συνιστούν το 17,5% του ΑΕΠ της χώρας. Από την έκθεση προκύπτει ότι ο κύριος όγκος των συνταξιούχων γήρατος λαμβάνουν εισόδημα (άθροισμα περισσότερων από μια συντάξεις) που κυμαίνεται στο εύρος 500 έως 1.000 Ευρώ (768.000 ωφελούμενοι), καθώς και στην κλίμακα μεταξύ 1.000 και 2.000 Ευρώ (777.000 ωφελούμενοι). Μόλις το 2% του συνόλου των συνταξιούχων λαμβάνουν συντάξεις άνω των 2.000 Ευρώ (Πίνακας Α.12). Τα ποσά είναι προ κρατήσεων φόρου και μετά υγειονομικής περίθαλψης.

Η μέση κύρια σύνταξη γήρατος ανήλθε στα 792,95 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη γήρατος 186,70 Ευρώ. Αντίστοιχα, η μέση σύνταξη θανάτου ανήλθε στα 555,27 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη θανάτου κυμάνθηκε στα 111,53 Ευρώ (Πίνακας Α.13). Γίνεται κατανοητό ότι οι έμμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως γυναίκες) λαμβάνουν χαμηλότερες συντάξεις θανάτου από ότι οι συνταξιούχοι γήρατος – άμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως άντρες).

4.8.2 Γενικοί παράγοντες

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (2015), η μέση μηνιαία δαπάνη ανά νοικοκυριό έχει μειωθεί από το 2009 μέχρι το 2014, κατά 31,13%, (Διάγραμμα Β.4.1) γεγονός που αποτυπώνει την οικονομική στενότητα των οικογενειών να συνδράμουν στην κάλυψη των εξόδων διαβίωσης των ηλικιωμένων συγγενών τους σε μια Μ.Φ.Η.. Ακολούθως μειώθηκε κατά 22,15% το μέσο ετήσιο εισόδημα των νοικοκυριών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2014).

Η κατακόρυφη αύξηση της συμμετοχής στα φάρμακα κατά 18% και η χρέωση ενός (1) επιπλέον Ευρώ ανά συνταγή (Kentikelenis, Karanikolos, Reeves, McKee,

&Struckler, 2014) δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την πρόσβαση των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

Οι έμμεσοι φόροι, η αύξηση των συντελεστών ΦΠΑ, η έκτακτη εισφορά, ο ΕΝΦΙΑ επιτείνουν το βεβαρυμμένο οικονομικό κλίμα και επιβαρύνουν τόσο εργαζομένους, όσο και συνταξιούχους. Έτσι έχει δημιουργηθεί μια αναντιστοιχία στο προσλαμβανόμενο εισόδημα των ηλικιωμένων, το οποίο δυσχεραίνει σημαντικά τη δυνατότητά τους να καλύψουν τα μηνιαία έξοδα μακροχρόνιας φροντίδας τους σε μια Μ.Φ.Η.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Η μελέτη του εξωτερικού περιβάλλοντος στο οποίο δραστηριοποιείται η επιχείρηση είναι χρήσιμο να γίνει έτσι ώστε να αναγνωριστούν οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί σε αυτό, να εκτιμηθούν ποσοτικά και ποιοτικά και να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό της στρατηγικής της. Στην προσπάθεια ανάλυσης του ευρύτερου μακρο περιβάλλοντος αντιμετωπίζονται σημαντικά προβλήματα, καθώς λόγω των πολλών διαστάσεων που έχει, είναι δύσκολο να προβλεφθεί και να αναλυθεί. Το ενδιαφέρον των στελεχών θα πρέπει να εστιαστεί στις τάσεις που διαφαίνονται και στο πως θα επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την στρατηγική της επιχείρησης. Για την μελέτη αυτών υπάρχει μία ιδιαίτερα αποτελεσματική ανάλυση η οποία θα αναλυθεί παρακάτω και ονομάζεται «ανάλυση PEST-DG» από τα αρχικά των λέξεων:

Political, αφορά την Πολιτική, Νομική διάσταση

Economic, αφορά την Οικονομική διάσταση

Social, αφορά την Κοινωνικοπολιτική διάσταση

Technological, αφορά την Τεχνολογική διάσταση

Demographic, αφορά την Δημογραφική διάσταση

Global, αφορά την Παγκόσμια διάσταση

5.1 Πολιτικό περιβάλλον

Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη πρόνοιας και κεντρικού σχεδιασμού για την παροχή βοήθειας και φροντίδας στους ηλικιωμένους. Τα Δημόσια Γηροκομεία από την μία πλευρά είναι λίγα, από την άλλη δε, η εισαγωγή ενός ατόμου σε αυτά τα λίγα είναι εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση. Αξίζει να αναφερθεί ότι η αίτηση εισαγωγής γίνεται μόνο εάν και εφόσον ο ηλικιωμένος είναι άτομο περιπατητικό, θα πρέπει κανείς να περιμένει να αδειάσει θέση, άρα μέσα στο πέρασμα του χρόνου αμφισβητείται το αν παραμένει περιπατητικό και σε κάποιες περιπτώσεις τίθενται εισοδηματικά κριτήρια. Δηλαδή μπορεί να μην μπορεί να γίνει εισαγωγή λόγω του ότι ο ηλικιωμένος δεν παίρνει σύνταξη ή δεν έχει περιουσία. Διότι η σύνταξη του καταβάλλεται στο ίδρυμα, αποτελώντας ένα πρόσθετο οικονομικό πόρο. Η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων ειδικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, είναι μεγάλη.

Η δημιουργία νέων δομών περίθαλψης ηλικιωμένων δεν ευνοείται για τους εξής λόγους: Η αστάθεια του πολιτικού περιβάλλοντος με τις συχνές εκλογικές αναμετρήσεις και τις αλλαγές κυβερνήσεων οδηγούν σε συνεχή αλλαγή πολιτικής στάσης στην κοινωνική και οικονομική πολιτική. Επίσης δεν υπάρχουν κοινοτικά επιδοτούμενα ή επιχορηγούμενα προγράμματα, τα δε προγράμματα Ε.Σ.Π.Α. έχουν παγώσει. Δεν αναπτύσσονται πολιτικές επιδότησης της απασχόλησης, ενίσχυσης της επιχειρηματικότητας και δεν δίνονται κίνητρα αναπτυξιακά στον ιδιωτικό τομέα στο να δημιουργήσει νέες δομές ώστε να καλύψει τις ανάγκες που δημιουργούνται για την φροντίδα των ηλικιωμένων ανθρώπων.

Οι έλεγχοι για την νομιμότητα του αν πληρούνται οι προϋποθέσεις λειτουργίας και αν τηρούνται τα στάνταρ πρότυπα σε κάθε Μ.Φ.Η., είναι αραιοί και χαλαροί, με αποτέλεσμα να λειτουργούν πολλές επιχειρήσεις που να μην διαθέτουν άδεια λειτουργίας, με ελλείψεις στο απασχολούμενο προσωπικό και κακές συνθήκες διαβίωσης.

5.2 Οικονομικό περιβάλλον

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι οικονομικά αυτόνομες και δεν λαμβάνουν καμία επιδότηση από το κράτος. Επίσης κανένας ασφαλιστικός φορέας δημόσιος ή ιδιωτικός, δεν συμμετέχει στην δαπάνη διαμονής σε οίκο ευγηρίας, αν και αυτό θα στοίχιζε πολύ λιγότερο στο σύνολο της τελικής δαπάνης.

Η ύφεση της Ελληνικής οικονομίας, ειδικά από το 2011 και μετά, με την συνεχή μείωση των μισθών, των εισοδημάτων και των συντάξεων, την περικοπή των επιδομάτων βοήθειας, την υπέρμετρη φορολογική επιβάρυνση (άμεση και έμμεση φορολογία) και την υψηλή ανεργία, είναι κάποιοι από τους λόγους μείωσης της ζήτησης. Η τελευταία αλλαγή στο καθεστώς Φ.Π.Α. (Ιούλιος 2015) στην παροχή υπηρεσιών από οίκους ευγηρίας και η μετάταξη από το 13% στο 23%, και πολύ σύντομα στο 24%, δίνει την χαριστική βολή τόσο στις επιχειρήσεις του κλάδου, όσο και στους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους που δεν μπορούν να επωμιστούν αυτή την επιβάρυνση του 10% με 11%.

Στον κλάδο παρατηρείται καθυστέρηση στις εισπράξεις των μηνιαίων μισθωμάτων και μεγάλη αύξηση της επισφάλειας των πελατών. Η συνεχόμενη ζήτηση για μειωμένα μίσθια θα οδηγήσει σε υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών κάτι που θα έχει

επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αλλά και θα ωθήσει κάποιους να πάρουν τους ηλικιωμένους σπίτι τους, (με όλα τα αρνητικά που αυτό συνεπάγεται), προκειμένου να ενισχυθεί το οικογενειακό εισόδημα από την σύνταξη του.

5.3 Κοινωνικό περιβάλλον

Λόγω της αύξησης του προσδοκώμενου επιβίωσης, υπάρχουν όλο και περισσότεροι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι. Στην Ελλάδα πολλές οικογένειες επιχειρούν να φροντίσουν τους ηλικιωμένους ανθρώπους τους στο σπίτι, όμως νέοι παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο για τους παρακάτω λόγους:

Συχνά οι φροντιστές, μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ηλικιωμένων, είναι και αυτοί ηλικιωμένοι, σύζυγοι ή παιδιά, με τα δικά τους προβλήματα υγείας, που επιδεινώνονται από το βάρος της φροντίδας. Οι δε νεότεροι φροντιστές αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρόνου λόγω της πολύωρης εργασίας τους, ή και έλλειψης χώρου φιλοξενίας στα διαμερίσματα τους. Στους εργαζόμενους φροντιστές παρατηρείται συχνά μεγάλη κούραση από το διπλό βάρος δουλειάς και φροντίδας και πολλά ψυχολογικά προβλήματα έχουν τη ρίζα τους στη μακρόχρονη φροντίδα του ηλικιωμένου συγγενή. Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται, η καθημερινή φροντίδα του ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνιο νόσημα, δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση. Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι τεράστιο.

Άλλοι κοινωνικοί παράγοντες που είναι χρήσιμο να ληφθούν επίσης υπόψη είναι: Το έντονο μεταναστευτικό ρεύμα προς την Ελλάδα η οποία φιλοξενεί μεγάλο αριθμό οικονομικών μεταναστών χαμηλού κόστους εργασίας, από τις γείτονες χώρες (Αλβανία, Βουλγαρία, Γεωργία, Ουκρανία και πλέον και Συρία κ). Το μεταναστευτικό ρεύμα από την Ελλάδα προς το εξωτερικό λόγω της κρίσης, προς αναζήτηση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, με εξαγωγή των καλύτερων «μυαλών». Η επιρροή καταναλωτικών προτύπων και η έντονη αστικοποίηση της χώρας.

5.4 Τεχνολογικό περιβάλλον

Η χρήση επιβοηθητικών τεχνολογιών για την παροχή καλύτερης φροντίδας στους ηλικιωμένους είναι ένα ζήτημα που μελετάται αρκετά χρόνια (Elliot, 1991). Σήμερα η τεράστια εξάπλωση των τεχνολογιών πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών και η ευρύτατη διάδοση του ιντερνέτ, μπορούν να αξιοποιηθούν έτσι ώστε να προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες e-Health, στις επιχειρήσεις που τις εφαρμόζουν. Η ευρεία υιοθέτηση και εφαρμογή Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας, μπορεί να συνεισφέρει στην παράταση της διαβίωσης των ηλικιωμένων στην Κοινότητα, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και στην μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών τους. Επίσης τα συστήματα ποιότητας και ελέγχου μπορούν να είναι χρήσιμα εργαλεία στην λειτουργία μιας Μ.Φ.Η..

5.5 Δημογραφικό περιβάλλον

Με την αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων ατόμων θα αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας, που θα καταστήσει τα άτομα αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Η ηλικιακή πυραμίδα της Ελλάδας δείχνει ότι το δημογραφικό πρόβλημα είναι σοβαρό, διότι ελαττώνεται συνεχώς το ποσοστό των παιδιών και των ενηλίκων και αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής εμπεριέχει και αύξηση στα χρόνια επιβίωσης εξαρτημένων ατόμων από άλλα άτομα. Υπολογίζεται ότι το 25% των ηλικιωμένων άνω των 75 χρόνων, έχουν ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές τους δραστηριότητες καθώς και ότι περισσότερη ανάγκη φροντίδας αντιμετωπίζουν, οι ηλικιωμένοι των μεγάλων αστικών κέντρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Παράλληλα με την ανάλυση του ευρύτερου μακρο περιβάλλοντος, μια ολοκληρωμένη ανάλυση του ανταγωνιστικού μικρο περιβάλλοντος της επιχείρησης είναι χρήσιμη για τον προσδιορισμό και την διαμόρφωση άρτιας στρατηγικής. Η Porter ανάλυση ή αλλιώς υπόδειγμα 5 δυνάμεων, ή αλλιώς δομική ανάλυση του κλάδου (structural analysis of an industry), αναπτύχθηκε από τον καθηγητή του Harvard Business school, Michael Porter, και επιχειρεί την ανάλυση του ανταγωνιστικού μικρο περιβάλλοντος της επιχείρησης. Με άλλα λόγια επιχειρεί να προσδιορίσει την φύση του ανταγωνισμού στον κλάδο, μέσα από προσδιορισμό των παρακάτω δυνάμεων:

- Την απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων
- Τη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών της επιχείρησης
- Τη διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών της επιχείρησης
- Την απειλή από υποκατάστατα προϊόντα
- Την ένταση του ανταγωνισμού ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες επιχειρήσεις του κλάδου

Οι δυνάμεις αυτές προσδιορίζουν την ένταση και την φύση του ανταγωνισμού σε ένα κλάδο. Από την ανάλυση αυτών των δυνάμεων η επιχείρηση αποκτά γνώση εκείνων των βοηθητικών στοιχείων που θα την βοηθήσουν στο να χαράξει την στρατηγική της και να εκτιμήσει τη συνολική ελκυστικότητα του κλάδου. Μπορεί να προβλέψει τις αλλαγές του κλάδου ή να εντοπίσει ευκαιρίες που τυχόν της προσφέρονται να αλλάξει η ίδια τη δομή του κλάδου (Παπαδάκης, 2007).

6.1 Απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων στον κλάδο

Η είσοδος μίας επιχείρησης σε αυτόν τον κλάδο απαιτεί σημαντικά κεφάλαια για επενδύσεις, για την κατασκευή κτιρίου ή την μετασκευή υπαρχόντων κτιριακών εγκαταστάσεων ώστε να τηρούνται οι προδιαγραφές ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Φ.Η., αλλά και για την αγορά ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού που απαιτείται.

Το να μπει μία νέα επιχείρηση σε αυτό τον κλάδο δεν είναι κάτι εξαιρετικά δύσκολο θεσμικά. Όμως για την έκδοση άδειας λειτουργίας, πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένες κτιριακές απαιτήσεις και υπάρχουν πολλές γραφειοκρατικές διαδικασίες. Χρειάζεται να γίνουν λήψεις αδειών από φορείς όπως ή πολεοδομία, η πυροσβεστική, η Νομαρχία, ο Δήμος, η Εφορία, διαδικασίες που πρέπει να πληρούνται απόλυτες προδιαγραφές, ώστε να μπορεί να εκδοθούν οι αντίστοιχες άδειες. Με το ΦΕΚ 1136 (6-7-2015) ορίστηκε ότι για τις νέες άδειες λειτουργίας Μ.Φ.Η., η δυναμικότητα κάθε νέας Μονάδας δεν μπορεί να είναι κάτω από 10 κρεβάτια και να ξεπερνά τα 100 και έτσι μπήκε μία άνω τελεία στα σχέδια μεγάλων επιχειρηματικών ομιλών στον τομέα της Υγείας για ανάπτυξη στον συγκεκριμένο κλάδο.

Η τεχνογνωσία, η καλή γνώση του κλάδου και η καμπύλη εμπειρίας από επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται χρόνια στον κλάδο, παρέχουν σημαντικό πλεονέκτημα απέναντι στις νεοεισαχθείσες. Άλλωστε η εδραίωση του ονόματος και της καλής φήμης μίας μονάδας είναι μία διαδικασία που δομείται μέσα στο πέρασμα του χρόνου.

6.2 Διαπραγματευτική δύναμη προμηθευτών

Οι προμηθευτές σε αυτόν τον κλάδο είναι πολλοί και αφορούν την προμήθεια τροφίμων, απορρυπαντικών, υλικών απολύμανσης, φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, αναλωσίμων και ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού. Προμηθευτές μπορούν να θεωρηθούν και το catering για την τροφοδοσία φαγητού και τα συνεργεία καθαρισμού. Ο αριθμός των προμηθευτών είναι μεγάλος, η διαφοροποίηση των προϊόντων τους δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην λειτουργία των επιχειρήσεων του κλάδου, η δυνατότητα υποκατάστασης των προϊόντων τους είναι υψηλή (αντί για αγορά τροφίμων και μαγείρεμα στην κουζίνα της μονάδας, αγορά έτοιμου φαγητού) και η δυνατότητα κάθετης ολοκλήρωσης των προμηθευτών προς τα εμπρός είναι πολύ μικρή. Στους

προμηθευτές συμπεριλαμβάνεται και το προσωπικό που απασχολείται στις μονάδες και η προσφορά ειδικά βοηθητικού προσωπικού είναι μεγάλη και ως εκ τούτου είναι ανύπαρκτη η διαπραγματευτική τους δύναμη.

6.3 Διαπραγματευτική δύναμη αγοραστών

Το μέγεθος των αγοραστών είναι υπολογίσιμο διότι σε μηνιαία βάση καταβάλλεται ένα σημαντικό χρηματικό ποσό που μπορεί να περιλαμβάνει την σύνταξη του ηλικιωμένου αλλά να χρειάζεται να συμπληρώσει το οικείο περιβάλλον του κάποιο ποσό. Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών είναι ισχυρή και ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικής κρίσης, διότι μπορούν να πιέσουν τις επιχειρήσεις του κλάδου για μειώσεις τιμών. Το ερώτημα του αν θα μπορούσαν να απαιτήσουν καλύτερη ποιότητα με τις ίδιες τιμές, απαντάται με το ότι συνήθως προβαίνουν σε νέα έρευνα αγοράς, αναζητώντας κάποια άλλη μονάδα οικονομικότερη ώστε να μεταφερθεί ο ηλικιωμένος. Το συγκεκριμένο προϊόν-υπηρεσία, αντιπροσωπεύει μεγάλο μέρος του οικογενειακού προϋπολογισμού και υπάρχει μεγάλη ευαισθησία των αγοραστών στην τιμή. Ιδιαίτερα δε εν έτη 2016, με όγδοη συνεχόμενη χρονιά οικονομικής κρίσης, αυξάνονται οι πιέσεις για χαμηλότερα μηνιαία μίσθια.

6.4 Απειλή από υποκατάστατα προϊόντα

Ως υποκατάστατο μπορεί να θεωρηθεί η παροχή φροντίδας ηλικιωμένου στο σπίτι από οικιακούς έμμισθους φροντιστές, οι μονάδες του Δημοσίου Τομέα, οι μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και η φροντίδα στο σπίτι που παρέχεται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και από τα Κ.Α.Π.Η.. Σε ότι αφορά την απασχόληση οικιακού φροντιστή το τελικό κόστος μιας τέτοιας επιλογής είναι συχνά πιο υψηλό, αν στον υπολογισμό που θα γίνει, υπολογιστούν ο μηνιαίος μισθός του φροντιστή, το κόστος τροφίμων και απορρυπαντικών, το κόστος ηλεκτροδότησης, ύδρευσης, τηλεφώνου, συντήρησης, το ενοίκιο, το πετρέλαιο, τα αναλώσιμα που χρειάζονται (γάντια, υποσέντονα, πάνες κα), το κόστος επίσκεψης ιατρών, συν τα διάφορα μικροέξοδα που προκύπτουν.

Τα Δημόσια γηροκομεία και τα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ελάχιστα απορροφούν πελάτες από τις Μ.Φ.Η. αν υπολογίσουμε ότι εξυπηρετούν ανθρώπους που

έτσι και αλλιώς τα εισοδήματά τους δεν θα επαρκούσαν για την πληρωμή του μηνιαίου μισθώματος παραμονής σε μία Ιδιωτική Μονάδα. Τα προγράμματα που παρέχουν Βοήθεια στο σπίτι δεν περιλαμβάνουν ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών μέσα στο 24 ωρο του ηλικιωμένου.

6.5 Ανταγωνισμός ανάμεσα σε υπάρχουσες επιχειρήσεις του κλάδου

Στη συγκεκριμένη αγορά αυξάνεται γρήγορα ο αριθμός των νέων καταναλωτών και έτσι έως και πριν λίγα χρόνια, δεν ήταν απόλυτα απαραίτητο για την ανάπτυξη μίας μονάδας, η προσέλκυση πελατών άλλων επιχειρήσεων. Όμως με την οικονομική κρίση και την έλλειψη ανάπτυξης, ο ανταγωνισμός έγινε εντονότερος και οι επιχειρήσεις του κλάδου άρχισαν να καταφεύγουν σε πολέμους τιμών. Τα σταθερά κόστη (ενοίκια, κόστη θέρμανσης, ύδρευσης κοκ) και οι μισθολογικές δαπάνες προσωπικού και ασφαλιστικών φορέων παραμένουν υψηλά, παρά τις μειώσεις ή τους διακανονισμούς που μπορεί να έχουν γίνει. Για να επιτευχθεί μεγαλύτερος καταμερισμός τους πρέπει να λειτουργούν οι μονάδες με μεγάλες πληρότητες ώστε να επωφελούνται από τις οικονομίες κλίμακας. Η επιθυμία κάθε επιχείρησης να αυξήσει το μερίδιο αγοράς της, αυξάνει τις δαπάνες για διαφήμιση και τις προωθητικές ενέργειες. Η δε εξαγορά ανταγωνιστικής επιχείρησης ακόμα και τώρα απαιτεί εξαιρετικά μεγάλα κεφάλαια.

Σοβαρό κριτήριο ανταγωνισμού είναι και η εμπειρία και οι ικανότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η φήμη που έχει αποκτήσει η κάθε μονάδα. Τα εμπόδια εξόδου από τον κλάδο τόσο τα χρηματικά όσο και τα συναισθηματικά είναι υψηλά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ- ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

7.1 Περιγραφή της εταιρείας

Η Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων Μαρέπη, ξεκίνησε την λειτουργία της ως οικογενειακή επιχείρηση, το 1987 στην Νίκαια. Η ψυχή και ο εμπνευστής αυτού του εγχειρήματος υπήρξε η Άννα Τσεβά η οποία ως απόφοιτη της σχολής αδελφών νοσοκόμων του Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου, κατείχε την βασική τεχνογνωσία περιποίησης ασθενών και διαχείρισης ατόμων περιορισμένης κινητικότητας, την οποία εφάρμοσε στην εταιρία, ενόσω ο πατέρας της οικογένειας Άγγελος Σαχιτζής είχε ήδη αναπτύξει έντονη επιχειρηματική δραστηριότητα σε άλλους επιχειρηματικούς κλάδους. Στο πέρασμα των χρόνων τα εταιρικά μερίδια και η διεύθυνση πέρασε στα χέρια των δυο παιδιών της οικογένειας, όπου συνεχίζει και παραμένει.

Η εταιρική της μορφή είναι Εταιρία Περιορισμένης Ευθύνης (ΕΠΕ), το μέγεθος της την κατατάσσει στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις (με λιγότερους από 50 εργαζόμενους) και ανήκει στον τεταρτογενή τομέα παραγωγής, που ανήκουν οι υπηρεσίες. Είναι ιδιωτικών συμφερόντων και επιδιώκει την πραγματοποίηση κέρδους από την παροχή υπηρεσιών. Καθ όλη την διάρκεια της λειτουργίας της η επιχείρηση είχε ανοδική πορεία εσόδων και κερδοφορίας, μάρτυρας των οποίων είναι το γεγονός ότι το 1998 ανήγειρε με ίδια κεφάλαια, πολυώροφο κτίριο 2000 τμ, προκειμένου να στεγάσει τις δραστηριότητες της επί της οδού Καρβάλης 6, στην Νίκαια, όπου και μετέφερε την έδρα της. Το νέο κτίριο ενσωμάτωσε την εμπειρία που είχε ήδη αποκτηθεί για το ποιες είναι οι πραγματικές κτιριακές ανάγκες μιας τέτοιας επιχείρησης. Στόχος ήταν η δημιουργία χώρων λειτουργικών και άνετων που να καλύπτουν τις ανάγκες των φιλοξενούμενων ηλικιωμένων.

Παρά τις οικονομικές δυσκολίες που παρατηρούνται στην αγορά, το Μαρέπη βρίσκεται στις πρώτες θέσεις προτίμησης από τις ενδιαφερόμενες ομάδες και λειτουργεί στο μέγιστο της δυναμικότητας του. Η δυναμικότητα της μονάδας είναι για φιλοξενία 50 ατόμων. Εστιάζει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα με ειδικές ανάγκες παρέχοντας εξατομικευμένη φροντίδα.

7.2 Σκοπός-Αποστολή- Όραμα-Φιλοσοφία

Σύμφωνα με το καταστατικό της επιχείρησης ο σκοπός του Μαρέπη είναι: η ίδρυση, η λειτουργία και εκμετάλλευση οικοτροφείων ηλικιωμένων και γηριατρικών ξενόνων παρέχοντας υπηρεσίες σε ηλικιωμένους αυτοεξυπηρετούμενους και μη, και ιδιαίτερα σε άτομα πάσχοντα από άνοια και νόσο Alzheimer. Η αποστολή, το όραμα και η φιλοσοφία της εταιρείας, όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα της είναι:

“Αποστολή μας είναι να παρέχουμε βοήθεια στον ηλικιωμένο άνθρωπο στο να αναλάβει εκείνες τις δραστηριότητες που συντελούν στην υγεία του ή την αποκατάσταση της, τις οποίες θα πραγματοποιούσε χωρίς βοήθεια εάν διέθετε την απαραίτητη γνώση, δύναμη ή θέληση. Είναι η παροχή υψηλού επιπέδου εξατομικευμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών, νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης της υγείας κάθε ενοίκου, έτσι ώστε να απολαμβάνει ασφάλεια και υψηλή ποιότητα ζωής σε σύγχρονες πολυτελείς εγκαταστάσεις”.

“Στόχος μας είναι το όνομα μας να γίνει συνώνυμο της ποιοτικής και αποτελεσματικής εξατομικευμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους και να αποτελεί την πρώτη επιλογή για την λήψη αντίστοιχων υπηρεσιών. Προσπαθούμε να βελτιώσουμε την αποτελεσματικότητα της οργανωτικής μας δομής, συνεχίζοντας να παρέχουμε συνεχώς αυξανόμενη αξία προς τους πελάτες μας. Στοχεύουμε να δημιουργήσουμε ένα προκλητικό παραγωγικό περιβάλλον εργασίας. Επιθυμούμε να διατηρήσουμε την ηγετική μας θέση στην αγορά”.

“Την φιλοσοφία μας διαπνέει ο σεβασμός στην αξία αξιοπρέπεια και ατομικότητα. Επιδιώκουμε να παρέχουμε ανθρωπιστική φροντίδα με κοινωνική υπευθυνότητα και με γνώμονα την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Είμαστε ανοικτοί, ειλικρινείς και αξιόπιστοι. Αγκαλιάζουμε νέες ιδέες και σκέψεις για να βελτιωθούμε. Βασική μας προτεραιότητα είναι η ασφάλεια και η υγιεινή όσων διαμένουν και εργάζονται στους χώρους μας”.

7.3 Τρόπος οργάνωσης και Διοίκησης της μονάδας

Στο Μαρέπη συνυπάρχουν δύο μορφές οργάνωσης, η τυπική και η άτυπη.

Η τυπική οργάνωση απεικονίζεται στο οργανόγραμμα, στον κανονισμό εργασίας και στις περιγραφές των θέσεων εργασίας. Κατά την πρόσληψη παραδίδεται στον κάθε εργαζόμενο, ανάλογα με την θέση που θα απασχοληθεί, αναλυτικά η περιγραφή των υποχρεώσεων του, αλλά και υλικό που παρέχει διευκρινήσεις για το πώς μπορεί να αντιμετωπίσει διάφορα θέματα που μπορεί να προκύψουν την ώρα της δουλειάς.

Η άτυπη οργάνωση αναφέρεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των εργαζομένων. Μέσα στην επιχείρηση έχουν αναπτυχθεί οριζόντιες άτυπες ομάδες που περιλαμβάνουν εργαζόμενους που ανήκουν στο ίδιο επίπεδο ιεραρχίας. Έτσι επιτυγχάνεται η άμεση μεταβίβαση των πληροφοριών, η καλύτερη συνοχή της ομάδας και η καλή ποιότητα στην επικοινωνία. Η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων ικανοποιεί τις ανάγκες τους για κοινωνική αλληλεπίδραση και τα βοηθά να κάνουν καλύτερα την δουλειά τους. Χρησιμοποιώντας την ευκολία που δίνει η χρήση των κοινωνικών δικτύων, έχει δημιουργηθεί ένα κλειστό group στο Facebook που αποτελείται μόνο από όσα άτομα απασχολούνται στο Μαρέπη, στο οποίο αναρτούνται άρθρα, δημοσιεύματα και βίντεο σχετικά όχι με την φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά και με θέματα κοινωνικού περιεχομένου. Έτσι ενισχύεται η επικοινωνία, γίνεται πιο άμεση, λειτουργεί διαδραστικά, διαχέεται πιο γρήγορα και συνδέει τα άτομα της ομάδας.

Ο τρόπος διοίκησης είναι αποκεντρωτικός και ξεκινά από την παραδοχή ότι το προσωπικό είναι ικανό για αυτοκαθοδήγηση και συνεπώς άξιο εμπιστοσύνης.

7.4 Οργανόγραμμα και τμήματα εργαζομένων

Η ομαδοποίηση των θέσεων εργασίας βασίζεται στο κριτήριο της λειτουργίας. Το εσωτερικό περιβάλλον οργανώνεται βάση των λειτουργιών και η ανάπτυξη του οργανογράμματος γίνεται προς τα κάτω. Η οργανωτική δομή είναι βασισμένη περισσότερο στις λειτουργίες, ώστε να υπάρχει ευελιξία, αλλά και για λόγους εξοικονόμησης κόστους. Έτσι επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα λόγω εξειδίκευσης συναφών ικανοτήτων και καλύτερος συντονισμός εντός λειτουργίας. Η δομή είναι πεπλατυσμένη με λίγα ιεραρχικά επίπεδα και μεγάλο εύρος ελέγχου (Σαλαβού & Κυριακίδου, 2010).



Γράφημα 7.4.1: Οργανόγραμμα επιχείρησης

Το προσωπικό διακρίνεται σε Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Βοηθητικό, Υποστηρικτικό και πιο αναλυτικά έχει ως εξής: Απασχολούνται σε μόνιμη βάση 3 άτομα στο λογιστήριο και την γραμματεία, 3 ιατροί, 1 διευθύνουσα νοσηλευτικής, 7 νοσηλευτές και 5 βοηθοί νοσηλευτών, 1 κοινωνικός λειτουργός, 1 Καθηγήτρια Φυσικής Ειδικής Αγωγής, 1 Φυσιοθεραπευτής, 1 βοηθός μάγειρα, 1 τραπεζοκόμος, 3 καθαρίστριες, 1 πλυντήρια και 1 συντηρητής κτιρίου.

7.4.1 Διοικητικό προσωπικό

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται ο Διευθυντής της μονάδας ο οποίος συντονίζει και εποπτεύει την επιχείρηση. Συμμετέχει στο εταιρικό σχήμα και είναι ο νόμιμος διαχειριστής. Φροντίζει για την ανάπτυξη, τον προγραμματισμό και την υλοποίηση μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων σχετικών με τη λειτουργία της και ελέγχει τα υπόλοιπα τμήματα. Συμμετέχει σε συμβούλια με τους εταίρους, τους νομικούς και οικονομικούς συμβούλους της εταιρείας και ελέγχεται από τους εταίρους. Αναφερόμενοι στον κατάλογο των καθηκόντων του Διευθυντή της Μονάδας θα λέγαμε ότι:

Ο Διευθυντής συντάσσει εκθέσεις και προϋπολογισμούς για τα οικονομικά μεγέθη και τα αποτελέσματα της μονάδας. Προγραμματίζει, συντονίζει και εποπτεύει το ανθρώπινο δυναμικό. Ενημερώνει τα τμήματα με τα οποία συνεργάζεται για την πορεία της επιχείρησης. Φροντίζει να τηρούνται οι προδιαγραφές παροχής των υπηρεσιών, της υγιεινής και της ασφάλειας, της τήρησης αρχείου πληροφοριών και ιατρικού φακέλου των ενοίκων. Ενημερώνει τους ενδιαφερόμενους πελάτες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη διαδικασία και τις προϋποθέσεις εισαγωγής στην Μονάδα καθώς και για τις οικονομικές υποχρεώσεις τους. Ελέγχει τη διαθεσιμότητα των κλινών με βάση την περιγραφή του περιστατικού, τις προτιμήσεις της οικογένειας και σε συνεργασία με την προϊσταμένη επιλέγεται το δωμάτιο. Επιλύει προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη λειτουργία της επιχείρησης. Τέλος φροντίζει για τις προωθητικές ενέργειες που αφορούν την επιχείρηση, διαφήμιση, έντυπα, κάρτες, χορηγίες, επαφή με οργανώσεις.

7.4.2 Ιατρικό προσωπικό

Υπεύθυνος ιατρός του Μαρέπη είναι ένας γενικός ιατρός, ο οποίος παρακολουθεί συνολικά την κατάσταση της υγείας των ενοίκων, ρυθμίζει την φαρμακευτική τους αγωγή και συνεργάζεται με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων ή των θεραπόντων ιατρών που έχουν οι ηλικιωμένοι. Οι ειδικότητες των λοιπών ιατρών που εφημερεύουν είναι: νευρολόγος και παθολόγος και έχουν καθημερινή, εναλλάξ εξάωρη απασχόληση. Με την ιατρική ομάδα συνεργάζονται ιατροί και άλλων ειδικοτήτων που πιθανόν να χρειαστεί να εξετάσουν τον ηλικιωμένο ώστε να καλύψουν πιο ειδικά προβλήματα υγείας. (πχ πνευμονολόγος, καρδιολόγος, ουρολόγος, αγγειολόγος, κα)



Γράφημα 7.4.2: Δομή ιατρικής υπηρεσίας

7.4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συνολικά 13 άτομα και δουλεύουν σε 3 οκτάωρες βάρδιες. Πιο αναλυτικά είναι, μια διευθύνουσα προϊσταμένη η οποία έχει την επίβλεψη και τον συντονισμό σε επτά νοσηλεύτριες απόφοιτες Τ.Ε.Ι. και πέντε βοηθούς νοσηλευτών, απόφοιτες Σχολών διетуός φοίτησης. Η προϊσταμένη συνεργάζεται με τους ιατρούς και φροντίζει για την τήρηση των οδηγιών που δίνουν καθώς και για την φαρμακευτική αγωγή που θα λάβουν οι ηλικιωμένοι.



Γράφημα 7.4.3: Δομή νοσηλευτικής υπηρεσίας

7.4.4 Επιστημονικό προσωπικό και εξωτερικοί συνεργάτες

Ο Νομικός Σύμβουλος βρίσκεται πάντα στην διάθεση της επιχείρησης ώστε να παρέχει συμβουλές για ότι μπορεί να προκύψει που αφορά νομική απορία, διευθέτηση ή πρόνοια και συνεργάζεται με τον Διευθυντή, τους εταίρους και τον Υπεύθυνο του Λογιστηρίου. Τον γενικό έλεγχο του λογιστηρίου έχει αναλάβει λογιστικό γραφείο που καθοδηγεί τον βοηθό λογιστή που απασχολείται μόνιμα στην επιχείρηση. Ο αρχιλογιστής συνεργάζεται και ενημερώνει συνεχώς τον Διευθυντή της Μονάδας για τις αλλαγές που προκύπτουν στο συνεχώς μεταβαλλόμενο φορολογικό περιβάλλον της Ελλάδας, παρέχοντας του τα απαραίτητα οικονομικά στοιχεία για την εκτίμηση της οικονομικής θέσης της επιχείρησης.

Ο Διαιτολόγος-Διατροφολόγος καθορίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα φαγητού και τα ιδιαίτερα διαιτολόγια που θα δοθούν, λαμβάνοντας υπόψη του τις οδηγίες των ιατρών, αλλά και τις ιδιαιτερότητες που μπορεί να έχει ο ηλικιωμένος.

Η Κοινωνική Λειτουργός απασχολείται με δίωρη απασχόληση, τρεις φορές την εβδομάδα. Έχει πρόσβαση στο ηλεκτρονικό φάκελο του ενοίκου και γνωρίζει όλα όσα αφορούν την ειδικότητα της. Ενημερώνεται για όλες τις νέες εισαγωγές, συζητά και συνεργάζεται με τους συγγενείς για τον τρόπο ένταξης και την πορεία του ηλικιωμένου στη Μ.Φ.Η.. Επίσης εκπονεί ομαδικό πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης με στόχο την νοητική ενδυνάμωση των ηλικιωμένων μέσα από δραστηριότητες όπως η ζωγραφική, οι κατασκευές, το τραγούδι, οι γρίφοι, τα επιτραπέζια παιχνίδια και τα παιχνίδια μνήμης.

Γυμνάστρια ειδικής αγωγής εκπονεί δύο φορές την εβδομάδα, ομαδικό πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης, με ασκήσεις ισορροπίας και προσαρμοσμένης αερόβιας άσκησης (με μπάλες, σχοινάκια, βαράκια), όχι μόνο για να απασχολήσει τους ενοίκους, αλλά και για να τους κινητοποιήσει με στόχο την βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης. Ο Φυσικοθεραπευτής έχει δίωρη ημερήσια απασχόληση και κάνει εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα με ασκήσεις βάδισης, ή χαλάρωσης ή καρδιοαναπνευστικές ή ότι ανάλογα μπορεί να έχει ζητηθεί από τους θεράποντες ιατρούς του ενοίκου.

Στόχοι τόσο της γυμναστικής όσο και της φυσικοθεραπείας είναι μέσα από την ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας του ηλικιωμένου, η διατήρηση όσο είναι δυνατό της αυτονομίας του, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, της λειτουργικότητας του και της θεραπευτικής του αποκατάστασης.

7.4.5 Βοηθητικό προσωπικό

Η δουλειά που προσφέρει το βοηθητικό προσωπικό παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσίας. Είναι οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που αν δεν γίνουν σωστά, δεν μπορεί να ολοκληρωθεί η προσφορά υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων. Στο βοηθητικό προσωπικό ανήκει, ο βοηθός μάγειρα, η τραπεζοκόμος, το προσωπικό καθαριότητας, η πλύντρια και ο συντηρητής κτιρίου.

Στα θέματα που αφορούν την διατροφή, όπως ήδη αναφέρθηκε υπάρχει καθορισμένο διαιτολόγιο εβδομαδιαίο το οποίο προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες που έχει ο κάθε ηλικιωμένος. Κατά την εισαγωγή στην λεπτομερή ενημέρωση που γίνεται, μας γνωστοποιείται το ποιες τροφές δεν επιτρέπεται να προσλάβει, καθώς και τι δεν του αρέσει, ώστε να μεριμνήσει η κουζίνα να προετοιμάσει κάτι διαφορετικό από το μενού της ημέρας. Τα φαγητά έρχονται μαγειρεμένα από το catering δύο φορές την εβδομάδα και παραμένουν στο ψυγείο. Η βοηθός μάγειρα φροντίζει βάση των οδηγιών που έχουν δοθεί από το catering, να αναθερμάνει τα φαγητά και να προετοιμάσει τις γαρνιτούρες και τα επιδόρπια, όπως το ρύζι, τις σαλάτες. Η βοηθός μάγειρα προετοιμάζει την διανομή ανά όροφο και η τραπεζοκόμος μοιράζει το φαγητό, ανάλογα σε κάθε ηλικιωμένο με τις οδηγίες που έχει.

Το προσωπικό καθαριότητας ασχολείται με το να διατηρούνται οι κοινόχρηστοι χώροι, οι βεράντες και τα δωμάτια καθαρά. Απομακρύνει τον ακάθαρτο ιματισμό από ειδικά τοποθετημένες χοάνες που υπάρχουν σε κάθε όροφο καθώς και τα απορρίμματα.

Η πλύντρια συλλέγει και ξεχωρίζει τον ρουχισμό των ηλικιωμένων από τον ιματισμό(σεντόνια, κουβέρτες, πετσέτες). Βάζει πλυντήρια, απλώνει και βάζει στεγνωτήριο, σιδερώνει και μοιράζει τον έτοιμο ιματισμό στους ορόφους. Επίσης είναι υπεύθυνη για την τακτοποίηση της ιματιοθήκης. Στην ιματιοθήκη αποθηκεύεται ο χειμερινός ή ο καλοκαιρινός ρουχισμός και ιματισμός.

Ο συντηρητής του κτιρίου ασχολείται στο να επισκευάζει, επιδιορθώνει και να συντηρεί. Επισκευάζει μικροβλάβες που προκύπτουν στα ηλεκτρολογικά και υδραυλικά, συντηρεί μηχανήματα και δίκτυα αποχετευτικά, κάνει βαψίματα και μεταφορές όταν χρειαστεί. Παραλαμβάνει τις προμήθειες, τις τακτοποιεί και ανεφοδιάζει τα αντίστοιχα τμήματα με ότι χρειάζονται.

7.5 Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι

Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο σε κάθε επιχείρηση. Στις υπηρεσίες υγείας υπάρχει η ανάγκη της αξιοποίησης, της ανάπτυξης και της υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και απαιτείται η άριστη συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού. Η επιχείρηση δίνει έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα. Στόχος της είναι οι εργαζόμενοι να έχουν συγκεκριμένες και οριοθετημένες αρμοδιότητες, να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση, να ενθαρρύνονται για τα επιτεύγματα τους και να επιβραβεύονται για το έργο τους, ώστε να μπορούν να συνεργάζονται αρμονικά.

Στις μονάδες που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, “πελάτες” δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, που κάθε φορά αποτελούν μέρος της σχέσης παραγωγού και χρήστη. Κατανοώντας οι εργαζόμενοι τις ανάγκες των εσωτερικών “πελατών” διευκολύνεται η διαδικασία βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν. Οι στόχοι του οργανισμού θα πρέπει να είναι και στόχοι των εργαζομένων για απόδοση ποιοτικού έργου.

Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς αρμοδιότητάς τους, στοχεύει προς αυτή την κατεύθυνση. Η ανάπτυξη του προσωπικού ακολουθεί την εκπαίδευση σε σημείο που ο οργανισμός επωφελείται από τις ανάγκες των εργαζομένων για επιτεύγματα. Η ανάληψη πρωτοβουλιών υποστηρίζεται, επιδιώκεται και δεν διώκεται. Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιλύουν ομαδικά τα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα. Αναγνωρίζεται η προσφορά τους και δημιουργείται η αίσθηση σημαντικότητας του έργου τους, στοιχείο που οδηγεί σε ανύψωση του ηθικού των εργαζομένων αναβαθμίζοντας την ποιότητα της εργασίας τους μέσω μιας πολιτικής κινήτρων. Η μέριμνα από την πλευρά της επιχείρησης για την ικανοποίηση των φιλοδοξιών και των αναγκών των εργαζομένων οφείλει να είναι διαρκής.

7.6 Περιγραφή των πελατών

Το Μαρέπη είναι ένα κέντρο φιλοξενίας Ηλικιωμένων τρίτης και τέταρτης ηλικίας που παρέχει φροντίδα νοσηλευτική και ιατρική και πελάτες της είναι: άτομα αυτοεξυπηρετούμενα με καλή επικοινωνία που έχουν την δυνατότητα εφόσον το επιθυμούν οι ίδιοι ή οι συγγενείς τους να εξέρχονται για μικρά η μεγάλα χρονικά διαστήματα. Άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα με χρόνιες παθήσεις, όπως Alzheimer, Parkinson και άνοια. Άτομα με ειδικές ανάγκες και προβλήματα κινητικότητας, που χρίζουν ιδιαίτερης φροντίδας και παρακολούθησης. Ηλικιωμένοι που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή της αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικά επεισόδια, από διάφορες ορθοπεδικές επεμβάσεις η άλλου είδους εγχειρήσεις καθώς και άτομα που έχουν απώλεια μνήμης ή πάσχουν από κατάθλιψη ή από μελαγχολία. Η επιλογή του δωματίου που θα διαμείνει ο ηλικιωμένος γίνεται μετά από εκτίμηση παραμέτρων όπως το επίπεδο επικοινωνίας, το αν είναι ανήσυχος και πόσο, αν χρειάζεται αυξημένη φροντίδα ή επίβλεψη, αλλά και από την διαθεσιμότητα την συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

7.7 Περιγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών

Η ιατρική παρακολούθηση όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι καθημερινή και εκτός του ότι εξυπηρετεί τον ουσιαστικό προφανή λόγο της συστηματικής παρακολούθησης των ηλικιωμένων, η συνεχής παρουσία των ιατρών τους κάνει να νιώθουν πολύ ασφαλείς. Ο εφημερεύων ιατρός εκτιμά την κλινική εικόνα του ενοίκου, φροντίζει για τον προγραμματισμό των εξετάσεων που χρειάζεται να κάνει, ρυθμίζει την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, ενημερώνει το οικείο περιβάλλον για οιαδήποτε διαφοροποίηση της κλινικής του κατάστασης και επικαιροποιεί το ατομικό του αναμνηστικό.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει, την παρακολούθηση της κλινικής του εικόνας, την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής, την μέτρηση των ζωτικών λειτουργιών, μικρές νοσηλευτικές πράξεις, την φροντίδα για ατομική υγιεινή, για αλλαγή ρουχισμού και ιματισμού, την παρακολούθηση του εάν έφαγε και τι και αν χρειάζεται να ταϊστεί., την υποκίνηση για δραστηριοποίηση και το νοιάξιμο με τον σεβασμό που απαιτείται να επιδεικνύεται. Εφόσον ο ηλικιωμένος μπορεί να μετακινηθεί, του σερβίρεται το φαγητό στην σαλοτραπεζαρία που βρίσκεται στον 4^ο

όροφο, ενώ αν δεν μπορεί να μετακινηθεί, μπορεί να φάει στο δωμάτιο του σε ειδικά τραπεζάκια φαγητού που προσαρμόζονται στην πολυθρόνα ή στο κρεβάτι του.

Στις δραστηριότητες της δημιουργικής απασχόλησης και της ενδυνάμωσης συμμετέχουν άτομα ανάλογα με το αν πληρούν βασικά κριτήρια να ενταχθούν και να ενσωματωθούν με τις υπάρχουσες ομάδες εργασίας. Την επιλογή και την απόφαση του ποιος και πόσο μπορεί να συμμετάσχει την λαμβάνουν η κοινωνική λειτουργός με την γυμνάστρια. Το πρόγραμμα της νοητικής ενδυνάμωσης έχει ως στόχο να βοηθήσει τους ηλικιωμένους με Άνοια, να βελτιώσουν τις γνωστικές τους λειτουργίες, την ποιότητα ζωής τους και ταυτόχρονα να κοινωνικοποιηθούν και να διασκεδάσουν. Η απασχόληση που αφορά τις κατασκευές προσαρμόζεται ανάλογα με την εποχή. Μερικά παραδείγματα είναι το Πάσχα, όπου οι ομάδες εργασίας των ηλικιωμένων φτιάχνουν λαμπάδες, πλάθουν κουλουράκια βάφουν αυγά, τα Χριστούγεννα κατασκευάζουν με ζυμάρι και διάφορα άλλα υλικά τα στολίδια για το δέντρο, τις Απόκριες φτιάχνουν τα καπέλα και τις μάσκες που θα φορέσουν στο αποκριάτικο πάρτι, την Πρωτομαγιά κατασκευάζουν Μαγιάτικα στεφάνια.

Η Γυμναστική στοχεύει σε οφέλη που είναι η βελτίωση της ψυχολογίας, της γνωστικής λειτουργίας, του νευρομυϊκού συντονισμού και εν γένει έχει ως στόχο την διατήρηση ενός καλού μυοσκελετικού συστήματος και σωστού σωματικού βάρους. Χρησιμοποιούνται βαράκια, σχοινάκια, κορδέλες και μπαλίτσες και οι ηλικιωμένοι σε κύκλο, γύρω από την γυμνάστρια, εκπονούν τις ασκήσεις που τους ζητούνται, σε ποσοστό ανάλογο των δυνατοτήτων που έχουν. Έρευνες δείχνουν ότι η άσκηση σε ηλικιωμένους με Άνοια προστατεύει τον εγκέφαλο βελτιώνοντας την παροχή αίματος και οξυγόνου, αυξάνοντας το μεταβολισμό του και επιβραδύνοντας έτσι την εξέλιξη της νόσου. Το πρόγραμμα των ασκήσεων που πραγματοποιούνται έχει σαν αποτέλεσμα, να βελτιώσει την αντοχή, την καρδιοαναπνευστική και κυκλοφορική λειτουργία, την ευλυγισία, τη δύναμη, την ισορροπία και το γνωστικό τους επίπεδο σε συνδυασμό με πολλαπλά εξωτερικά ερεθίσματα. Οι ηλικιωμένοι φεύγουν από τη μονοτονία του δωματίου τους και γεμίζουν την καθημερινότητά τους με δραστηριότητες που τους αλλάζουν την ψυχολογία και ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής τους.

Όσοι ηλικιωμένοι επιθυμούν να εκκλησιαστούν, μπορούν είτε να μεταφερθούν στην εκκλησία της ενορίας είτε να παρακολουθήσουν την λειτουργία που γίνεται κάθε τελευταία Πέμπτη στους χώρους του Μαρέπη και να κοινωνήσουν. Με αφορμή εορτές όπως τα Χριστούγεννα, η Πρωτοχρονιά, οι Απόκριες αλλά και ενδιάμεσα, γίνονται

εκδηλώσεις με χορό και τραγούδι, παραστάσεις Καραγκιόζη και δρώμενα που βασίζονται περισσότερο στο παιχνίδι.

Επιπρόσθετα η μονάδα μπορεί να αναλάβει την συνταγογράφηση και προμήθεια των φαρμάκων ή και του νοσοκομειακού υλικού που χρειάζεται ο ηλικιωμένος, την παροχή αεροστρώματος για πρόληψη κατάκλισης. Επιπρόσθετες υπηρεσίες που παρέχονται εφόσον ζητηθούν είναι: υπηρεσίες στεγνοκαθαριστηρίου, διανομή έντυπου τύπου, υπηρεσίες καλλωπισμού (κομμωτήριο, manicure, pedicure), συνοδεία σε νοσοκομείο, χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, μεταφορά με ιδιωτικά ασθενοφόρα.

Μικροβιολογικές εξετάσεις γίνονται χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθεί ο ένοικος, με ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο που κάνει τις αιμοληψίες. Μπορούν στον χώρο να γίνουν και ακτινογραφίες με κινητή ακτινολογική μονάδα ψηφιακής ανάλυσης και υπέρηχοι με φορητό υπερηχοτομογράφο.

7.8 Περιγραφή των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού

Το κτίριο που στεγάζεται η επιχείρηση έχει κεντρική θέρμανση με καλοριφέρ καθώς και μεμονωμένα air condition ψύξης, θέρμανσης, σε όλα τα δωμάτια και τους κοινόχρηστους χώρους. Όλα τα μπάνια και τα WC είναι σχεδιασμένα για εύκολη πρόσβαση και χρήση από άτομα με ειδικές ανάγκες, όπως οι ηλικιωμένοι (χειρολαβές, ειδικοί καθρέπτες κα) και υπάρχει άφθονο ζεστό νερό όλο το 24ωρο. Η μετακίνηση εντός του κτιρίου και κατά την είσοδο σε αυτό, είναι φιλική σε χρήση αναπηρικού καροτσιού. Υπάρχουν δύο ανελκυστήρες υδραυλικοί, ο μεγάλος που μπορεί να δεχτεί μέσα φορείο μεταφοράς ασθενούς και είναι 15 ατόμων και ο μικρός βοηθητικός ανελκυστήρας προσωπικού που είναι 4 ατόμων.

Μεταξύ των ορόφων υπάρχουν προστατευτικές πόρτες για την αποφυγή πτώσης από τις σκάλες του κλιμακοστασίου. Τα δάπεδα είναι αντιμικροβιακά, ειδικού τύπου που χρησιμοποιούνται μόνο σε νοσοκομειακούς χώρους. Υπάρχει σύγχρονο σύστημα πυρανίχνευσης και αυτόματης κατάσβεσης σε όλα τα δωμάτια και τους κοινόχρηστους χώρους, πυράντοχες πόρτες και ειδικό σύστημα κατάσβεσης στους χώρους της κουζίνας.

Όλα τα δωμάτια έχουν δικό τους εσωτερικό τηλέφωνο και κάθε κρεβάτι διαθέτει κουδούνι έκτακτης κλήσης νοσηλεύτριας. Τα κρεβάτια είναι νοσοκομειακού τύπου και στην τελευταία ανακαίνιση αντικαταστάθηκαν με ηλεκτρικά ανακλινόμενα 8 κινήσεων,

πολύσπαστα με πλαϊνά προστατευτικά. Η πρόσβαση στο internet είναι ελεύθερη και εύκολη από κάθε όροφο του κτιρίου. Αυτό δίνει την δυνατότητα επικοινωνίας με προγράμματα τύπου Skype, ώστε όπου και να βρίσκεται ο συγγενής να μπορεί να έχει οπτική και λεκτική επικοινωνία με τον άνθρωπο του.

Ο εξοπλισμός που υπάρχει στην μονάδα, είναι: φορητές φιάλες οξυγόνου, νεφελοποιητές, αναρροφήσεις, καρδιογράφος, οξύμετρα, πιεσόμετρα, μηχανήμα μέτρησης INR και αιματοκρίτη. Επίσης υπάρχουν και όλα τα απαραίτητα βοηθήματα όπως γερανάκι μεταφοράς ασθενών, δίσκοι και ζώνες μεταφοράς ασθενών, αναπηρικά καρότσια, πι, περπατούρες, χειρολαβές, αναρτήρες, βοηθήματα μπάνιου, ζώνες, στατό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Οι ευκαιρίες και απειλές διερευνώνται με τη χρήση της SWOT ανάλυσης. Η λέξη S.W.O.T. προκύπτει από τις αγγλικές λέξεις: *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats* (αντίστοιχα στα ελληνικά: δυνατά σημεία, αδύνατα σημεία, ευκαιρίες, απειλές). Η ανάλυση S.W.O.T. είναι μία σχετικά απλή και πολύ διαδομένη στη χρήση μέθοδος, που παραθέτει τις δυνάμεις και τις αδυναμίες στο εσωτερικό της επιχείρησης, απέναντι στις ευκαιρίες και τις απειλές που καθορίζει το εξωτερικό της περιβάλλον. Έχει το βασικό πλεονέκτημα ότι από τις καταστάσεις που προκύπτουν, απορρέουν περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλες στρατηγικές επιλογές για την επιχείρηση.

Οι δυνάμεις και οι αδυναμίες αφορούν την επιχείρηση και το εσωτερικό της περιβάλλον μικροπεριβάλλον. Το ζητούμενο εδώ είναι να μετατραπούν οι δυνάμεις σε ικανότητες, ώστε τελικά να προσφερθεί μεγαλύτερη αξία στους πελάτες από ότι δίνουν οι ανταγωνιστές. Ο εντοπισμός των δυνάμεων και αδυναμιών επιτρέπει στη διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού να χρησιμοποιήσει τις δυνάμεις, για την ανάπτυξη στρατηγικών που γεννούν νέες ικανότητες για την επιχείρηση. Η επιχείρηση θα πρέπει να καταβάλλει προσπάθειες ενδυνάμωσης των αδυναμιών που εντοπίστηκαν ή να επιδιώξει την ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιδράσεων των αδυναμιών.

Σε ότι αφορά τις ευκαιρίες και απειλές, η επιχείρηση αποτυγχάνει να δώσει αξία στους στοχευόμενους πελάτες της, όταν δεν τις λαμβάνει υπόψη. Οι αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον, οι οποίες συνεπάγονται ευκαιρίες και απειλές για την επιχείρηση, αφορούν χαρακτηριστικά της αγοράς ή και διάφορα περιβάλλοντα (οικονομικό, πολιτιστικό, τεχνολογικό). Βασικοί τομείς όπου εντοπίζονται ευκαιρίες ή απειλές είναι το κοινωνικό, οικονομικό, τεχνολογικό, πολιτικό, πολιτιστικό, νομικό και ανταγωνιστικό περιβάλλον (Σιώμκος, 2004). Παρακάτω θα επιχειρηθεί η ανάλυση S.W.O.T. στην μελετούμενη επιχείρηση.

8.1 Δυνάμεις (strengths)

Το ότι το Μαρέπη είναι μία οικογενειακή επιχείρηση αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα. Γνωρίζουμε ότι όταν συνδυάζεται το συναίσθημα με την επιχειρηματικότητα, δημιουργείται μία μοναδική δυναμική αποφάσεων. Κάθε οικογενειακή επιχείρηση που έχει επενδύσει στην σχέση επιχείρησης και οικογένειας, είναι όχι μόνο ισχυρή να αντιμετωπίσει την κρίση, αλλά και ικανή να αποκτήσει δυναμική ανάπτυξης, ακόμα και εν μέσω κρίσης. Η οικογενειακή επιχείρηση έχει ως σημαντικό πλεονέκτημα το ότι βιώνει την έννοια της υπευθυνότητας στη διαχείριση. Υπάρχει συνεχής αυτοέλεγχος και αυτοκριτική, που εντοπίζει τα ελλείμματα χωρίς επιπτώσεις, ώστε να τα καλύψει άμεσα. Σημαντικό πλεονέκτημα, είναι η δυνατότητα κατάρτισης ευέλικτου προϋπολογισμού εξόδων, πιο λιτού και οικονομικού, όταν απαιτείται, αφού τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται τις αγωνίες και τα εκάστοτε προβλήματα της επιχείρησης. Έτσι όλοι μπορούν να εργαστούν, αν χρειαστεί χωρίς περιορισμούς ωραρίου, για μια παρατεταμένη περίοδο με μειωμένες ακόμα και μηδενικές αμοιβές, ώστε να εξασφαλίσουν ένα μεγάλο μέρος της ρευστότητας που απαιτείται, για τις υποχρεώσεις της επιχείρησης.

Το κτίριο που στεγάζεται η μονάδα κατασκευάστηκε εξ αρχής με σκοπό να φιλοξενήσει ηλικιωμένα άτομα. Η συσσωρευμένη εμπειρία της οικογένειας, από τα προηγούμενα χρόνια ενασχόλησης της με τον συγκεκριμένο τομέα υπηρεσιών, χρησιμοποιήθηκε έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένας λειτουργικός μοντέρνος χώρος. Και αποτελεί κίνητρο η ιδιοκτησία, για την συντήρηση των εγκαταστάσεων και την προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης τους. Η ανακαίνιση των δωματίων και των κοινόχρηστων χώρων που ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2015, έδωσαν μία μοναδική και διαφορετική δυναμική στην μονάδα όπου η ιδιόχρηση των εγκαταστάσεων μεγιστοποιεί την απόδοση της επιχείρησης.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες εμπεριέχοντας ποιότητα, διασφαλίζουν στους ηλικιωμένους την αξιοπρεπή, υγιεινή και ευχάριστη διαμονή και διαβίωση τους. Ταυτόχρονα διευκολύνεται σημαντικά η οικογένεια του ηλικιωμένου καθώς απαλλάσσεται από το μέρος της φροντίδας του ηλικιωμένου, νιώθοντας ασφαλής στο ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και υπεύθυνα, ότι αιφνίδια μπορεί να του προκύψει.

Τα ποσοστά ικανοποίησης των πελατών του Μαρέπη, είναι σε υψηλά επίπεδα. Αυτό επιβεβαιώνεται μέσα στο χρόνο από το γεγονός ότι τα χρονικά διαστήματα διαμονής των ηλικιωμένων στην μονάδα είναι μεγάλα. Περίπου το 10% αφορά παραμονές από ένα έως τρεις μήνες και αφορά περιπτώσεις ατόμων που έρχονται από νοσοκομεία για αποκατάσταση ή σε περίοδο διακοπών των ανθρώπων που τους φροντίζουν. Αποχωρήσεις που προκύπτουν από δυσαρεστημένους πελάτες δεν συνηθίζεται να προκύπτουν. Οι περισσότεροι νέοι πελάτες που ενδιαφέρονται για αντίστοιχες υπηρεσίες έρχονται συστημένοι από παλαιότερους πελάτες που έχουν μείνει ευχαριστημένοι. Ο αντιληπτός βαθμός διαφοροποίησης των υπηρεσιών του Μαρέπη υπήρξε έως τώρα υψηλός για αυτό και οι πελάτες της δεν επεδίωκαν να την αντικαταστήσουν.

Τα στοιχεία καινοτομίας αποτελούν δυνατά στοιχεία της μονάδας καθότι μπορούν να μετατρέψουν πόρους σε συγκριτικό πλεονέκτημα, διατηρήσιμο στο μέλλον. Κατά την εισαγωγή, αλλά και καθ' όλη την περίοδο διαμονής του ενοίκου γίνεται καταγραφή και συλλογή των πρωτογενών δεδομένων που τον αφορούν (ατομικό αναμνηστικό, εξετάσεις, ακτινογραφίες, καθημερινές συνήθειες, διατροφικές ιδιαιτερότητες) και συμπληρώνεται ο ατομικός του φάκελος ηλεκτρονικά, τηρούμενος σε πρόγραμμα cloud. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι πληροφορίες αυτής της μορφής είναι προσβάσιμες ανά πάσα στιγμή, από οιοδήποτε εξουσιοδοτημένο χρήστη, οπουδήποτε υπάρχει σύνδεση στο διαδίκτυο. Όλα τα περιστατικά επανεκτιμώνται με στόχο την προσαρμογή των παροχών στις εκάστοτε νέες απαιτήσεις ή ανάγκες του κάθε ενοίκου, εξατομικευμένα.

Όλοι οι νοσηλευτές είναι απόφοιτοι σχολών τετραετούς ή διετούς φοίτησης και έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Έχουν εκπαιδευτεί από την επιχείρηση πριν ακόμα αναλάβουν συστηματικά εργασία και συνεχίζει η επιμόρφωση τους καθ' όλη την εργασιακή τους πορεία στο Μαρέπη. Δεν υπάρχουν συχνές αλλαγές και μόνο λόγοι έκτακτοι όπως πχ η συνταξιοδότηση αναγκάζουν την επιχείρηση σε προσέλκυση νέου προσωπικού. Η εμπειρία που έχουν αποκομίσει οι εργαζόμενοι στα χρόνια συνεργασίας τους με την μονάδα, σε συνδυασμό με την συνεχή εκπαίδευση τους και ενημέρωση, αποτελούν δυνατό στοιχείο του οργανισμού. Οι εργαζόμενοι έχουν πλήρη γνώση του ρόλου τους, της κοινωνικής ευθύνης και προσφοράς και αισθάνονται πως προσφέρουν κοινωνικό έργο.

Γίνονται συχνές ενημερώσεις και συζητήσεις από την κοινωνική λειτουργό, τον ψυχολόγο και τους εργαζόμενους για ότι νέο προκύψει, αλλά και για ότι είναι καλό να

υπενθυμίζεται και να επαναξιολογείται. Οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού και το επίπεδο συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού είναι ένα στοιχείο πολύ θετικό που βοηθάει στην εύρυθμη λειτουργία της μονάδας. Σημαντικό δυνατό στοιχείο είναι οι καλές σχέσεις των απασχολούμενων με τη διοίκηση και αξιοπρόσεκτη η αφοσίωση τους στην «μεγάλη οικογένεια» του Μαρέπη. Η νοοτροπία που διέπει τους εργαζόμενους, είναι η νοοτροπία της «ομάδας».

Η εταιρία έχει την δυνατότητα να αυτοχρηματοδοτήσει μικρά επενδυτικά ή βελτιωτικά σχέδια χωρίς να χρειάζεται να προβεί σε τραπεζικό δανεισμό.

8.2 Αδυναμίες εσωτερικές (weaknesses)

Η νοοτροπία που διέπει την επιχείρηση στο να μην της αρέσει να αλλάζει εργαζόμενους και συνεργάτες, κάποιες φορές κινδυνεύει στο να την εγκλωβίσει σε πρακτικές «δημοσιούπαλληλικής συμπεριφοράς» των εργαζομένων της. Η εύρεση νοσηλευτών και κοινωνικών φροντιστών, έμπειρων σε γηριατρικά περιστατικά, είναι δύσκολη και ο αριθμός αυτού του εξειδικευμένου προσωπικού που δημιουργήθηκε μέσα από την απασχόληση σε επιχειρήσεις του κλάδου, είναι πολύ μικρός. Άρα υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των επιχειρήσεων του κλάδου, για την προσέλκυση ικανών στελεχών. Τα τελευταία 8 έτη η επιχείρηση χρειάστηκε να συνταξιοδοτήσει 12 άτομα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές επιβαρύνσεις αποζημιώσεων λόγω συνταξιοδότησης. Από την άλλη πλευρά δημιουργήθηκε μια ευκαιρία αντικατάστασης με εργαζόμενους χαμηλότερου κόστους.

Τα στελέχη που απασχολούνται σε διοικητικές θέσεις και εργάζονται στο Μαρέπη 20 έτη, 18 έτη κοκ, δυσκολεύονται στο να αφομοιώσουν τις νέες τεχνολογίες και νέες πρακτικές, που αφορούν την χρήση του διαδικτύου, προγραμμάτων επεξεργασίας, κλήσεων, νέων μορφών επικοινωνίας, εμπορικού και λογιστικού πακέτου και δημιουργείται συχνά χρονική καθυστέρηση στην ολοκλήρωση μιας διαδικασίας.

8.3 Ευκαιρίες Εξωτερικές (opportunities)

Όπως έχει ήδη αναλυθεί, όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη φροντίδας λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και αυτό ως γεγονός αποτελεί ευκαιρία. Στην Ελλάδα υπάρχουν μονάδες φροντίδας που στεγάζονται είτε σε παλαιές κλινικές είτε σε πολυκατοικίες που έχουν αλλάξει χρήση, είτε σε παλαιά κτίρια ξενοδοχείων. Δηλαδή ασκείται δραστηριότητα σε εγκαταστάσεις που χρήζουν ανακαίνισης και που δεν έχουν συμμορφωθεί με τις νέες προδιαγραφές που έχουν οριστεί με το τελευταίο προεδρικό διάταγμα. Η έλλειψη καλών εγκαταστάσεων από τις αντίστοιχες μονάδες αποτελεί ευκαιρία για το Μαρέπη.

Ευκαιρία επίσης αποτελεί η οικονομική κατάσταση του ανταγωνισμού. Τα υψηλά ενοίκια που πληρώνουν ανταγωνιστικές επιχειρήσεις καθώς και τα προβλήματα ρευστότητας που γιγαντώθηκαν με τον επιβαλλόμενο έλεγχο κεφαλαίων (capital control) από τις 29 Ιουνίου 2015, δημιουργούν μία ευκαιρία στο να κερδίσει μερίδιο πελατών το Μαρέπη. Διότι βελτιώνοντας τις υπηρεσίες του αποκτά σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι του ανταγωνισμού.

Η εφαρμογή των μνημονίων κατέβασε τους μισθούς, περιορίζοντας τον αριθμό των επιδομάτων στον υπολογισμό του μισθού ή του ημερομισθίου, παγώνοντας τις προσαυξήσεις των τριετιών και μετατάσσοντας κάποιους εργαζομένους από τα ένσημα Βαρέα TEAM σε Μικτά TEAM. Στο Μαρέπη οι μισθοί παρέμειναν εκεί που ήταν πριν την εφαρμογή των μνημονιακών διατάξεων και όλοι οι νεοπροσλαμβανόμενοι παίρνουν μισθούς ίδιους με τους ήδη υπάρχοντες εργαζομένους. Ωστόσο η μείωση του κόστους αγοράς των ενσήμων και το πάγωμα των τριετιών αντιστάθμισε ένα μικρό ποσό από τις μειώσεις των μηνιαίων μισθωμάτων που έγιναν.

Πολλές κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα που αντιμετωπίζουν θέματα ρευστότητας λόγω μη πληρωμών τους από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ή και αντίστοιχες επιχειρήσεις οφείλουν δεδουλευμένα πολλών μηνών στο προσωπικό τους και έτσι αρκετοί εργαζόμενοι, αναζητούν νέο τόπο εργασίας. Αυτό αποτελεί ευκαιρία στο να βρεθούν ικανά εκπαιδευμένα στελέχη.

8.4 Εξωτερικές απειλές(Threats)

Η οικονομική κρίση και η δημοσιονομική πολιτική που ασκείται με τα μνημόνια, επιδρούν στο εισόδημα όλων των εργαζομένων. Ως αποτέλεσμα αυτού είναι οι συνεχείς πιέσεις για όλο χαμηλότερα μηνιαία μισθώματα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών απειλώντας την βιωσιμότητα πολλών επιχειρήσεων του κλάδου. Οικονομική δυσκολία αντιμετώπισης του κόστους διαμονής σε μία μονάδα φροντίδας δημιουργούν οι περικοπές στις κύριες και επικουρικές συντάξεις και στα επιδόματα (αναπηρικά και προνοιακά).

Το φορολογικό περιβάλλον στην Ελλάδα είναι αρνητικό. Το κόστος λειτουργίας των επιχειρήσεων έχει επιβαρυνθεί τα τελευταία χρόνια με μια σειρά από φορολογικές αυξήσεις όπως η έκτακτη εισφορά, η εισφορά επιτηδεύματος, ο ΕΜΦΙΑ, έμμεσοι φόροι, αύξηση της προκαταβολής φόρου στο 100%, φόρος κερδών στα διανεμηθέντα κέρδη, η αύξηση του Φ.Π.Α. από το 13% στο 23% και τώρα στο 24%.

Με το να λειτουργούν μονάδες που δεν διαθέτουν άδεια λειτουργίας δημιουργείται αθέμιτος ανταγωνισμός γιατί αμέσως αυτό μεταφράζεται σε χαμηλότερο κόστος λειτουργίας, (αλλά παράλληλα και έλλειψη προδιαγραφών).

Η επιλογή του να κρατηθεί ο ηλικιωμένος που χρειάζεται βοήθεια στο σπίτι του, συνοδεύεται συχνά από την πρόσληψη ενός συνήθως ανειδίκευτου, αλλοδαπού ατόμου που απασχολείται χωρίς ασφάλιση, έναντι χαμηλής αμοιβής. Υπάρχει πρόβλημα με την ελληνική νοοτροπία διότι η ελληνική οικογένεια δύσκολα μπορεί να δεχτεί ότι ένα ηλικιωμένο μέλος της θα μένει σε οίκο ευγηρίας. Η παράδοση μας λέει ότι τα παιδιά θα γηροκομούν τους γονείς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ, ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η ανάλυση κάποιων βασικών αριθμοδεικτών με βάση τον ισολογισμό (Πίνακας Δ.9.1), και τα αποτελέσματα χρήσης του 2010 (Πίνακας Δ.9.2) της μελετώμενης επιχείρησης (τα ποσά είναι σε χιλιάδες ευρώ).

9.1 Δείκτες ρευστότητας

Καθαρό Κεφάλαιο Κίνησης	Κυκλοφορούν Ενεργητικό - Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	=	405.745,00- 316.557,00	=89.188,00€
Κυκλοφοριακή ρευστότητα ή Γενική ρευστότητα	Κυκλοφορούν Ενεργητικό	=	405.745,00	=1,28
	Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις		316.557,00	
Ταμειακή Ρευστότητα	Χρεόγραφα + Διαθέσιμα	=	299.854,00	=0,95
	Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις		316.557,00	
Ημερήσια έξοδα	Κόστος Πωληθέντων+ έξοδα Διοίκησης και Διάθεσης + τόκοι χρεωστικοί	=	588.105,00	=1.611,25€
	365		365	
Αμυντικό διάστημα	Απαιτήσεις + Χρεόγραφα	=	405.745,00	=251,82 ημέρες
	Ημερήσια έξοδα		1.611,25	

Το Καθαρό Κεφάλαιο Κίνησης είναι το τμήμα εκείνο του κεφαλαίου που είναι διαθέσιμο για την αντιμετώπιση τόσο των λειτουργικών αναγκών της επιχείρησης, όσο και των διαφόρων διακυμάνσεων που οφείλονται σε μεταβολές των συνθηκών της αγοράς. Το ποσόν των 89.188.00€ είναι ικανοποιητικό.

Η Κυκλοφοριακή Ρευστότητα ή Γενική Ρευστότητα δείχνει το μέτρο της ρευστότητας μίας επιχείρησης, αλλά επίσης δείχνει και το περιθώριο ασφαλείας που διατηρεί η επιχείρηση για να αντιμετωπίσει κάποια ανεπιθύμητη εξέλιξη στη ροή των κεφαλαίων κινήσεως. Επομένως όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο καλύτερα. Το 128 % είναι καλή γενική ρευστότητα και η επιχείρηση φαίνεται ότι δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα στην ομαλή κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων της.

Ο Δείκτης Ταμειακής ρευστότητας δείχνει πόσες φορές τα διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία μίας επιχείρησης, καλύπτουν τις τρέχουσες και ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις της δηλαδή εκφράζει την ικανότητα της επιχείρησης για εξόφληση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων της. Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο καλύτερος. Η τιμή του δείκτη είναι συνήθως <1. Το Μαρέπη διατηρεί εξαιρετική ταμειακή ρευστότητα ίση με 95 % και μπορεί να καλύψει σε μεγάλο βαθμό τις άμεσες και έκτακτες βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις της.

Ο Δείκτης του Αμυντικού Χρονικού Διαστήματος, μετρά τον αριθμό των ημερών που οι απαιτήσεις των εργασιών της επιχείρησης, για ρευστοποιήσιμα περιουσιακά στοιχεία μπορούν να ικανοποιηθούν, από το απόθεμα των αμυντικών περιουσιακών της στοιχείων, εννοώντας τα μετρητά, τα εμπορεύσιμα χρεόγραφα και τις απαιτήσεις. Ή αλλιώς δείχνει πόσες ημέρες μπορεί να αντέξει η επιχείρηση να πληρώνει τα έξοδα της, χωρίς να έχει έσοδα. Οι περίπου 251 ημέρες είναι πολύ καλός χρόνος.

9.2 Δείκτες αποδοτικότητας

Αποδοτικότητα Συνολικών κεφαλαίων	Κέρδη μετά φόρων	=	158.900,00	0,23*100=23%
	Ενεργητικό		695.244,00	
Αποδοτικότητα Ιδίων κεφαλαίων	Κέρδη μετά φόρων	=	158,900,00	0,42*100= 42%
	Ιδία Κεφάλαια		378.685,00	
Περιθώριο Μικτού κέρδους	Μικτό κέρδος	=	393.587,74	0,43*100= 43%
	Πωλήσεις		906.548,00	
Περιθώριο Καθαρού κέρδους	Καθαρά κέρδη	=	257.083,00	0,28*100= 28%
	Πωλήσεις		906.548,00	

Η Αποδοτικότητα Συνολικών Κεφαλαίων δείχνει την αποδοτικότητα της επιχείρησης, ανεξάρτητα από τις πηγές προέλευσης των κεφαλαίων της. Εδώ φαίνεται ότι η επιχείρηση αξιοποιεί τα συνολικά απασχολούμενα κεφάλαια της και παράγει κέρδος σε ποσοστό 23 %.

Η Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων εκφράζει την ικανότητα της επιχείρησης να αξιοποιεί τα Ιδία της Κεφάλαια, δηλαδή τα χρήματα των μετόχων και να παράγει κέρδος. Στο Μαρέπη αυτό το ποσοστό είναι 42 %, μεγαλύτερο δηλαδή από το κόστος ευκαιρίας (έστω 7% = επιτόκιο καταθέσεων + ρίσκο)

Ο Αριθμοδείκτης Μικτού κέρδους ή αλλιώς περιθώριο Μικτού κέρδους, παρέχει άλλο ένα μέτρο αξιολόγησης της αποδοτικότητας της επιχείρησης. Το ακαθάριστο ποσοστό κέρδους που προκύπτει από την ανάλυση είναι 43%.

Το καθαρό περιθώριο κέρδους προσδιορίζει το κέρδος που μένει στην επιχείρηση μετά την αφαίρεση του κόστους πωληθέντων και των λοιπών εξόδων από τις καθαρές πωλήσεις. Το καθαρό ποσοστό κέρδους που προκύπτει είναι 28 %.

9.3 Δείκτες κυκλοφοριακής ταχύτητας

Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων	Πωλήσεις		906.548,00	=16,51φορές
	Απαιτήσεις Πελατών	==	54.883,00	
Περίοδος πληρωμής προμηθευτών	365	==	365	=21,05 ημέρες
	Κυκλοφοριακή ταχύτητα προμηθευτών		17,34	
Περίοδος είσπραξης απαιτήσεων	365	==	365	=22,10ημέρες
	Κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων		16,51	
Κυκλοφοριακή ταχύτητα Ενεργητικού	Πωλήσεις	==	906.548,00	=1,30 €
	Ενεργητικό		695.244,00	
<p>Εμπορικός Κύκλος= Περίοδος είσπραξης απαιτήσεων-Περίοδος Πληρωμής Προμηθευτών=22,10-21,05=1,05 μέρα</p>				

Ο δείκτης κυκλοφοριακή ταχύτητα απαιτήσεων δείχνει τις απαιτήσεις της επιχείρησης σε σχέση με τις πωλήσεις. Μεγάλη ταχύτητα στην είσπραξη, σημαίνει μικρότερη πιθανότητα ζημίας από επισφαλείς πελάτες και εδώ προκύπτει 16,51 ημέρες.

Ο δείκτης περίοδος πληρωμής προμηθευτών δείχνει το μέσο χρονικό διάστημα που πρέπει να περιμένουν οι προμηθευτές για να πληρωθούν, μετά την πραγματοποίηση της πώλησης και στο Μαρέπη είναι το χρονικό διάστημα των 21 ημερών.

Ο δείκτης περίοδος είσπραξης απαιτήσεων προσδιορίζει τον μέσο αριθμό των ημερών οι οποίες χρειάζονται για να εισπραχθούν οι απαιτήσεις μιας επιχείρησης δηλαδή στην προκειμένη επιχείρηση το χρονικό αυτό διάστημα έχει προσδιοριστεί στις 22,10 ημέρες, περίπου όσο και ο δείκτης πληρωμής προμηθευτών.

Ο δείκτης Κυκλοφοριακής Ταχύτητας Ενεργητικού δείχνει το πόσο εντατικά χρησιμοποιεί η επιχείρηση, τα περιουσιακά της στοιχεία προκειμένου να πραγματοποιεί πωλήσεις. Πιο συγκεκριμένα δείχνει τα έσοδα που δημιουργεί κάθε ευρώ που έχει επενδυθεί στο ενεργητικό της επιχείρησης. Το 1,30 σημαίνει για κάθε ένα ευρώ που επενδύθηκε στο ενεργητικό της, το Μαρέπη πραγματοποίησε πωλήσεις 1,30 ευρώ.

Ο Εμπορικός κύκλος είναι το χρονικό διάστημα για το οποίο η επιχείρηση δεν εισπράττει χρήματα. Το ιδανικό για μία επιχείρηση είναι ο Εμπορικός κύκλος να είναι από το μηδέν ως και αρνητικός. Στην συγκεκριμένη επιχείρηση είναι 1,05 ημέρα, κάτι που προκειμένου να μην δημιουργήσει πρόβλημα μπορεί να μηδενιστεί αυξάνοντας κατά μια ημέρα την αποπληρωμή των προμηθευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΒΑΣΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Μαρέπη είναι προσανατολισμένες στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην κάλυψη των αναγκών της υγείας τους, οι οποίες είναι ιδιαίτερες και κάποιες φορές αυξημένες και σύνθετες. Για το λόγο αυτό απασχολείται εξειδικευμένο νοσηλευτικό, ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό. Κύριο μέλημα είναι να παρέχεται ασφάλεια στον χώρο με την λήψη των κατάλληλων μέτρων προστασίας και να ενθαρρύνεται η αυτονομία στην καθημερινότητα του ηλικιωμένου, προσπαθώντας να κρατηθούν ζωτικές καθημερινές λειτουργίες του, ενεργές.

Η ανακαίνιση που ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2015 είχε πολύ διαφορετικό προσανατολισμό στο πως πρέπει να είναι διαμορφωμένοι οι κοινόχρηστοι χώροι και τα δωμάτια που διαμένουν οι ηλικιωμένοι. Στόχο είχε να μετατραπούν οι χώροι της μονάδας έτσι ώστε να παρέχουν ποιότητα ζωής ξενοδοχειακού επιπέδου και φροντίδα εξειδικευμένης γηριατρικής μονάδα, χωρίς να θυμίζουν νοσοκομείο. Στους διαδρόμους κάθε ορόφου τοποθετήθηκαν στα ταβάνια φωτιζόμενα πάνελ που απεικονίζουν ουρανό και φύση, δίνοντας την αίσθηση σε όποιον κινείται ή κάθεται, ότι βρίσκεται σε αίθριο.

Κάμερες μεγάλης ανάλυσης τοποθετήθηκαν στους κοινόχρηστους και στους εξωτερικούς χώρους (βεράντες, είσοδο) για λόγους ασφαλείας. Τα δωμάτια απέκτησαν το κάθε ένα τον δικό του χαρακτήρα χωρίς να μοιάζουν μεταξύ τους καθόλου. Όπως διαφορετικές προσωπικότητες είναι οι ηλικιωμένοι που φιλοξενούνται, έτσι διαφορετικό είναι και το δωμάτιο τους. Γιατί άλλωστε να μην έχει η ηλικιωμένος την αίσθηση ότι μένει σε ένα boutique ξενοδοχείο. Ακόμα και τα μπάνια έχουν διαφορετικό διάκοσμο. Άλλα είναι κλασσικά, αλλά πιο μοντέρνα, άλλα πάλι πιο ρομαντικά. Στην διακόσμηση των δωματίων χρησιμοποιήθηκαν ταπετσαρίες, φωτισμοί περιμετρικά με led και σε κάποια δωμάτια ζωγραφίστηκαν οι οροφές και τα ντουλάπια. Η αίσθηση που υπάρχει είναι ότι βρίσκεται σε ένα πολυτελές ξενοδοχείο.

Η ηγεσία και τα στελέχη της διοίκησης παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας. Η άσκηση διοίκησης όχι μόνο η διοικητική αλλά και η κλινική, ακολουθούν τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή φροντίδας. Είναι ζωτικής σημασίας να συνεχιστεί να υπάρχει μια ηγεσία με όραμα, που με στρατηγικό σχεδιασμό να συνδέει όλες τις ομάδες συμμετεχόντων, προκειμένου να βελτιώνεται η παρεχόμενη

φροντίδα υγείας και να συνεχίσουν να υπάρχουν ικανοποιημένοι εργαζόμενοι, κατά τη διαχείριση της οργανωτικής διαδικασίας της επιχείρησης.

Οι βασικές επιλογές της Μ.Φ.Η. εστιάζουν στην βελτίωση της απόδοσης. Οι πόροι της επιχείρησης συγκεντρώνονται στις υπάρχουσες δραστηριότητες, με στόχο την εδραίωση και μεγέθυνση των ανταγωνιστικών της πλεονεκτημάτων. Η στρατηγική απόφαση που λήφθηκε ένα χρόνο πριν να επενδυθούν χρήματα στο να αναβαθμιστεί ο χώρος, απεδείχθη σωστή επιλογή. Διότι αυτό της έδωσε σημαντικό προβάδισμα έναντι του ανταγωνισμού και εδραίωσε την θέση της.

Η επιχείρηση παρακολουθεί τις σημαντικές εξελίξεις που συντελούνται στο εξωτερικό περιβάλλον και αισθάνεται ότι θα πρέπει να περιμένει για να εκτιμήσει καλύτερα την κατεύθυνση που θα πάρουν αυτές οι αλλαγές, πριν δεσμεύσει πόρους. Βρίσκεται σε στάδιο σταθεροποίησης. Διαπνέεται από φιλοσοφία σταθερότητας διατηρώντας την αποστολή και το όραμα της, ως χαρακτηριστικά αναφέρει στην ιστοσελίδα της:

“Στο Μαρέπη φιλοδοξούμε με τη συλλογική δουλειά, να συνεχίσουμε να είμαστε στην πρώτη γραμμή προτιμήσεων των πελατών μας και με σεβασμό και ειλικρίνεια να συνεχίσουμε το έργο μας”

10.1 Στόχοι

Πρώτος και βασικός στόχος της μελετώμενης επιχείρησης είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έχοντας γνώση των αλλαγών που συντελούνται στο εσωτερικό και εξωτερικό της περιβάλλον και δεδομένων των συνθηκών και των διαθέσιμων πόρων, το Μαρέπη επεδίωκε πάντα να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες. Η συνεχής αυτοαξιολόγηση στην οποία υπόκειται, την οδηγεί σε αλλαγές, διότι γνωρίζει πολύ καλά πως όταν οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι υψηλές τότε θα μπορεί να ολοκληρώνεται ο επόμενος στόχος της που είναι η ικανοποίηση των πελατών.

Ο ήδη ικανοποιημένος πελάτης μπορεί να αγοράσει πιο εύκολα αναβαθμισμένα ή συμπληρωματικά προϊόντα, να διαδώσει την καλή φήμη της εταιρείας, να επιδείξει μειωμένη ευαισθησία στην τιμή και στις εκκλήσεις των ανταγωνιστών και να συντελέσει στην βελτίωση των υπηρεσιών, προσφέροντας ιδέες που προκύπτουν από την ήδη χρήση των υπηρεσιών. Άλλωστε στα στατιστικά των νέων εισαγωγών αποδεικνύεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό νέων πελατών, έρχεται συστημένο από παλιότερους ή υπάρχοντες πελάτες.

Επόμενος στόχος είναι η διατήρηση των πελατών. Έχει αποδειχθεί ότι το κόστος προσέλκυσης ενός νέου πελάτη είναι πολλαπλάσιο από το κόστος διατήρησης ενός υπάρχοντος. Όπως και το ότι είναι ευκολότερο και λιγότερο δαπανηρό να επαναπροσελκυστεί ένας παλιός πελάτης από ότι να αποκτηθεί ένας καινούριος. Στο Μαρέπη η προσπάθεια διατήρησης των πελατών γίνεται με αυτό το γνώμονα αν και είναι γνωστό ότι σε όλες τις επιχειρήσεις κάποιοι από τους πελάτες θα χαθούν, για λόγους που σχετίζονται με την ικανοποίηση τους από την υπηρεσία, ή εξαιτίας αντικειμενικών δυσκολιών ή λόγω αλλαγής των συνθηκών.

Η επιχείρηση λόγω της μεγάλης πληρότητας στην κάλυψη των κρεβατιών που παρουσιάζει, εάν δεν έχει την προσοχή της στραμμένη στο να συνεχίζει να καινοτομεί και να βελτιώνεται, αν καταληφθεί από αλαζονεία και αυταρέσκεια κινδυνεύει όπως κάθε επιχείρηση που δεν έχει την προσοχή της στραμμένη στο γίγνεσθαι, να παρουσιάσει χαμηλά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε έκθεση της McKinsey & Company που δημοσιοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2012, με τίτλο «Η Ελλάδα 10 χρόνια Μπροστά. Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης και Στρατηγικής της Ελλάδας», αναφέρεται ότι ένας από τους οκτώ παραγωγικούς τομείς που η χώρα πρέπει να δώσει έμφαση, είναι ο κλάδος που ασχολείται με την μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων (long-term elderly care) και χρόνια πασχόντων. Ο συγκεκριμένος κλάδος μπορεί να παίξει πρωτεύοντα ρόλο στην ανάπτυξη της οικονομίας και να συνεισφέρει σημαντικά στην αύξηση του Α.Ε.Π., κατά το συντάκτη της έκθεσης. Ως δείκτες ευκαιρίας αναφέρονται: Η ταχεία γήρανση του Ελληνικού πληθυσμού, υπολογίζοντας ότι το 2050 το 32% του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών, συγκρίνοντας με το ποσοστό του 19% του που ήταν το 2010. Και η πιεσμένη μακρο οικονομικά κατάσταση στην Ελλάδα η οποία χρειάζεται να αναπτύξει πολιτικές πρόληψης για χαμηλότερα κόστη υγείας. Τα περιθώρια ανάπτυξης του κλάδου είναι σημαντικά μεγάλα, καθώς η αναλογία ιδιωτικών κλινών ανά αριθμό ηλικιωμένων, παραμένει πολύ χαμηλή σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης (ICAP, 2012).

Πολλά από αυτά που θα ωφελούσαν την συγκεκριμένη επιχείρηση μπορούν να γίνουν μόνο από ενέργειες που μπορεί να κάνει το συλλογικό όργανο του κλάδου, η Π.Ε.Μ.Φ.Η. παίζοντας σημαντικό ρόλο στην πορεία των Μ.Φ.Η.. Ενέργειες όπως: Να προστατεύσει τα μέλη της από τον αθέμιτο ανταγωνισμό που ασκείται από την λειτουργία μη αδειοδοτημένων μονάδων. Να καταγράψει τις δομές αυτές και να τις αναφέρει στην αρμόδια Περιφέρεια που υπάγονται, ώστε να κινηθούν όλες οι νόμιμες διαδικασίες, παρακολουθώντας ταυτόχρονα την πορεία τους. Να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στο κομμάτι της εκπαίδευσης που αφορά τόσο τους εργαζόμενους αλλά και τα διοικητικά στελέχη, ώστε μέσα από την ανταλλαγή απόψεων και καλών πρακτικών να δοθούν λύσεις σε καθημερινά προβλήματα που δημιουργούνται. Να φροντίσει για την πλήρη και άμεση αποκατάσταση της απόφασης για αύξηση του Φ.Π.Α. στις υπηρεσίες των μονάδων, κατά έντεκα ποσοστιαίες μονάδες, (από 13% σε 24%) προβαίνοντας στα απαραίτητα διαβήματα στο Κράτος. Να ενημερώσει τον κόσμο για τον ρόλο των Μ.Φ.Η., αναδεικνύοντας τις υπηρεσίες που παρέχουν οι επιχειρήσεις του κλάδου και την ωφελιμότητα που μπορούν να προσδώσουν. Χρειάζεται να κατευθυνθεί από την ανάγκη αλλαγής της νοοτροπίας του κόσμου, με στόχο την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του κοινωνικού «στίγματος» που υπάρχει για παραμονή του

ηλικιωμένου σε κλειστή δομή. Να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει την κοινή γνώμη για θέματα άνοιας και Alzheimer, που είναι τα πιο συνήθη προβλήματα στην Τρίτη ηλικία. Να αναβαθμίσει τον ρόλο, το κύρος και την δημόσια αξιοπιστία της στην δημόσια σφαίρα και τον κοινωνικό διάλογο. Να μεριμνήσει για την δυνατότητα συμμετοχής των επιχειρήσεων του κλάδου σε εκπονούμενα Ευρωπαϊκά αναπτυξιακά και επιδοτούμενα προγράμματα.

Το Μαρέπη σαν μεμονωμένη επιχείρηση μπορεί να προβεί στην ανάληψη περισσότερων δράσεων προς την Τοπική Κοινότητα, κίνηση η οποία θα συμβάλλει στην αλλαγή της προκατάληψης που υπάρχει για Δομές αυτού του τύπου και θα βοηθήσει στη διεύρυνση της κοινωνικής αποδοχής. Διότι δίνοντας στον κόσμο την ευκαιρία να επισκεφτεί μια Μ.Φ.Η., θα μπορέσει να σχηματίσει μια καλύτερη εικόνα για το τι ακριβώς προσφέρεται σε ένα τέτοιο χώρο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από εκδηλώσεις κοινωνικού περιεχομένου, γιορτές ανοικτές στο κοινό, ενημερωτικές συναντήσεις σε οικιακούς φροντιστές, δωρεάν τεστ Alzheimer. Η ανάπτυξη σχέσεων με τοπικά σχήματα όπως η Εκκλησία, τα Σχολεία της περιοχής, τα Κ.Α.Π.Η., τοπικές χορωδίες ωδίων, χορευτικούς συλλόγους, θεατρικά σχήματα, η συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις όπως οι Εθελοντές Διασώστες, ο Ερυθρός Σταυρός κ.ά, μπορούν να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών ωφέλιμων για αμφότερα τα μέρη.

Προστιθέμενη αξία θα προσδώσει η ακόμα πιο συστηματική εκπαίδευση και επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα νοσηλευτικά, κοινωνικά και σχετικά με την ψυχολογία των ηλικιωμένων. Επίσης οι εργαζόμενοι στην Διοίκηση, χρειάζεται να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους και να εκπαιδευτούν σε νέα λειτουργικά συστήματα και προγράμματα. Η χρήση νέων τεχνολογιών μέσω διαδικτύου και η δυνατότητα ασύρματης δικτύωσης μπορεί να προσδώσει οφέλη στον τρόπο οργάνωσης της νοσηλείας στους ηλικιωμένους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Καταργώντας την χειρόγραφη ενημέρωση των ιατρικών φακέλων των ενοίκων και μεταβαίνοντας σε real-time ενημέρωση όλων των χρηστών και των σταθμών εργασίας, μέσω tablet, θα βελτιωθεί η ποιότητα της πληροφορίας και της άμεσης ενημέρωσης όλων των ενδιαφερόμενων μερών.

Ο εκσυγχρονισμός και οι προτάσεις που προκύπτουν από τις νέες τεχνολογίες θα προσφέρουν νέες υπηρεσίες άμεσα στους ηλικιωμένους όπως: η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή με ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα για ηλικιωμένους, η μουσική η οποία

προσφέρει στους ασθενείς με άνοια, μια φόρμα επικοινωνίας και λειτουργεί συνδέοντας αναμνήσεις και ανθρώπους.

Γνωρίζουμε ότι παράγοντες όπως οι κινητικές δυσλειτουργίες, οι συναισθηματικές και γνωστικές δυσκολίες, ο αυξημένος αριθμός πτώσεων, η προχωρημένη ηλικία, η χηρεία και η κακή υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας σχετίζονται με μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο (Stoddart, Whitley, Harvey, & Sharp, 2002). Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, το Μαρέπη θα μπορούσε να επεκταθεί σε νέες δραστηριότητες εμπλουτίζοντας τις προσφερόμενες υπηρεσίες του, με πρόγραμμα Υπηρεσίας Βοήθειας στο σπίτι, παροχή νοσηλευτικής βοήθειας και υποστήριξης κατ' οίκον ή και με την δημιουργία Σταθμού Ημερήσιας Παραμονής Ηλικιωμένων. Ιδέες μπορούμε να αντλήσουμε και από τα παρακάτω ενδιαφέροντα εγχειρήματα που έχουν επιχειρηθεί.

Μία σχολή ξένων γλωσσών στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, μας δείχνει με το παρακάτω πρωτότυπο εγχείρημα ότι η εκπαίδευση μπορεί να επιτελέσει πολυδιάστατο έργο, αν εκμεταλλευτεί σωστά την τεχνολογία. Μέσω βίντεο-κλήσεων οι υπεύθυνοι της σχολής φέρνουν κοντά μαθητές από τη χώρα τους και ηλικιωμένους από τις ΗΠΑ που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Οι πρώτοι ακονίζουν τα Αγγλικά τους και οι ηλικιωμένοι ξεχνούν τη μοναξιά και γεμίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους.

Μία άλλη πρωτότυπη ιδέα είναι αυτό που έκανε η κοινωνική οργάνωση Humanitas. Η οργάνωση που βρίσκεται στο Deventer της Ολλανδίας, προσφέρει δωρεάν στέγη σε φοιτητές με αντάλλαγμα 30 από τις ελεύθερες ώρες τους. Οι φοιτητές μπορούν να μείνουν στον οίκο ευγηρίας και σε αντάλλαγμα προσφέρουν υπηρεσίες στους γηραιούς ενοίκους. Οι μεν νέοι ωφελούνται γιατί μειώνουν τα έξοδα τους οι δε ηλικιωμένοι ένοικοι επωφελούνται από την κοινωνική επαφή με τους νέους.

Στο Σιάτλ των Η.Π.Α. αποφάσισαν να συστεγάσουν ένα νηπιαγωγείο με ένα γηροκομείο και το αποτέλεσμα είναι συγκινητικό. Καθημερινά οι 400 ηλικιωμένοι του γηροκομείου στο St. Vincent συναναστρέφονται, συνομιλούν και παίζουν με παιδιά προσχολικής ηλικίας του Intergenerational Learning Center. Στόχος του προγράμματος είναι να μπορέσουν τα μικρά παιδιά να συνηθίσουν την εικόνα μεγαλύτερων ανθρώπων, να συμβιβαστούν με τη διαφορετικότητα, να αποδεχτούν τα άτομα με αναπηρίες και να μη φοβούνται τα ηλικιωμένα άτομα.

Στην Ισπανία δοκιμάζεται ένα πρόγραμμα μουσικοθεραπείας σε ηλικιωμένα άτομα με άνοια και Alzheimer. Η σκέψη εκπόνησης αυτού του εγχειρήματος βασίζεται στο ότι

η μουσική ξυπνάει συναισθήματα και αναμνήσεις και επιδρά θετικά στην μείωση του άγχους και στην βελτίωση της διάθεσης των συμμετεχόντων. Το πρόγραμμα λειτουργεί πιλοτικά σε οίκο ευγηρίας και γίνεται ως εξής: Ο υπεύθυνος του προγράμματος έρχεται σε επαφή με το συγγενικό περιβάλλον του ηλικιωμένου, αντλώντας πληροφορίες για το ποια ήταν τα μουσικά ακούσματα του. Έτσι επιλέγει την μουσική που θα ακούσει ο συμμετέχων και είναι συχνά διαφορετική για τον καθένα. Τοποθετούνται μεγάλα ακουστικά στα αυτιά του καθενός και ρυθμίζεται ανάλογα η ένταση. Συχνά στην αρχή υπάρχει ένα ξάφνιασμα, όμως παρατηρούνται αμέσως αλλαγές με διαφορετική ένταση στον καθένα, στην έκφραση του προσώπου τους, στην στάση του σώματος τους, κάποια συγκίνηση, ενώ πολύ συχνά αρχίζουν να ψιθυρίζουν ή να τραγουδούν.

Πολλά είναι εκείνα που μπορεί να κάνει μία επιχείρηση που επιθυμεί να συνδυάσει την επιχειρηματική της αποστολή και τους στόχους της και να μεγιστοποιήσει τα κέρδη της. Όμως μιλώντας για επιχειρήσεις του συγκεκριμένου κλάδου δεν πρέπει να παραβλέπουμε το κοινωνικό έργο που επιτελούν. Και είναι απαραίτητο πολύ συχνά να γίνονται υποχωρήσεις στην επιδίωξη του κέρδους, σε όφελος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α.1: Main demographic and macroeconomic assumptions

European Union		EC-EPC (AWG) 2015 projections											
Main demographic and macroeconomic assumptions													
Demographic projections - EUROPOP2013 (EUROSTAT)		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Fertility rate		1,60	1,61	1,64	1,66	1,68	1,69	1,71	1,72	1,74	1,75	1,76	0,2
Life expectancy at birth													
	men	77,6	78,0	78,9	79,7	80,5	81,3	82,0	82,8	83,5	84,1	84,8	7,1
	women	83,1	83,4	84,1	84,8	85,5	86,1	86,8	87,4	88,0	88,5	89,1	6,0
Life expectancy at 65													
	men	17,6	17,9	18,4	18,9	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,4	4,8
	women	21,0	21,2	21,8	22,3	22,8	23,3	23,8	24,3	24,7	25,2	25,6	4,6
Net migration (thousand)		35,9	800,9	976,3	1101,1	1244,1	1369,3	1363,8	1304,6	1188,3	1129,9	1036,7	1000,8
Net migration as % of population		0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Population (million)		507,2	508,7	512,8	516,0	518,8	521,4	523,7	525,3	525,5	524,5	522,8	15,6
Children population (0-14) as % of total population		15,6	15,6	15,6	15,2	14,9	14,6	14,6	14,8	15,0	15,0	15,0	-0,6
Prime age population (25-54) as % of total population		41,9	41,5	39,9	38,1	36,7	35,9	35,3	34,9	34,8	34,8	34,8	-7,1
Working age population (15-64) as % of total population		66,0	65,4	63,9	62,6	61,1	59,6	58,4	57,5	56,9	56,6	56,6	-0,4
Elderly population (65 and over) as % of total population		18,4	19,0	20,5	22,2	24,1	25,8	27,0	27,7	28,2	28,4	28,4	10,0
Very elderly population (80 and over) as % of total population		5,1	5,3	5,9	6,3	7,2	8,1	9,1	10,1	11,0	11,5	11,8	6,7
Very elderly population (80 and over) as % of elderly population		27,8	27,9	28,6	28,3	29,9	31,4	33,6	36,4	39,0	40,5	41,6	13,8
Very elderly population (80 and over) as % of working age population		7,7	8,1	9,2	10,1	11,8	13,6	15,5	17,5	19,3	20,3	20,8	13,1
Macroeconomic assumptions*		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	AVG 13-60
Potential GDP (growth rate)		0,7	1,1	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4
Employment (growth rate)		0,1	0,3	0,3	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	0,0
Labour input : hours worked (growth rate)		0,1	0,3	0,3	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	-0,1
Labour productivity per hour (growth rate)		0,6	0,8	1,1	1,3	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,4
TFP (growth rate)		0,3	0,4	0,7	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9
Capital deepening (contribution to labour productivity growth)		0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
GDP per capita (growth rate)		0,6	0,9	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6
GDP per worker (growth rate)		0,6	0,8	1,1	1,4	1,5	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5
GDP in 2013 prices (in millions euros)		13067,6	13325,9	14167,6	15170,4	16236,0	17493,7	18010,7	20372,2	21936,8	23629,8	25490,6	
Labour force assumptions		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Working age population (15-64) (in thousands)		334932	332662	327747	322976	316783	310691	305921	301949	298629	296709	296030	-38902
Population growth (working age:15-64)		-0,4	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,2	-0,1	0,0	0,4
Population (20-64) (in thousands)		307605	305702	301227	295141	289325	283376	279186	275589	272343	269729	268714	-38891
Population growth (20-64)		-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2	0,0	0,3
Labour force 15-64 (thousands)		241068	241314	241114	238529	234477	230626	227874	225351	223101	221447	220930	-20138
Labour force 20-64 (thousands)		235358	235669	235833	232867	228742	224812	222110	219674	217451	215736	215135	-20222
Participation rate (20-64)		76,5	77,1	78,2	78,9	79,1	79,3	79,6	79,7	79,7	80,0	80,1	3,5
Participation rate (15-74)		64,0	64,2	64,5	64,6	64,4	64,2	64,5	64,9	65,1	65,2	65,4	1,4
Participation rate (15-64)		72,0	72,5	73,6	73,9	74,0	74,2	74,5	74,6	74,7	74,6	74,6	2,7
	young (15-24)	42,4	42,6	42,1	41,2	40,0	42,4	42,8	42,8	42,5	42,2	42,2	-0,2
	prime-age (25-54)	85,3	85,5	85,8	85,9	85,9	85,8	85,7	85,8	85,9	85,9	85,9	0,6
	older (55-64)	54,4	56,6	62,2	66,1	67,6	68,6	69,5	69,7	69,7	69,9	70,2	15,8
Participation rate (20-64) - WOMEN		70,0	70,9	72,6	73,7	74,3	74,8	75,2	75,4	75,6	75,8	75,9	5,9
Participation rate (15-74) - WOMEN		58,0	58,4	59,2	59,7	59,8	60,0	60,4	60,8	61,1	61,3	61,6	3,6
Participation rate (15-64) - WOMEN		66,0	66,8	68,4	69,1	69,6	70,1	70,4	70,6	70,7	70,7	70,7	4,7
	young (15-24)	39,5	39,7	39,2	38,4	39,2	39,6	40,0	40,0	39,7	39,4	39,4	-0,1
	prime-age (25-54)	79,2	79,6	80,5	81,0	81,2	81,2	81,1	81,1	81,2	81,3	81,3	2,1
	older (55-64)	46,5	49,0	55,5	60,1	62,6	64,6	66,2	66,6	66,7	67,0	67,4	20,9
Participation rate (20-64) - MEN		83,0	83,3	83,8	84,1	83,8	83,8	83,9	84,0	84,1	84,1	84,2	1,1
Participation rate (15-74) - MEN		70,1	70,0	69,9	69,6	69,0	68,5	68,6	68,9	69,0	69,0	69,1	-1,0
Participation rate (15-64) - MEN		77,9	78,2	78,7	78,6	78,3	78,3	78,4	78,5	78,5	78,4	78,4	0,4
	young (15-24)	45,1	45,3	44,8	43,8	44,7	45,1	45,5	45,5	45,1	44,8	44,8	-0,3
	prime-age (25-54)	91,4	91,3	91,0	90,7	90,5	90,3	90,3	90,3	90,3	90,3	90,3	-1,1
	older (55-64)	62,8	64,6	69,2	72,2	72,7	72,8	72,8	72,8	72,8	72,8	73,0	10,2
Employment rate (15-64)		64,0	65,1	66,8	67,7	68,3	69,0	69,6	69,7	69,7	69,7	69,7	5,7
Employment rate (20-64)		68,4	69,5	71,3	72,6	73,2	74,0	74,6	74,7	74,8	74,9	75,0	6,6
Employment rate (15-74)		57,0	57,7	58,7	59,4	59,6	59,8	60,4	60,7	60,9	61,0	61,2	4,2
Unemployment rate (15-64)		11,0	10,2	9,2	8,4	7,7	7,1	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	-4,4
Unemployment rate (20-64)		10,6	9,8	8,8	8,0	7,4	6,8	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	-4,3
Unemployment rate (15-74)		10,8	10,1	9,0	8,1	7,5	6,9	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	-4,4
Employment (20-64) (in millions)		210,4	212,5	214,9	214,2	211,8	209,6	208,1	205,9	203,8	202,2	201,6	-8,9
Employment (15-64) (in millions)		214,5	216,7	219,0	218,6	216,4	214,3	212,9	210,5	208,4	206,9	206,4	-8,2
	share of young (15-24)	9%	9%	8%	8%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	10%	1%
	share of prime-age (25-54)	76%	75%	73%	71%	70%	70%	70%	70%	71%	71%	71%	-5%
	share of older (55-64)	15%	16%	18%	20%	21%	21%	20%	20%	20%	19%	19%	4%
Dependency ratios:		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Share of older population (55-64) (1)		19,2	19,6	21,0	22,0	22,1	21,7	21,4	21,2	20,8	20,1	19,8	0,6
Old-age dependency ratio (2)		28	29	32	36	39	43	46	48	50	50	50	22
Total dependency ratio (3)		51	53	56	60	64	68	71	74	76	77	77	25
Total economic dependency ratio (4)		132	130	128	128	129	132	134	137	139	141	141	9
Economic old-age dependency ratio (15-64) (5)		41	43	45	49	53	58	61	64	66	67	66	25
Economic old-age dependency ratio (15-74) (6)		41	42	44	47	51	55	58	61	62	63	63	22
LEGENDA:													
* The potential GDP and its components is used to estimate the rate of potential output growth, net of normal cyclical variations													
(1) Share of older population = Population aged 55 to 64 as % of population aged 15-64													
(2) Old-age dependency ratio = Population aged 65 and over as a percentage of the population aged 15-64													
(3) Total dependency ratio = Population under 15 and over 64 as a percentage of the population aged 15-64													
(4) Total economic dependency ratio = Total population less employed as % of employed population 15-74													
(5) Economic old-age dependency ratio (15-64) = Inactive population aged 65+ as % of employed population 15-64													
(6) Economic old-age dependency ratio (15-74) = Inactive population aged 65+ as % of employed population 15-74													
NB: : = data not provided													

Source: Commission Services (DG ECFIN), Eurostat (EUROPOP2013), EPC (AWG)

Πίνακας Α.2: Past trends in total fertility rates, 1950-2012

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2012	1960-2012	2000-2012
BE	2,34	2,54	2,25	1,88	1,62	1,67	1,76	1,86	1,79	-0,8	0,1
BG	:	2,31	2,17	2,05	1,82	1,26	1,32	1,57	1,50	-0,8	0,2
CZ	:	2,09	1,92	2,08	1,90	1,15	1,29	1,51	1,45	-0,6	0,3
DK	2,57	2,57	1,95	1,55	1,67	1,77	1,80	1,87	1,73	-0,8	0,0
DE	:	2,37	2,03	1,56	1,45	1,38	1,34	1,39	1,38	-1,0	0,0
EE	:	1,98	2,17	2,02	2,05	1,36	1,52	1,72	1,56	-0,4	0,2
IE	:	3,78	3,85	3,21	2,11	1,89	1,86	2,05	2,01	-1,8	0,1
EL	:	2,23	2,40	2,23	1,40	1,27	1,32	1,51	1,34	-0,9	0,1
ES	:	2,66	2,90	2,20	1,36	1,23	1,33	1,37	1,32	-1,5	0,1
FR	2,93	2,73	2,47	1,95	1,78	1,89	1,94	2,03	2,01	-0,7	0,1
HR	:	:	:	:	:	:	1,50	1,55	1,51	:	:
IT	2,50	2,37	2,38	1,84	1,33	1,26	1,34	1,46	1,43	-0,9	0,2
CY	:	3,51	2,54	:	2,41	1,64	1,48	1,44	1,39	-2,1	-0,3
LV	:	:	2,00	1,88	2,01	1,25	1,39	1,36	1,44	:	0,2
LT	:	2,60	2,40	1,99	2,03	1,39	1,29	1,50	1,60	-1,0	0,2
LU	:	2,29	1,97	1,50	1,60	1,76	1,63	1,63	1,57	-0,7	-0,2
HU	:	2,02	1,98	1,91	1,87	1,32	1,31	1,25	1,34	-0,7	0,0
MT	:	3,62	2,02	1,99	2,04	1,70	1,38	1,36	1,43	-2,2	-0,3
NL	3,10	3,12	2,57	1,80	1,62	1,72	1,71	1,79	1,72	-1,4	0,0
AT	:	2,69	2,29	1,85	1,46	1,36	1,41	1,44	1,44	-1,3	0,1
PL	3,71	2,98	2,30	2,28	1,99	1,37	1,24	1,38	1,30	-1,7	-0,1
PT	:	3,16	3,01	2,25	1,56	1,55	1,41	1,39	1,28	-1,9	-0,3
RO	:	:	:	2,43	1,83	1,31	1,39	1,54	1,53	:	0,2
SI	:	2,18	2,10	2,11	1,46	1,26	1,26	1,57	1,58	-0,6	0,3
SK	:	3,04	2,41	2,32	2,09	1,30	1,27	1,43	1,34	-1,7	0,0
FI	3,15	2,72	1,83	1,83	1,78	1,73	1,80	1,87	1,80	-0,9	0,1
SE	2,28	2,20	1,92	1,88	2,13	1,54	1,77	1,98	1,91	-0,3	0,4
UK	:	2,72	2,43	1,90	1,83	1,64	1,76	1,92	1,92	-0,8	0,3
NO	2,51	2,90	2,50	1,72	1,93	1,85	1,84	1,95	1,85	-1,1	0,0
EU	:	2,67	2,31	1,97	1,79	1,48	1,49	1,60	1,56	-1,1	0,1
EA	:	2,78	2,40	1,97	1,73	1,51	1,51	1,59	1,55	-1,2	0,0

(1) EU and EA averages are weighted averages.

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.3: Projection of fertility in Europe 2013

	Fertility rate						change 2013-2060
	2013	2020	2030	2040	2050	2060	
BE	1,81	1,82	1,84	1,85	1,86	1,87	0,06
BG	1,51	1,59	1,67	1,72	1,75	1,77	0,26
CZ	1,52	1,63	1,72	1,77	1,79	1,80	0,28
DK	1,74	1,78	1,81	1,83	1,85	1,86	0,12
DE	1,40	1,45	1,51	1,56	1,60	1,63	0,23
EE	1,57	1,67	1,75	1,79	1,81	1,82	0,25
IE	2,01	2,01	2,00	1,99	1,99	1,98	-0,03
EL	1,34	1,39	1,45	1,49	1,54	1,58	0,24
ES	1,32	1,36	1,42	1,46	1,51	1,55	0,23
FR	2,02	2,01	2,00	1,99	1,98	1,98	-0,04
HR	1,53	1,56	1,59	1,62	1,65	1,67	0,14
IT	1,43	1,47	1,51	1,55	1,58	1,61	0,18
CY	1,40	1,44	1,50	1,54	1,58	1,62	0,22
LV	1,50	1,60	1,68	1,73	1,76	1,78	0,28
LT	1,61	1,66	1,71	1,75	1,77	1,79	0,18
LU	1,59	1,64	1,69	1,73	1,76	1,78	0,19
HU	1,38	1,50	1,61	1,68	1,72	1,74	0,36
MT	1,44	1,56	1,67	1,73	1,76	1,78	0,34
NL	1,72	1,73	1,75	1,77	1,78	1,80	0,08
AT	1,45	1,48	1,53	1,56	1,59	1,62	0,17
PL	1,32	1,39	1,47	1,53	1,58	1,62	0,30
PT	1,27	1,32	1,37	1,43	1,47	1,52	0,25
RO	1,65	1,73	1,79	1,81	1,82	1,83	0,18
SI	1,59	1,63	1,67	1,70	1,73	1,75	0,16
SK	1,28	1,32	1,38	1,44	1,48	1,53	0,25
FI	1,80	1,81	1,83	1,84	1,85	1,86	0,06
SE	1,93	1,93	1,93	1,93	1,92	1,92	-0,01
UK	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	0,00
NO	1,85	1,85	1,86	1,87	1,87	1,88	0,03
EU	1,59	1,63	1,68	1,71	1,73	1,76	0,16
EA	1,56	1,59	1,63	1,67	1,69	1,72	0,16

EU and EA averages are weighted averages.

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

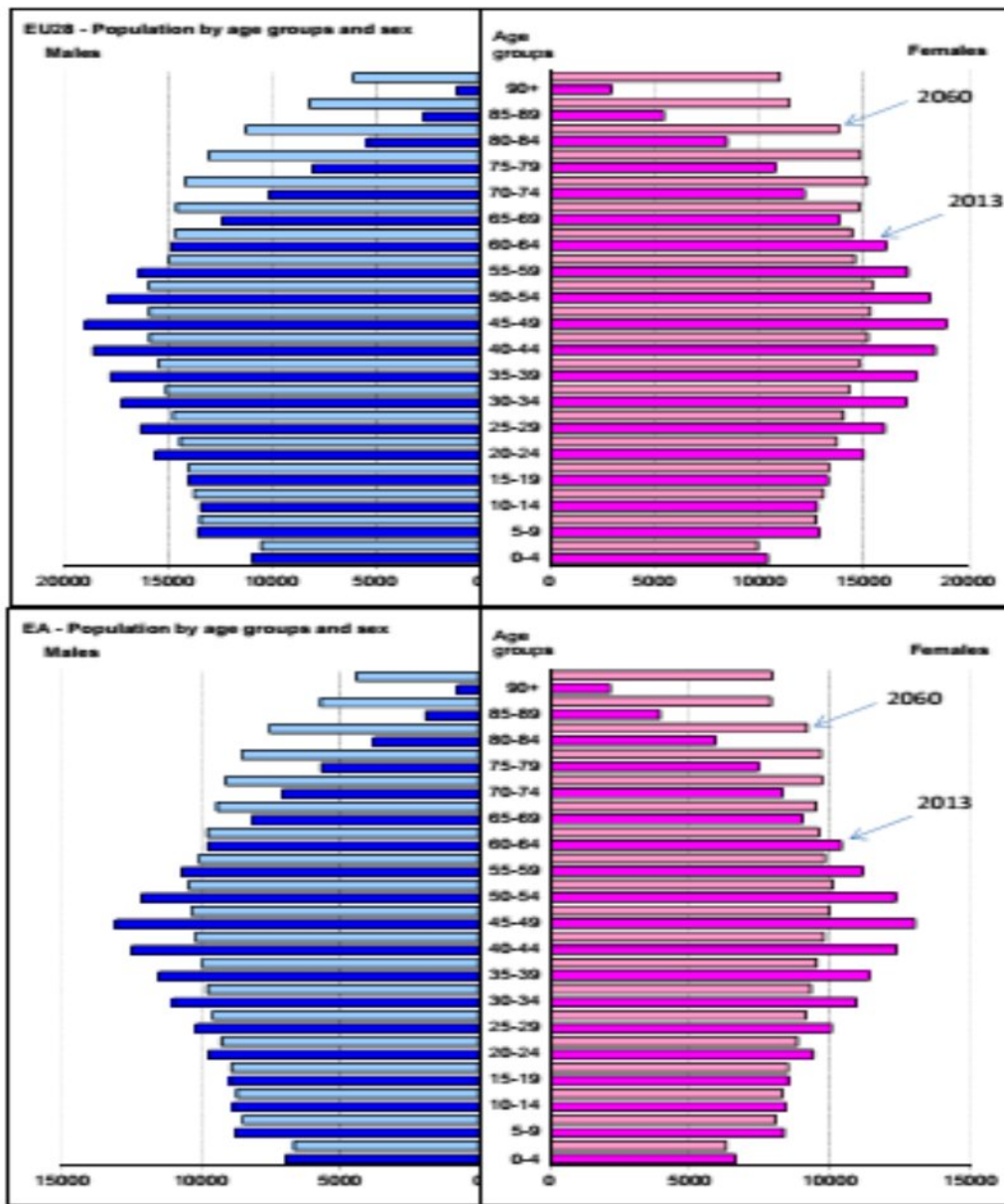
Πίνακας Α.4: Past trends in life expectancy at birth, 1950-2012

Males											
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2012	1960-2012	2000-2012
BE	62,0	66,8	67,9	69,9	72,7	74,6	76,2	77,5	77,8	11,0	3,2
BG	:	67,5	69,1	68,4	68,0	68,4	69,0	70,3	70,9	3,4	2,5
CZ	:	67,8	66,1	66,9	67,6	71,6	72,9	74,5	75,1	7,3	3,5
DK	:	70,4	70,7	71,2	72,0	74,5	76,0	77,2	78,1	7,7	3,6
DE	64,6	66,5	67,5	69,6	72,0	75,1	76,7	78,0	78,6	12,1	3,5
EE	:	64,7	65,5	64,2	64,7	65,6	67,6	70,9	71,4	6,7	5,8
IE	64,5	68,1	68,8	70,1	72,1	74,0	76,7	78,5	78,7	10,6	4,7
EL	63,4	67,3	71,6	73,0	74,7	75,5	76,7	78,0	78,0	10,7	2,5
ES	59,8	67,4	69,2	72,3	73,4	75,8	77,0	79,2	79,5	12,1	3,7
FR	62,9	66,9	68,4	70,2	72,8	75,3	76,7	78,2	78,7	11,8	3,4
HR	:	67,2	69,0	70,6	73,8	76,9	71,7	73,4	73,9	6,7	-3,0
IT	63,7	67,2	69,0	70,6	73,8	76,9	78,1	79,5	79,8	12,6	2,9
CY	:	:	:	72,3	74,1	75,4	76,5	79,2	78,9	:	3,5
LV	:	65,2	66,0	63,6	64,3	65,0	64,9	67,9	68,9	3,7	3,9
LT	:	64,9	66,8	65,4	66,4	66,7	65,2	67,6	68,4	3,5	1,7
LU	:	66,5	67,1	70,0	72,4	74,6	76,7	77,9	79,1	12,6	4,5
HU	:	65,9	66,3	65,5	65,2	67,5	68,7	70,7	71,6	5,7	4,1
MT	:	66,5	68,4	68,0	73,7	76,2	77,3	79,3	78,6	12,1	2,4
NL	:	71,5	70,7	72,7	73,8	75,6	77,2	78,9	79,3	7,8	3,7
AT	:	66,2	66,5	69,0	72,3	75,2	76,6	77,9	78,4	12,2	3,2
PL	:	64,9	66,6	66,9	66,3	69,6	70,8	72,1	72,7	7,8	3,1
PT	56,4	61,1	63,6	67,9	70,6	73,3	74,9	76,8	77,3	16,2	4,0
RO	:	:	65,9	66,6	66,7	67,7	68,9	70,2	71,0	:	3,3
SI	:	66,1	65,0	67,4	69,8	72,2	73,9	76,4	77,1	11,0	4,9
SK	:	67,9	66,8	66,7	66,7	69,2	70,2	71,8	72,5	4,6	3,3
FI	:	66,5	66,5	69,2	71,0	74,2	75,6	76,9	77,7	12,2	3,5
SE	:	71,2	72,3	72,8	74,8	77,4	78,5	79,6	79,9	8,7	2,5
UK	66,2	67,9	68,7	70,2	72,9	75,5	77,0	78,6	79,1	11,2	3,6
NO	:	71,6	71,2	72,4	73,4	76,0	77,8	79,0	79,5	7,9	3,5
EU	:	66,9	67,8	69,0	70,7	72,8	73,9	75,6	76,1	9,2	3,3
EA	:	66,6	67,6	69,3	71,4	73,5	75,0	76,8	77,2	10,7	3,7
Females											
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2012	1960-2012	2000-2012
BE	67,3	72,8	74,2	76,7	79,5	81,0	81,9	83,0	83,1	10,3	2,1
BG	:	71,1	73,5	73,9	74,7	75,0	76,2	77,4	77,9	6,8	2,9
CZ	:	73,5	73,1	74,0	75,5	78,5	79,2	80,9	81,2	7,7	2,7
DK	:	74,4	75,9	77,3	77,8	79,2	80,5	81,4	82,1	7,7	2,9
DE	68,5	71,7	73,6	76,2	78,5	81,2	82,0	83,0	83,3	11,6	2,1
EE	:	73,1	74,5	74,3	74,9	76,4	78,2	80,8	81,5	8,4	5,1
IE	67,1	71,9	73,5	75,6	77,7	79,2	81,3	83,1	83,2	11,3	4,0
EL	68,5	72,4	76,0	77,5	79,5	80,9	82,3	83,3	83,4	11,0	2,5
ES	64,3	72,2	74,8	78,4	80,6	82,9	83,6	85,5	85,5	13,3	2,6
FR	68,5	73,6	75,9	78,4	81,2	83,0	83,8	85,3	85,4	11,8	2,4
HR	:	72,3	74,9	77,4	80,3	82,8	78,8	79,9	80,6	8,3	-2,2
IT	67,2	72,3	74,9	77,4	80,3	82,8	83,6	84,7	84,8	12,5	2,0
CY	:	:	:	77,0	78,6	80,1	80,8	83,9	83,4	:	3,3
LV	:	72,4	74,4	74,2	74,6	76,1	76,3	78,0	78,9	6,5	2,8
LT	:	71,4	75,0	75,4	76,3	77,4	77,4	78,9	79,6	8,2	2,2
LU	:	72,2	73,0	75,6	78,7	81,3	82,3	83,5	83,8	11,6	2,5
HU	:	70,2	72,1	72,8	73,8	76,2	77,2	78,6	78,7	8,5	2,5
MT	:	70,5	72,6	72,8	78,1	80,3	81,4	83,6	83,0	12,5	2,7
NL	:	75,5	76,3	79,3	80,2	80,7	81,7	83,0	83,0	7,5	2,3
AT	:	72,7	73,5	76,1	79,0	81,2	82,2	83,5	83,6	10,9	2,4
PL	:	70,6	73,3	75,4	75,3	78,0	79,3	80,7	81,1	10,5	3,1
PT	61,6	66,7	69,7	74,9	77,5	80,4	81,5	83,2	83,6	16,9	3,2
RO	:	:	70,4	71,9	73,1	74,8	75,7	77,5	78,1	:	3,3
SI	:	72,0	72,4	75,2	77,8	79,9	80,9	83,1	83,3	11,3	3,4
SK	:	72,7	73,1	74,4	75,7	77,5	78,1	79,3	79,9	7,2	2,4
FI	:	72,5	75,0	78,0	79,0	81,2	82,5	83,5	83,7	11,2	2,5
SE	:	74,9	77,3	79,0	80,5	82,0	82,9	83,6	83,6	8,7	1,6
UK	71,2	73,7	75,0	76,2	78,5	80,3	81,3	82,6	82,8	9,1	2,5
NO	:	76,0	77,5	79,3	79,9	81,5	82,7	83,3	83,5	7,5	2,0
EU	:	72,3	74,0	75,9	77,8	79,7	80,5	82,0	82,2	9,9	2,6
EA	:	72,2	74,0	76,2	78,4	80,3	81,4	83,0	83,1	10,9	2,8

(1) EU and EA averages are simple averages.

Source: Commission services based on Eurostat data, 2012 Ageing Report

Πίνακας Α.5: Age structure of the population in 2013 and 2060 EU28 and EA (persons)



Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.6: Decomposition of the population by age – groups

	2013				2060			
	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)
BE	17%	65%	18%	5%	17%	59%	24%	9%
BG	14%	67%	19%	4%	14%	54%	32%	12%
CZ	15%	68%	17%	4%	15%	56%	28%	12%
DK	17%	65%	18%	4%	16%	59%	25%	10%
DE	13%	66%	21%	6%	13%	55%	32%	13%
EE	16%	66%	18%	5%	15%	55%	30%	12%
IE	22%	66%	12%	3%	19%	60%	21%	10%
EL	15%	65%	20%	6%	13%	54%	33%	15%
ES	15%	67%	18%	6%	13%	57%	30%	15%
FR	19%	64%	18%	6%	17%	58%	25%	11%
HR	15%	67%	18%	4%	14%	57%	30%	11%
IT	14%	65%	21%	6%	13%	57%	30%	13%
CY	16%	70%	13%	3%	15%	58%	27%	9%
LV	15%	67%	19%	5%	16%	56%	28%	11%
LT	15%	67%	18%	5%	18%	56%	26%	11%
LU	17%	69%	14%	4%	17%	61%	22%	8%
HU	14%	68%	17%	4%	14%	56%	29%	12%
MT	14%	68%	18%	4%	15%	56%	29%	10%
NL	17%	66%	17%	4%	15%	57%	27%	11%
AT	14%	67%	18%	5%	14%	57%	29%	11%
PL	15%	70%	14%	4%	13%	54%	33%	12%
PT	15%	66%	20%	5%	11%	54%	35%	16%
RO	16%	68%	16%	4%	15%	56%	29%	12%
SI	15%	68%	17%	5%	15%	56%	29%	12%
SK	15%	71%	13%	3%	11%	53%	35%	13%
FI	16%	65%	19%	5%	16%	58%	26%	10%
SE	17%	64%	19%	5%	17%	58%	24%	9%
UK	18%	65%	17%	5%	17%	58%	25%	9%
NO	18%	66%	16%	4%	17%	60%	23%	8%
EU	16%	66%	18%	5%	15%	57%	28%	12%
EA	15%	66%	19%	6%	15%	57%	29%	12%

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.7: Demographic old –age dependency ratio (65+/(15-64))

	Demographic dependency ratio (65+)						p.p. change 2013-2060
	2013	2020	2030	2040	2050	2060	
BE	27,1	29,7	34,7	37,2	37,9	39,9	12,9
BG	28,9	33,9	39,1	45,8	54,3	58,4	29,6
CZ	25,1	31,7	35,3	40,8	48,4	50,1	24,9
DK	27,9	31,6	36,9	40,7	39,4	41,8	13,9
DE	31,8	36,2	47,6	55,6	57,4	59,2	27,4
EE	27,5	32,8	39,8	45,5	51,7	54,5	26,9
IE	18,9	23,6	30,7	39,0	44,7	35,6	16,7
EL	31,2	34,6	41,6	53,8	63,7	60,8	29,7
ES	26,8	30,7	40,2	54,3	62,3	53,2	26,4
FR	27,9	33,0	39,4	44,1	43,7	42,9	14,9
HR	27,3	32,1	39,5	43,9	49,3	52,3	25,0
IT	32,8	35,1	41,3	50,2	52,9	53,0	20,3
CY	19,1	24,3	32,1	36,6	42,6	46,5	27,4
LV	28,3	32,5	42,2	47,8	50,7	50,3	22,0
LT	27,4	32,3	48,0	55,7	51,6	45,7	18,3
LU	20,3	21,7	25,8	29,3	31,7	35,6	15,2
HU	25,4	31,0	34,4	40,5	47,5	52,6	27,1
MT	25,8	33,2	40,5	40,9	45,0	50,9	25,1
NL	25,9	31,2	40,6	47,1	46,4	47,8	21,9
AT	27,0	29,5	37,9	44,4	46,8	50,5	23,5
PL	20,5	27,7	35,6	40,4	52,6	61,0	40,5
PT	29,8	34,7	43,6	55,7	64,3	63,9	34,0
RO	24,1	28,8	32,7	41,8	48,7	51,8	27,7
SI	25,4	32,2	41,0	47,7	54,1	52,5	27,2
SK	18,7	24,8	32,9	40,6	54,9	66,1	47,4
FI	29,6	36,1	41,5	41,1	42,0	45,1	15,5
SE	30,2	33,1	35,7	37,4	37,6	41,5	11,2
UK	26,6	29,6	35,2	39,1	40,7	42,8	16,1
NO	23,9	26,5	30,2	33,7	35,1	39,0	15,1
EU	27,8	32,1	39,4	46,1	49,5	50,1	22,3
EA	29,3	33,3	41,5	49,4	52,0	51,1	21,8

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.8: Demographic total dependency ratio (0-14 plus 65+(15-64))

	Total dependency ratio						p.p. change
	2013	2020	2030	2040	2050	2060	2013-2060
BE	53,1	57,2	63,0	65,6	66,6	68,4	15,2
BG	49,3	56,1	60,5	68,1	79,6	84,4	35,1
CZ	47,1	56,7	58,6	64,9	76,2	77,3	30,3
DK	54,7	57,7	64,7	69,6	66,8	69,8	15,0
DE	51,4	56,2	69,5	77,9	80,3	83,2	31,8
EE	51,4	59,2	63,9	69,7	79,7	82,2	30,8
IE	52,2	57,6	58,5	68,6	79,5	66,4	14,2
EL	53,6	56,5	61,4	75,3	87,9	84,5	30,9
ES	49,5	52,8	58,8	75,2	87,1	77,0	27,4
FR	57,1	62,4	69,3	74,8	74,1	72,6	15,6
HR	49,5	55,3	62,8	66,8	73,4	77,0	27,4
IT	54,4	56,8	62,8	73,6	77,1	76,9	22,5
CY	42,4	49,1	56,2	58,6	67,5	73,3	30,9
LV	50,2	56,8	65,7	71,7	79,4	79,5	29,3
LT	49,3	56,2	73,3	80,6	82,0	77,1	27,8
LU	44,9	47,3	53,4	57,4	59,4	63,1	18,1
HU	46,6	53,1	57,0	63,8	72,1	78,3	31,7
MT	47,1	56,5	66,0	64,9	70,4	78,4	31,3
NL	51,8	56,2	67,0	74,4	72,6	74,4	22,6
AT	48,3	51,4	61,4	67,8	70,5	75,1	26,8
PL	41,9	50,7	57,0	60,7	75,8	85,0	43,1
PT	52,1	54,8	62,6	76,4	85,7	84,8	32,7
RO	47,1	52,6	56,7	66,7	75,4	79,1	32,0
SI	46,7	56,3	63,9	71,0	80,9	78,8	32,1
SK	40,1	46,8	52,5	59,3	75,7	87,6	47,5
FI	55,0	63,3	69,6	68,7	69,8	73,1	18,0
SE	56,8	62,3	65,6	66,2	67,0	71,3	14,5
UK	53,7	58,8	64,5	67,7	70,2	72,4	18,6
NO	51,7	54,6	59,4	62,9	63,6	67,6	15,9
EU	51,4	56,5	63,8	71,2	75,8	76,6	25,2
EA	52,6	56,8	65,1	74,1	77,8	76,9	24,2

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.9: Projection of life expectancy at birth in Europe 2013

(1) EU and EA averages are weighted averages

	Males							Females						
	2013	2020	2030	2040	2050	2060	change	2013	2020	2030	2040	2050	2060	change
BE	77,8	78,9	80,5	82,0	83,3	84,6	6,8	82,9	84,0	85,3	86,6	87,8	88,9	6,0
BG	71,1	72,9	75,3	77,6	79,6	81,6	10,5	78,0	79,4	81,3	83,1	84,8	86,4	8,4
CZ	75,1	76,5	78,3	80,1	81,7	83,3	8,2	81,2	82,3	83,8	85,3	86,6	87,9	6,7
DK	78,2	79,3	80,8	82,2	83,5	84,8	6,6	82,1	83,2	84,7	86,2	87,5	88,7	6,6
DE	78,5	79,6	81,1	82,6	83,9	85,2	6,7	83,2	84,2	85,5	86,8	87,9	89,1	5,9
EE	71,6	73,3	75,7	77,9	80,0	81,9	10,3	81,3	82,5	84,1	85,6	87,0	88,3	7,0
IE	78,7	79,8	81,3	82,6	83,9	85,2	6,5	83,0	84,1	85,5	86,8	88,0	89,2	6,2
EL	78,0	79,2	80,8	82,2	83,6	84,9	6,9	83,3	84,2	85,5	86,7	87,9	89,0	5,7
ES	79,5	80,5	81,9	83,2	84,4	85,5	6,0	85,2	86,0	87,1	88,1	89,1	90,0	4,8
FR	78,6	79,8	81,3	82,7	84,0	85,2	6,6	85,0	85,8	87,0	88,1	89,1	90,0	5,0
HR	74,0	75,4	77,4	79,3	81,0	82,7	8,7	80,7	81,8	83,4	84,8	86,2	87,6	6,9
IT	79,8	80,8	82,1	83,3	84,4	85,5	5,7	84,7	85,5	86,6	87,7	88,7	89,7	5,0
CY	79,1	80,1	81,5	82,8	84,1	85,2	6,1	83,3	84,3	85,5	86,7	87,8	88,9	5,6
LV	69,1	71,1	73,8	76,4	78,7	80,9	11,8	78,9	80,3	82,2	83,9	85,5	87,0	8,1
LT	68,7	70,8	73,6	76,3	78,7	80,9	12,2	79,6	80,9	82,7	84,4	86,0	87,4	7,8
LU	79,1	80,2	81,6	83,0	84,2	85,4	6,3	83,5	84,6	86,0	87,3	88,4	89,5	6,0
HU	71,9	73,6	75,9	78,1	80,1	82,0	10,1	78,8	80,2	82,1	83,8	85,5	87,0	8,2
MT	78,7	79,8	81,3	82,6	83,9	85,1	6,4	82,8	84,0	85,4	86,8	88,0	89,1	6,3
NL	79,3	80,3	81,6	82,9	84,1	85,2	5,9	82,9	83,9	85,3	86,6	87,8	88,9	6,0
AT	78,4	79,5	81,0	82,4	83,7	84,9	6,5	83,5	84,4	85,7	86,9	88,0	89,1	5,6
PL	72,8	74,5	76,7	78,8	80,8	82,6	9,8	80,9	82,2	83,8	85,3	86,8	88,1	7,2
PT	77,4	78,6	80,2	81,7	83,1	84,5	7,1	83,5	84,4	85,7	86,9	88,1	89,2	5,7
RO	71,2	73,0	75,5	77,8	79,9	81,8	10,6	78,2	79,7	81,6	83,5	85,1	86,7	8,5
SI	77,2	78,4	80,0	81,5	83,0	84,3	7,1	83,1	84,1	85,4	86,7	87,8	88,9	5,8
SK	72,7	74,3	76,5	78,6	80,5	82,3	9,6	79,9	81,1	82,8	84,5	86,0	87,4	7,5
FI	77,7	78,9	80,4	81,9	83,3	84,6	6,9	83,5	84,5	85,8	87,0	88,1	89,2	5,7
SE	80,1	81,0	82,2	83,4	84,5	85,6	5,5	83,6	84,5	85,8	87,0	88,1	89,2	5,6
UK	79,1	80,2	81,6	82,9	84,2	85,3	6,2	82,8	83,9	85,3	86,6	87,8	89,0	6,2
NO	79,6	80,5	81,9	83,1	84,3	85,4	5,8	83,5	84,5	85,8	87,0	88,1	89,1	5,6
EU	77,6	78,8	80,5	82,0	83,4	84,7	7,2	83,1	84,1	85,5	86,8	87,9	89,1	6,0
EA	78,7	79,8	81,3	82,7	83,9	85,2	6,5	84,0	84,9	86,2	87,4	88,4	89,5	5,5

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.10: Projection of persons aged 65 and over (in millions)

	Population aged 65+ population (annual average)						% change		
	2013	2020	2030	2040	2050	2060	2013-2020	2020-2060	2013-2060
BE	2,0	2,2	2,8	3,1	3,4	3,7	13,2	63,2	64,8
BG	1,4	1,5	1,8	1,7	1,7	1,7	7,2	14,8	23,1
CZ	1,8	2,2	2,4	2,7	3,0	3,1	19,8	45,3	74,1
DK	1,0	1,2	1,4	1,5	1,5	1,6	14,5	38,8	58,9
DE	17,1	18,7	22,4	24,3	23,7	22,9	9,4	22,5	34,1
EE	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	10,2	23,5	38,1
IE	0,8	0,7	0,9	1,1	1,2	1,1	21,0	63,0	97,2
EL	2,2	2,4	2,8	2,9	3,1	2,8	5,2	19,7	25,9
ES	8,3	9,2	11,3	13,8	15,2	13,9	10,1	50,8	66,0
FR	11,7	13,8	16,4	18,4	18,7	18,8	17,7	36,6	60,8
HR	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	11,7	25,9	40,6
IT	12,8	13,9	16,3	19,2	20,0	19,9	8,8	43,0	55,6
CY	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	24,9	107,0	158,6
LV	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	1,8	1,1	3,0
LT	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,9	-13,6	-12,8
LU	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	23,9	164,1	227,1
HU	1,7	2,0	2,1	2,4	2,6	2,7	15,6	36,0	57,2
MT	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	25,9	45,8	83,5
NL	2,9	3,4	4,3	4,8	4,7	4,7	19,5	36,4	62,9
AT	1,5	1,7	2,2	2,5	2,7	2,8	11,4	62,8	81,4
PL	5,6	7,0	8,5	9,1	10,4	11,0	26,2	55,5	98,4
PT	2,1	2,3	2,8	3,0	3,1	2,8	10,6	25,0	38,1
RO	3,3	3,7	4,0	4,6	5,0	5,0	13,4	35,5	53,6
SI	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	20,8	39,2	68,2
SK	0,7	0,9	1,1	1,3	1,5	1,6	28,9	75,4	122,5
FI	1,0	1,2	1,4	1,5	1,5	1,6	20,1	30,4	56,7
SE	1,9	2,1	2,4	2,6	2,8	3,2	12,3	52,4	71,1
UK	11,1	12,5	15,1	17,3	18,5	19,9	12,4	59,1	78,9
NO	0,8	1,0	1,2	1,5	1,7	1,9	19,3	98,5	138,9
EU	93,2	105,3	124,8	141,2	147,9	148,3	13,0	40,8	59,1
EA	64,1	71,8	85,8	97,7	100,7	98,5	12,0	37,2	53,7

Source: Commission services based on Eurostat EUROPOP2013 data

Πίνακας Α.11: Greece, Main demographic and macroeconomic assumptions

Greece		EC-EPC (AWG) 2015 projections											
Main demographic and macroeconomic assumptions													
Demographic projections - EUROPOP2013 (EUROSTAT)													
		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Fertility rate		1,34	1,36	1,39	1,42	1,45	1,47	1,49	1,52	1,54	1,56	1,58	0,2
Life expectancy at birth													
	men	78,0	78,3	79,2	80,0	80,8	81,5	82,2	82,9	83,6	84,3	84,9	6,9
	women	83,3	83,6	84,2	84,9	85,5	86,1	86,7	87,3	87,9	88,5	89,0	5,7
Life expectancy at 65													
	men	18,0	18,3	18,8	19,3	19,8	20,3	20,8	21,3	21,8	22,2	22,7	4,7
	women	20,8	21,0	21,5	22,0	22,6	23,1	23,6	24,0	24,5	25,0	25,4	4,6
Net migration (thousand)		-15,9	-21,3	-22,3	-17,1	-10,0	-3,3	1,3	6,0	7,3	5,9	4,7	20,6
Net migration as % of population		-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Population (million)		11,0	11,0	10,7	10,4	10,1	9,8	9,6	9,3	9,1	8,8	8,6	-2,5
	Children population (0-14) as % of total population	14,6	14,5	14,0	13,0	12,3	12,1	12,3	12,7	12,9	12,9	12,9	-1,8
	Prime age population (25-54) as % of total population	42,6	42,1	40,6	38,3	36,2	34,6	33,3	32,9	32,8	33,1	33,3	-9,3
	Working age population (15-64) as % of total population	65,1	64,7	63,9	63,2	61,9	59,6	57,0	54,6	53,2	53,4	54,2	-10,9
	Elderly population (65 and over) as % of total population	20,3	20,8	22,1	23,8	25,8	28,4	30,7	32,7	33,9	33,7	33,0	12,7
	Very elderly population (80 and over) as % of total population	5,8	6,2	7,1	7,3	8,1	8,9	10,1	11,3	12,9	14,2	15,3	9,5
	Very elderly population (80 and over) as % of elderly population	28,7	30,0	31,9	30,6	31,5	31,5	32,9	34,5	38,1	42,1	46,5	17,8
	Very elderly population (80 and over) as % of working age population	8,9	9,6	11,0	11,5	13,1	15,0	17,7	20,7	24,3	26,6	28,3	19,3
Macroeconomic assumptions*													
Potential GDP (growth rate)		-3,5	-2,8	0,1	0,6	1,5	2,0	1,1	1,0	0,9	1,1	1,1	0,7
Employment (growth rate)		-2,3	-2,2	1,0	0,4	0,2	0,0	-0,9	-1,0	-0,9	-0,6	-0,5	-0,4
Labour input : hours worked (growth rate)		-1,7	-1,7	1,0	0,4	0,2	0,0	-0,9	-1,0	-0,9	-0,6	-0,5	-0,3
Labour productivity per hour (growth rate)		-1,8	-1,1	-0,9	0,2	1,3	2,0	2,0	2,0	1,9	1,7	1,5	1,0
	TFP (growth rate)	-1,4	-0,9	-0,2	0,3	0,8	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	1,0	0,7
	Capital deepening (contribution to labour productivity growth)	-0,4	-0,2	-0,8	-0,1	0,4	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3
GDP per capita (growth rate)		-3,1	-2,4	0,6	1,2	2,0	2,5	1,6	1,5	1,5	1,7	1,8	1,2
GDP per worker (growth rate)		-1,3	-0,6	-0,9	0,2	1,3	2,0	2,0	2,0	1,9	1,7	1,5	1,1
GDP in 2013 prices (in millions euros)		182,1	171,6	163,5	167,9	177,1	194,2	211,2	222,6	233,5	245,3	258,8	
Labour force assumptions													
		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Working age population (15-64) (in thousands)		7190	7085	6818	6548	6233	5840	5460	5107	4849	4723	4639	-2551
Population growth (working age:15-64)		-0,9	-0,8	-0,8	-0,8	-1,1	-1,4	-1,3	-1,3	-0,7	-0,5	-0,3	0,6
Population (20-64) (in thousands)		6645	6545	6286	5988	5732	5388	5044	4703	4441	4306	4226	-2419
Population growth (20-64)		-0,9	-0,8	-0,9	-1,0	-0,8	-1,3	-1,3	-1,4	-0,8	-0,5	-0,3	0,6
Labour force 15-64 (thousands)		4871	4909	4901	4761	4579	4355	4120	3876	3685	3574	3500	-1371
Labour force 20-64 (thousands)		4827	4866	4858	4718	4537	4318	4086	3844	3652	3541	3467	-1361
Participation rate (20-64)		72,6	74,3	77,3	78,8	79,1	80,1	81,0	81,7	82,2	82,2	82,0	9,4
Participation rate (15-74)		59,4	60,7	62,4	63,1	63,4	63,9	64,1	64,6	64,9	65,8	66,9	7,5
Participation rate (15-64)		67,7	69,3	71,9	72,7	73,5	74,6	75,5	75,9	76,0	75,7	75,4	7,7
	young (15-24)	30,8	30,9	30,0	29,3	31,2	31,8	31,4	30,9	30,4	30,2	30,6	-0,3
	prime-age (25-54)	84,0	85,1	86,4	87,1	87,6	87,9	88,2	88,3	88,4	88,3	88,1	4,1
	older (55-64)	42,4	47,4	59,4	66,4	69,4	72,0	74,5	75,9	77,2	77,7	78,0	35,5
Participation rate (20-64) - WOMEN		62,8	65,0	68,7	71,1	72,0	73,5	74,6	75,6	76,3	76,3	76,1	13,3
Participation rate (15-74) - WOMEN		50,9	52,5	54,9	56,2	57,0	57,8	58,1	59,0	59,6	60,6	61,6	10,7
Participation rate (15-64) - WOMEN		58,7	60,6	64,0	65,7	66,9	68,4	69,5	70,2	70,5	70,2	69,9	11,3
	young (15-24)	27,6	27,9	27,0	26,3	28,1	28,7	28,3	27,9	27,4	27,2	27,6	-0,1
	prime-age (25-54)	74,4	76,3	78,9	80,5	81,7	82,3	82,4	82,6	82,7	82,6	82,4	8,0
	older (55-64)	30,8	35,3	46,9	55,5	59,1	62,6	66,2	68,3	69,9	70,4	70,7	39,9
Participation rate (20-64) - MEN		82,6	83,8	85,9	86,5	86,2	86,6	87,2	87,6	88,0	87,9	87,7	5,2
Participation rate (15-74) - MEN		68,2	69,1	70,1	70,1	70,0	70,1	70,0	70,2	70,2	70,9	72,0	3,9
Participation rate (15-64) - MEN		76,9	78,0	79,8	79,7	79,9	80,6	81,2	81,4	81,3	81,0	80,7	3,9
	young (15-24)	33,9	33,7	32,8	32,0	34,1	34,6	34,3	33,8	33,2	33,0	33,4	-0,4
	prime-age (25-54)	93,6	93,9	93,7	93,6	93,4	93,4	93,6	93,8	93,8	93,7	93,5	-0,1
	older (55-64)	55,1	60,6	73,2	78,3	80,3	81,8	83,0	83,5	84,6	85,0	85,2	30,1
Employment rate (15-64)		48,7	52,7	56,0	60,2	63,4	66,9	69,8	70,2	70,3	70,0	69,8	21,1
Employment rate (20-64)		52,6	56,8	60,5	65,4	68,4	72,0	75,0	75,7	76,2	76,2	76,0	23,4
Employment rate (15-74)		42,9	46,2	48,8	52,4	54,9	57,5	59,5	60,0	60,3	61,1	62,1	19,2
Unemployment rate (15-64)		28,0	24,0	22,1	17,2	13,7	10,3	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	-20,6
Unemployment rate (20-64)		27,7	23,7	21,7	17,0	13,5	10,1	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	-20,3
Unemployment rate (15-74)		27,9	23,8	21,8	16,9	13,4	9,9	7,2	7,1	7,1	7,1	7,2	-20,7
Employment (20-64) (in millions)		3,5	3,7	3,8	3,9	3,9	3,9	3,8	3,6	3,4	3,3	3,2	-0,3
Employment (15-64) (in millions)		3,5	3,7	3,8	3,9	3,9	3,9	3,8	3,6	3,4	3,3	3,2	-0,3
	share of young (15-24)	4%	5%	4%	5%	6%	6%	6%	6%	6%	7%	7%	2%
	share of prime-age (25-54)	82%	81%	77%	73%	70%	68%	68%	70%	72%	72%	72%	-11%
	share of older (55-64)	13%	15%	19%	22%	24%	26%	24%	24%	22%	21%	22%	8%
Dependency ratios:													
		2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	Ch 13-60
Share of older population (55-64) (1)		18,5	19,1	20,6	22,6	24,4	25,3	25,4	23,3	21,0	20,0	20,2	1,7
Old-age dependency ratio (2)		31	32	35	38	42	48	54	60	64	63	61	30
Total dependency ratio (3)		54	55	57	58	61	68	75	83	88	87	85	31
Total economic dependency ratio (4)		211	189	174	155	144	137	135	141	146	148	147	-64
Economic old-age dependency ratio (15-64) (5)		62	59	60	59	61	65	70	77	82	82	80	17
Economic old-age dependency ratio (15-74) (6)		62	59	58	57	59	61	65	71	75	76	74	13
LEGENDA:													
* The potential GDP and its components is used to estimate the rate of potential output growth, net of normal cyclical variations													
(1) Share of older population = Population aged 55 to 64 as % of population aged 15-64													
(2) Old-age dependency ratio = Population aged 65 and over as a percentage of the population aged 15-64													
(3) Total dependency ratio = Population under 15 and over 64 as a percentage of the population aged 15-64													
(4) Total economic dependency ratio = Total population less employed as % of employed population 15-74													
(5) Economic old-age dependency ratio (15-64) = Inactive population aged 65+ as % of employed population 15-64													
(6) Economic old-age dependency ratio (15-74) = Inactive population aged 65+ as % of employed population 15-74													
NB: : = data not provided													

Source: Commission Services (DG ECFIN), Eurostat (EUROPOP2013), EPC (AWG)

**Πίνακας Α.12: Κατανομή Εισοδήματος Συνταξιούχων ανά
εύρος καταβαλλόμενου ποσού**

Εύρος Ποσού	Γήρατος		Θανάτου		Αναπηρικές		Λοιπές	
	Πλήθος	Μ.Ο.(€)	Πλήθος	Μ.Ο.(€)	Πλήθος	Μ.Ο.(€)	Πλήθος	Μ.Ο.(€)
0-300	70.561	125,47	48.738	137,75	6.615	171,16	3	68,59
300-400	156.291	368,45	21.849	353,73	53.048	362,35	22	391,08
400-500	207.462	453,08	28.426	447,15	37.508	456,80	0	0,00
500-600	180.483	546,93	55.570	559,41	25.336	541,60	0	0,00
600-700	141.933	649,48	61.046	656,02	26.063	643,84	11	671,40
700-800	177.860	751,52	64.198	759,01	27.658	753,44	1.368	783,30
800-900	169.085	846,09	39.011	842,08	17.893	847,38	122	823,20
900-1.000	98.614	955,12	21.785	954,93	7.389	952,27	2	933,59
1.000-1.500	477.211	1.272,96	53.118	1.201,24	26.505	1.163,73	1	1.187,00
1.500-2.000	299.636	1.688,32	7.528	1.667,50	2.840	1.679,62	0	0,00
2.000-2.500	37.364	2.168,17	770	2.199,41	472	2.180,78	0	0,00
2.500-3.000	8.947	2.666,05	281	2.687,43	172	2.738,39	0	0,00
3.000-3.500	1.463	3.212,42	19	3.185,46	24	3.183,53	0	0,00
3.500-4.000	774	3.698,56	7	3.654,49	8	3.740,66	0	0,00
>4.000	243	4.636,06	7	4.650,73	5	4.558,53	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	2.027.927		402.353		231.536		1.529	

Source:ΗΔΙΚΑ (26^η έκθεση, 2015)

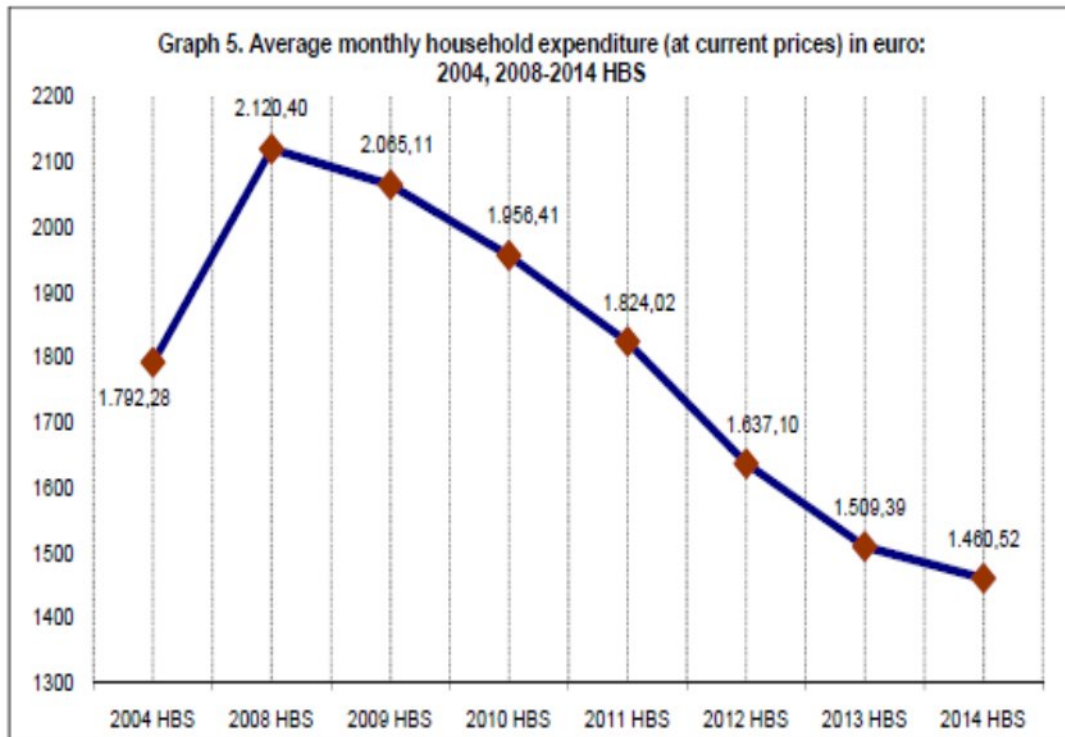
**Πίνακας Α.13: Κατανομή συντάξεων, ανά κατηγορία σύνταξης
(ακαθάριστα ποσά)**

Κατηγορία Σύνταξης	Πλήθος	Μηνιαίο Ποσό	Μέση Σύνταξη
A. Κύρια	2.914.505	2.099.401.481,52€	720,33 €
Γήρατος	2.015.785	1.598.426.015,34€	792,95 €
Θανάτου	594.227	329.956.422,92€	555,27 €
Αναπηρίας	269.945	157.160.678,91€	582,20 €
Ανασφάλιστων Υπερηλίκων ΟΓΑ	31.046	11.155.989,85€	359,34 €
Χωρίς Ένδειξη Κατηγορίας	3.502	2.702.374,50€	771,67 €
B. Επικουρική	1.649.599	278.806.843,26€	169,01 €
Γήρατος	1.223.352	228.404.424,23€	186,70 €
Θανάτου	350.451	39.086.014,17€	111,53 €
Αναπηρική	75.796	11.316.404,86€	149,30 €
Χωρίς Ένδειξη Κατηγορίας	0	0,00€	0,00 €
ΣΥΝΟΛΟ	4.564.104	2.378.208.324,78€	

Source:ΗΔΙΚΑ (26^η έκθεση, 2015)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

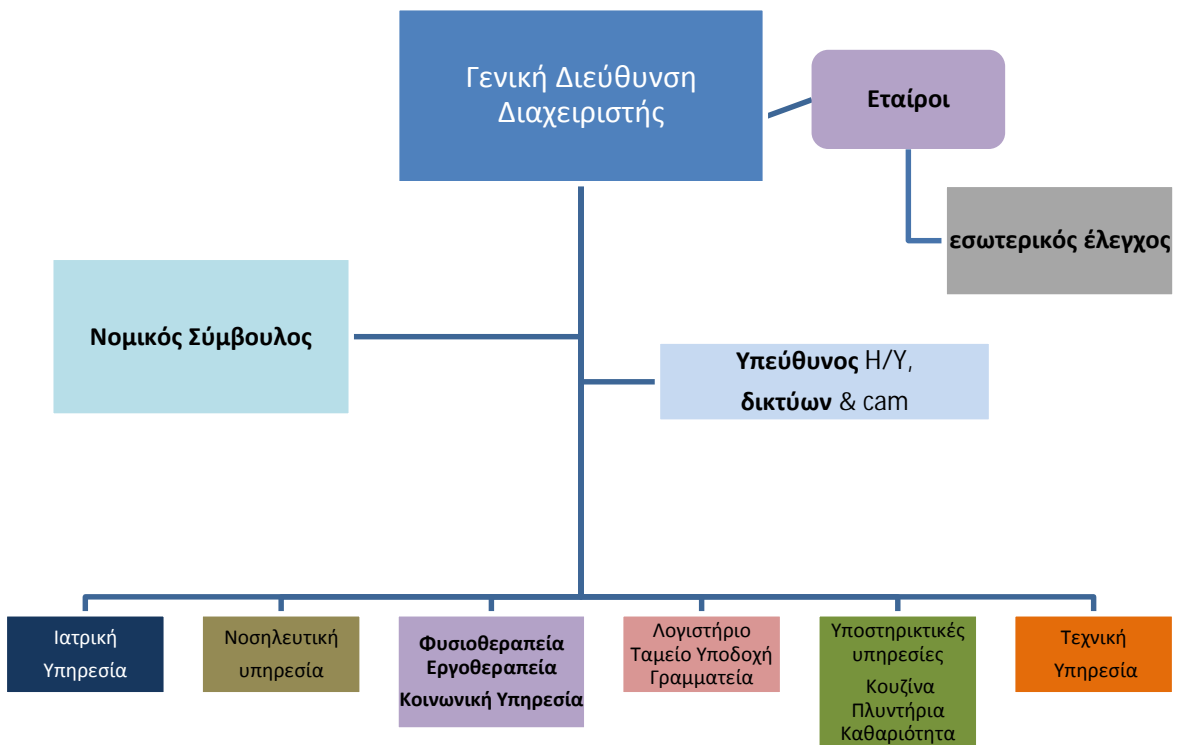
**Διάγραμμα Β.4.1: Average monthly household expenditure
in €2004, 2008-2014 HBS**



Source: ΕΛΣΤΑΤ 2014 Household Budget Survey

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Γράφημα 7.4.1: Οργανόγραμμα επιχείρησης



Γράφημα 7.4.2: Δομή ιατρικής υπηρεσίας



Γράφημα 7.4.3: Δομή νοσηλευτικής υπηρεσίας



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Πίνακας Δ.9.1: Ισολογισμός 2010

ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2010										
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ	Χ Ρ Η Σ Η	2 0 1 0	2 0 0 9	Χ Ρ Η Σ Η	2 0 0 9	ΠΑΘΗΤΙΚΟ	Χ Ρ Η Σ Η	2 0 1 0	Χ Ρ Η Σ Η	2 0 0 9
Β.ΕΞΟΔΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ						ΛΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ				
ΕΞΟΔΑ ΙΔΡΥΣΕΩΣ & Α ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ	7,291.38	6,854.33	437.05	7,291.38	6,854.33	ΛΕΤΑΙΡΙΚΟ	147,000.00	147,000.00		
Γ. ΠΑΓΙΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ						ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	136,744.54	136,744.54		
II ΕΝΣΩΜΑΤΕΣ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ						ΤΑΚΤΙΚΟ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΟ	48,383.99	40,438.96		
ΓΗΠΕΔΑ - ΟΙΚΟΠΕΔΑ	126,619.62	0.00	126,619.62	126,619.62	0.00	ΑΔΟΡΟΛΟΓΗΤΟ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΟ	46,557.11	46,557.11		
ΚΤΙΡΙΑ & ΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑ	677,844.92	#####	121,059.57	643,044.91	#####	IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΙΣ ΝΕΟΝ				
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕΣΑ						ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΕΡΔΩΝ ΕΕ ΝΕΟΝ				
ΕΠΙΠΛΑ-ΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	270,425.14	#####	38,952.90	241,625.16	#####	ΣΥΝΟΛΟ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	378,685.64	370,740.61		
ΣΥΝΟΛΟ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ						Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ				
III ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ & ΛΟΙΠΕΣ						I. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ				
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	2,430.63		2,430.63	2,430.63		ΔΑΝΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΩΝ	0.00	0.00		
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΓΙΟΥ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ		289,499.77			287,249.15	II ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ				
Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ						ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ	29,582.72	21,153.99		
II ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ						ΦΟΡΟΙ - ΤΕΛΗ	88,781.49	47,886.22		
ΠΕΛΑΤΕΣ	47,762.14		47,762.14	33,782.14		ΕΠΙΤΑΓΕΣ ΠΑΗΡΩΤΕΣ	26,607.00	11,122.95		
ΧΡΕΩΣΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ	7,121.91		7,121.91	7,121.91		ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	20,631.90	22,943.72		
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ	51,008.52		51,008.52	27,313.70		ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΠΑΗΡΩΤΕΑ	150,955.66	139,482.28		
IV ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ						ΠΙΣΤΩΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ				
ΤΑΜΕΙΟ	278,779.54		299,852.07	250,607.46		ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ				
ΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ ΟΦΕΩΣ	21,072.53		7,245.41	257,852.87						
ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓ/ΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ										
ΕΞΟΔΑ ΕΠΟΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ										
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ		695,244.41		613,329.77		ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ	695,244.41	613,329.77		

Πίνακας Δ.9.2: Κατάσταση Αποτελεσμάτων χρήσεως 2010

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΡΗΣΕΩΣ 2010	ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΕΡΔΩΝ 2010		
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	906,546.45	ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ ΧΡΗΣΕΩΣ	257,083.87
ΜΕΙΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	512,958.71	ΜΕΙΟΝ ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	98,183.18
ΜΙΚΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΚΜ/ΣΗΣ	393,587.74	ΚΕΡΔΗ ΠΡΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗ	158,900.69
ΠΛΕΟΝ. ΑΛΛΑ ΕΞΟΔΑ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ			
ΣΥΝΟΛΟ	393,587.74	ΤΑΚΤΙΚΟ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΟ	7,945.03
ΜΕΙΟΝ ΕΞΟΔΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	73,302.63	ΚΕΡΔΗ ΔΙΑΝΕΜ/ΝΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΑΙΡΟΥΣ	150,955.66
ΕΞΟΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	1,712.01		
ΧΡΕΩΣΤΙΚΟΙ ΤΟΚΟΙ & ΣΥΝΑΦΗ ΕΞΟΔΑ	133.36	ΚΕΡΔΗ ΕΙΣ ΝΕΟΝ	0.00
ΟΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ	318,439.74		
ΟΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΡΗΣΕΩΣ			
ΜΕΙΟΝ ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	61,349.37		
ΜΕΙΟΝ ΕΚΤΑΚΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΡΓΑΝΑ	6.50		
ΚΑΘΑΡΑ ΚΕΡΔΗ ΧΡΗΣΕΩΣ	257,083.87		

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Age Concern (2005) *How Ageist is Britain?* London, Age Concern England.

Age Concern (2006) *Promoting Mental Health and Well-Being in Later Life*.
London, Age Concern and the Mental Health Foundation.

Andreas Anell, Anna H. glenngrad, Sherry Merkur Vol.14 No.5 2012 *Sweden- Health System review, Health Systems in Transition 2012*.

Baum J. Loneliness in elderly persons: a preliminary study. *Psychol Rep* 1982;
50: 1317-8.

Beck C, Schultz C, Walton C, Walls R. Predictors of loneliness in older men
and women. *J Women Aging* 1990; 2: 3-31.

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine
year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-
204.

Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*.
Buckingham: Open University Press.

Byles JE, Harris MA, Nair B, Butler JRG. *Preventive health programs for older
Australians*. *Health Promot J Aust* 1996; 6: 37-43.

Burholt, V. and Windle, G. (2006) *The Material Resources and Well-Being of Older
People*. York, UK, Joseph Rowntree Foundation.

Boise L, White D. *The family's role in person-centred care: practice considerations*.
J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004; 42: 12-20.

Boldy DP, Chou S-C, Lee AH. *Assessing resident satisfaction and its relationship to staff satisfaction in residential aged care.* *Australas J Ageing* 2004; 23: 195-7.

Boldy D, Iredell H, Grenade L. *Ageing well: coping with loneliness and social isolation.* [French]. *Vie Vieill* 2005; 4(1&2): 27-30.

Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales.* Buckingham: Open University Press, 1997.

Bowling, A. (2004) A taxonomy and overview of quality of life. In: *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature* (J. Brown, A. Bowling and T. Flynn, eds). Sheffield, UK, European Forum on Population Ageing Research, pp. 6-77.

Carers UK (2004) *In poor health: The Impact of Caring on Health.* London, Carers UK.

Carine Chavruel, Isabelle Durand-Zaleski, Stephane Bahrami, Christina Hernandez-Quevedo, Philipa Mladovsky Vol.12 No.6 2010 *France Health System review, Health system in Transition.*

Chappell NL, Badger M. *Social isolation and wellbeing.* *J Gerontol* 1989; 44: S169-76.

Charalambos Economou, Vol.12 No.7 2010 *Greece -Health System review, Health system in Transition*

Courau, C. (2004, Μάιος). *Πως η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους. Ιστορία*, σσ. 26-31.

Department of Health and Social Security (1980) *The Black Report on Inequalities in Health.* London, HMSO

Department of Health (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report (Chair Sir Donald Acheson).* London, The Stationery Office.

De Jong Gierveld J. *A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences*. Rev Clin Gerontol 1998; 8: 73-80.

Drag, L. L., & Bieliauskas, L. A. (2010). *Contemporary review 2009: cognitive aging*. J Geriatr Psychiatry Neurol, 23(2), 75-93. doi: 10.1177/0891988709358590

Godfrey, M., & Denby, T. (2004). *Depression and older people: Towards Securing Well-Being in Later Life*. Bristol, UK: The Policy Press.

Harris A.H.S. and Thoresen C.E. (2005) *Volunteering is associated with delayed mortality in older people: analysis of the Longitudinal Study of Aging*. Journal of Health Psychology 10(6), 739–752.

Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM. *Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up*. BMJ 1999; 318: 1725-9.

Hector-Taylor L, Adams P. *State versus trait loneliness in elderly New Zealanders*. Psychol Rep 1996; 78: 1329-30.

Hinman MR, Heyl DM. *Influence of the Eden Alternative on the functional status of nursing home residents*. Phys Occup Ther Geriatr 2002; 20: 1-20.

Jeanselme, E., & Oeconomos, L. (1921). *Les oeuvres d'assistance et les hôpitaux byzantins au siècle des Comnènes*. Anvers.

Jilek R. *Residential aged care: a sociological perspective*. Geriatrics 2000; 18: 16-20.

Kaufman A, Adams J. *Interaction and loneliness: a dimensional analysis of social isolation of a sample of older southern adults*. J Appl Gerontol 1987; 6: 389- 404.

Kendrick, T., & Warnes, T. (1997). *The demography and mental health of elderly people*. London: Churchill Livingstone.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Struckler, D. (2014). *Greece's health crisis: from austerity to denialism*. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.

Klinger J. *Suicide among seniors*. *Australas J Ageing* 1999; 18: 114-7.

Linda Grenade and Duncan Boldy. (2008) *Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings*. *Aust Health Rev* 2008; 32(3): 468–478.

Luggen AS, Rini AG. *Assessment of social networks and isolation in community-based elderly men and women*. *GeriatrNurs* 1995; 16: 179-81.

Lum, T.Y. and Lightfoot, E. (2005) *The effects of volunteering on the physical and mental health of older people*. *Research on Aging* 27 (1), 31–55.

Maria Olejaz, Annegrete Juul Nielsen, Andreas Rudkjøbing, Hans Okkels, Allan Krasnik, Cristina Hernandez-Quevedo Vol. 14 No2 2012 *Denmark - Health System review, Health Systems in Transition 2012* University of Copenhagen.

Martin, W. (2006) *Age, ageing and the body in everyday life*. Paper given at the Age network shop, Brave new world: ageing research at Reading University, 3 July. <http://www.fp.rdg.ac.uk/AGEnet/PreviousMeetings/June2006/Martin.pdf>

Miller, T. (1998) *Η Γέννησις του Νοσοκομείου στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Molyneux M. *Social isolation and the elderly*. Clarke B, McDougall C, eds *Community health conference papers and workshops* Vol.1 Australian Community Health Association, 1993.

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A. and Tang, F. (2003) *Effects of volunteering on the well-being of older adults*. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58, S137–S145.

Mullins LC, Elston CH. *Social determinants of loneliness among older Americans*. Genet Soc Gen Psychol Monogr 1996; 122: 453-73.

Peplau LA, Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons, 1982.

Platman, K. (2003) *The self-designed career in later life: a study of older portfolio workers in the United Kingdom*. Ageing and Society 23 (3), 281–302.

Proffitt C, Byrne M. *Predicting loneliness in the hospitalized elderly: what are the risk factors?* Geriatr Nurs 1993; 14: 311-4.

Rebecca Neno, Barry Aveyard and Hazel Heath (2007). *Older People and Mental Health Nursing: A Handbook of Care*.

Reed, J., Stanley, C. and Clarke, C. (2004) *Health, Well-Being and Older People*. Bristol, UK, The Policy Press.

Reinhard Busse, Annette Riesberg (2005) *Gesundheitssysteme im Wandel, Different health systems within the EU* Deutschland.

Rule BG, Milke DL, Dobbs AR. *Design of institutions: cognitive functioning and social interactions of the aged resident*. J Appl Gerontol 1992; 11: 475-88.

Salthouse, T. A. (1996). *The processing-speed theory of adult age differences in cognition*. Psychol Rev, 103(3), 403- 428.

Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, et al. *Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population*. Arch Gerontol Geriatr 2005; 41: 223-33.

Steed L, Boldy D, Grenade L, Iredell H. *The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia*. Australas J Ageing 2006; 26: 81-6.

Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I., & Sharp, D. (2002). *What determines the use of home care services by elderly people?*

Sugisawa H, Liang J, Liu X. *Social networks, social support, and mortality among older people in Japan.* J Gerontol 1994; 49: S3-13.

Tester S, Hubbard G, Downs M, et al. *Exploring perceptions of quality of life of frail older people during and after their transition to institutional care.* Research Findings 24. Sheffield: Economic and Social Research Council Growing Older Programme, University of Sheffield, 2003.

Thoesen Coleman M, Looney S, O'Brien J, et al. *The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation.* J Gerontol 2002; 57A: M422-M7.

Tinker A. *Population aspects of the dementias.* Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 753-757

Victor C, Bowling A, Bond J, Scambler S. *Loneliness, social isolation and living alone in later life.* ESRC GO Findings 2003; 17: 1-4.

Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone.* Rev ClinGerontol 2000; 10: 407-17.

Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J. *The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain.* Ageing Soc 2005; 25: 357-75.

Walker D, Beauchene RE. *The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly.* J Am Diet Assoc 1991; 91: 300-4

Weiss RS. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA: MIT Press, 1973.

Weiss RS. *Issues in the study of loneliness*. In: Peplau L, Perlman D, eds. *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons, 1982.

Weiss RS. *Reflections on the present state of loneliness research*. In: Hojat M, Crandell R, eds. *Loneliness: theory, research and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.

Wenger C, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A. *Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement*. *Ageing Soc* 1996; 16: 333-58.

Wenger, G.C. and Tucker, I. (2002) Using network variation in practice: identification of support network type. *Health and Social Care in the Community* 10 (1), 28–35.

Wenger GC, Burholt V. *Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty year longitudinal study*. *Can J Aging* 2004; 23: 115-27.

World Health Organisation. (1984). *The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging*. World Health OrganTechRepSer, 706, 1-84

Wu Z, Pollard MS. *Social support among unmarried childless elderly persons*. *J Gerontol* 1998; 53B: S324-S35.

Wylie C, Copeman J, Kirk SFL. *Health and social factors affecting the food choice and nutritional intake of elderly people with restricted mobility*. *J Hum Nutr Diet* 1999; 12: 375-80.

The 2015 Ageing Report - Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Belgium: European Union.

The Gerontologist 1980 *Journal of the American Medical Association*

Ελληνική

Ε.Κ.Κ.Ε; Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών). (1992). *Οι δημογραφικές εξελίξεις στη μεταπολεμική Ελλάδα*. Εκδοτικός οίκος Α.Α.Λιβάνη.

Εγχειρίδιο Γηριατρικής(1999) ΑθήναΛίτσας

Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες: Παρελθόν Παρόν και Μέλλον (1999)Αθήνα Έλλην.

Έμκε-Πουλοπούλου, Ή. (1994). *Το δημογραφικό*. Αθήνα, Αθήνα: Έλλην.

ICAP. (2012). *Κλαδική Μελέτη- Ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων*. Αθήνα: ICAPGROUP.

Καλαντζής, Γ., & Λασκαράτος, Ι. (2000). *Τα γηροκομεία στο Βυζάντιο*. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας – Γηριατρικής. Αθήνα.

Κουρκουτά, Λ. (1993). *Η Νοσηλευτική στο Βυζάντιο*. Νοσηλευτική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Λέκκα-Μαρκάτη, Ε. *Η άνοια των γονέων και οι επιδράσεις της στην οικογένεια*. Στα Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer 2000. Θεσσαλονίκη: Μ. Κώστα-Τσολάκη (Επιμ. Εκδ).

Μαθιουδάκης, Γ. (1996). *Σημειώσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.

Μάνατζμεντ, εταιρικές λειτουργίες(2010) Αθήνα Rossili

Μπαλογιάννης, Σ. Ι. (2007). *Η αντιμετώπιση του γήρατος διαμέσου των αιώνων*. Εγκέφαλος, 44 (3).

Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας(2006) Πειραιάς Πανεπιστήμιο Πειραιά

Πουλοπούλου, Η. Έ. (1992). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες: Παρελθόν, παρόν και μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.

Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής εμπειρία (2007) Αθήνα Ε.Μπένου.

Στρατηγικό Μάρκετινγκ(2004) Αθήνα Εκδόσεις Σταμούλη.

Τα μοντέλα κατ'οίκον φροντίδας στο Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας (2014)
Αθήνα Παπαζήση.

Τα οικονομικά της υγείας(2006)Αθήνα Τυπωθήτω.

Χανιώτης, Φ. Ι. (1999). *Εγχειρίδιο γηριατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα.

Χλέτσος, Μ. (n.d.). *Η δομή του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ηλεκτρονικές Πηγές

Γνωμικολογικόν

<http://www.gnomikologikon.gr/>

[Πρόσβαση 15.04.2016].

Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, 1983

<http://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/viewFile/6840/6560.pdf>

[Πρόσβαση 21.01.2016].

Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα. Βύρων Κοτζαμάνης (1994)

<http://www.demography-lab.prd.uth.gr/ddaog/edu/tutor/3-4.pdf>

[Πρόσβαση 15.04.2016].

Δημοσίευμα “Μία όμορφη ιδέα διώχνει μακριά τη μοναξιά των ηλικιωμένων” (21 Μαΐου 2014)

<http://www.pathfinder.gr/stories/3646609/%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CF%81%CF%86%CE%B7-%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CE%B1-%CE%B4%CE%B9%CF%89%CF%87%CE%BD%CE%B5%CE%B9-%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CF%81%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7-%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B1%CE%BE%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B7%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B9%CF%89%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CF%89%CE%BD/>

[Πρόσβαση 21.05.2016].

Δημοσίευμα “Γηροκομείο προσφέρει δωρεάν στέγη σε φοιτητές αρκεί να παίζουν βιντεοπαιχνίδια με τους ηλικιωμένους”. (10 Απριλίου 2015)

<http://www.newsbomb.gr/kosmos/news/story/575999/ollandia-dorean-stegi-gia-foitites-arkei-na>

[Πρόσβαση 21.05.2016].

Δημοσίευμα “Απίστευτο εγχείρημα στο Σιάτλ. Συστέγασαν νηπιαγωγείο και γηροκομείο” (20 Ιουλίου 2015)

<http://www.thetoc.gr/koinwnia/article/apisteuto-egxeirima-sto-siatl-sustegasan-niiriagwgeio-kai-girokeio>

[Πρόσβαση 21.05.2016].

Δημοσίευμα Música para "despertar"Non-profit Organisation

<https://www.facebook.com/M%C3%BAsica-para-despertar-617837718278580/timeline>

[Πρόσβαση 22.05.2016].

Διεθνής Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία. Περιφερειακό Κέντρο πληροφόρησης των

Ηνωμένων Εθνών

http://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26033&catid=19:-----sg-messages&Itemid=26

[Πρόσβαση 22.05.2016].

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (2014)

Κατά Κεφαλή Μεγέθη: ΑΕΠ και Εθνικό Εισόδημα / 2014

[http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL33/-](http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL33/)

[Πρόσβαση 21.01.2016].

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (2015)

House hold Budget Survey 2014

<http://www.statistics.gr/documents/20181/985039/Results+of+the+Household+Budget+Survey+%28HBS%29/338cb80b-6b5f-4d67-83d5-1f8fa77abf12?version=1.0>

[Πρόσβαση 21.01.2016].

Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Κεφάλαιο 5: Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους

https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3814/3/02_chapter_5.pdf

[Πρόσβαση 25.01.2015].

Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών

<http://www.alzheimer-hellas.gr/index.php/el/>

[Πρόσβαση 15.10.2014].

Ελληνική Εταιρεία Άνοιας

<http://www.anoiahellas.gr/>

[Πρόσβαση 15.10.2014].

Ελληνικό «τρικ» με τις μειώσεις συντάξεων, Καθημερινή Τήνιος, Π. (2015)

<http://www.kathimerini.gr/834353/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/ellhniko-trik-me-tis-meiwseis-syntaxewn>

[Πρόσβαση 21.01.2016]

Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων Κοτζαμάνης, Β. (n.d.).

<http://www.demography-lab.prd.uth.gr/ddaog/edu/tutor/3-4.pdf>

[Πρόσβαση 21.0.2016].

Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών

<http://www.alzheimerathens.gr/>

[Πρόσβαση 15.10.2014].

Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια

http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_ELv3.pdf

[Πρόσβαση 18.03.2016].

Η Ελλάδα 10 χρόνια Μπροστά. Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης και Στρατηγικής της Ελλάδας, McKinsey and Company, Athens Office 2012

http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey%20offices/greece/executive_summary_english_new.ashx

[Πρόσβαση 08.02.2016].

Η Ελλάδα με αριθμούς, (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2015)

<http://www.statistics.gr/documents/20181/1cc22aec-3fc2-4f96-a9bc-1eff00fab4c0>

[Πρόσβαση 25.05.2016].

Λέσχεις φιλίας

<https://www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias>

[Πρόσβαση 19.05.2015].

Μηνιαία Απεικόνιση Συνταξιοδοτικών Παροχών και Προνοιακών Επιδομάτων, ΗΔΙΚΑ

Ιούλιος 2015, Έκθεση 26

http://www.idika.gr/files/26η_εκθεση_ΗΛΙΟΣ_final.pdf

[Πρόσβαση 21.01.2016].

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η.

<http://old.50plus.gr/kapi>

[Πρόσβαση 20.05.2015].

Παγκόσμια Ημέρα Alzheimer

<http://www.sansimera.gr/worldays/133>

[Πρόσβαση 22.05.2016].

Παγκόσμια ημέρα κατά της κακοποίησης των ηλικιωμένων, Γραμμή ζωής

<http://www.lifelinehellas.gr/15-%CE%B9%CE%BF%CF%85%CE%BD%CE%AF%CE%BF%CF%85-%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%83-%CE%BA%CE%B1%CE%BA-4/>

[Πρόσβαση 13.04.2016].

Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

<http://www.pemfi.gr/>

[Πρόσβαση 10.05.2015].

Πόρισμα επιτροπής του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόταση ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος (ΥΑ 37564/Δ9.10327/21.8.2015) (ΥΠΕΚΑ 2015)

<http://www.tovima.gr/files/1/2015/10/po.pdf>

[Πρόσβαση 21.01.2016].

Προώθηση του στρατηγικού σχεδίου υλοποίησης της ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012)

[http://eur-lex.europa.eu/legal-](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EL)

[content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EL](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EL)

[Πρόσβαση 22.05.2016].

Σχετικά με την ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2013)

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0029+0+DOC+XML+V0//EL>

[Πρόσβαση 22.05.2016].

Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf

[Πρόσβαση 18.01.2016].

Better Life Index. OECD. Greece

<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/greece/>

[Πρόσβαση 13.11.2015].

European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly

<http://www.ede-eu.org/>

[Πρόσβαση 01.05.2016].

European Scaling-up Strategy in Active and Healthy Ageing (European Commission, December 2014)

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=documents

[Πρόσβαση 14.01.2016].

Help Age International

<http://www.helpage.org/>

[Πρόσβαση 12.04.2016].

Human Rights and Non - Discrimination. Age Platform Europe

<http://www.age-platform.eu/age-work/age-policy-work/anti-discrimination>

[Πρόσβαση 18.03.2016].

International Network for the Prevention of Elder Abuse

<http://www.inpea.net/>

[Πρόσβαση 13.04.2016].

Lindsay J.& Anderson L. Dementia / Alzheimer's Disease. BMC Women's Health 2004; 4 (Suppl I): S20

<http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-4-S1-S20>

[Πρόσβαση 26.05.2016].

Maintaining prosperity in an ageing society (OECD, June 1998)

<http://apo.org.au/files/related-content-files/2430300.pdf>

[Πρόσβαση 10.01.2016].

People in the EU- statistics on an ageing society. (Eurostat, June 2015)

<http://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

[explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society)

[Πρόσβαση 14.01.2016].

Period Life Table. US Social Security Administration. (2005).
<http://www.ssa.gov/OACT/STATS/table4c6.html>
[Πρόσβαση 01.05.2016].

PEST και SWOT Ανάλυση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2010/11/Tomos02_teyxos02-dragged1.pdf
[Πρόσβαση 24.07.2015]

Strategic implementation plan for the European innovation partnership on active and healthy ageing. Operational Plan (European Commission, November 2011)
http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none
[Πρόσβαση 15.01.2016].

Wellbeing and Dignity of Older people
<http://www.wedo-partnership.eu/>
[Πρόσβαση 19.03.2015].

World report on ageing and health. WHO, 30 September 2015
<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
[Πρόσβαση 11.05.2015].