

Sociální situace v Evropské unii v roce 2003

- Stručné shrnutí -

Obsah

Úvod		5
1	Vývoj v sociální oblasti	7
	1.1 Sociální situace: příležitosti a výzvy	7
	1.2 Populační vývoj	7
	1.3 Současné trendy zaměstnanosti	8
	1.4 Životní podmínky	9
	1.5 Trendy v distribuci příjmů	10
	1.6 Trendy v přístupujících státech	11
2	Zdraví a zdravotní péče v Evropské unii	12
	2.1 Zdraví Evropanů a současná evropská agenda	12
	2.2 Obyvatelstvo a zdraví	14
	2.3 Determinanty zdraví obyvatelstva	15
	2.4 Systémy zdravotní péče	18
	2.5 Budoucí výzvy pro systémy zdravotní péče	19
3	Odolnost evropského sociálního modelu	22
Přílohy		
	Ukazatele	
	Stárnutí populace	24
	Migrace a azyl	24
	Vzdělávání a jeho výsledky	25
	Celoživotní vzdělávání	25
	Zaměstnanost	26
	Zaměstnanost starších osob	26
	Nezaměstnanost	27
	Nezaměstnanost mládeže	27
	Dlouhodobá nezaměstnanost	28
	Výdaje a příjmy na sociální ochranu	28
	Sociální dávky	29
	Výdaje na politiku trhu práce	29
	Distribuce příjmů	30
	Domácnosti s nízkými příjmy	30
	Domácnosti nezaměstnaných a nízké mzdy	31
	Zastoupení žen a mužů v rozhodování	31
	Zaměstnanost žen a mužů	32
	Výdělky žen a mužů	32
	Očekávaná délka života a zdraví	33
	Pracovní úrazy a zdravotní problémy	33
	Klíčové sociální ukazatele v členských státech	34
	Klíčové sociální ukazatele v přístupujících státech a kandidátských zemích	35
	Statistické centrály Eurostatu	37

Úvodní slovo

Zpráva o sociální situaci se zabývá kvalitou života lidí žijících v Evropě. Poskytuje celkový obraz obyvatelstva a jeho sociálních podmínek jako prostředí vývoje sociální politiky a přispívá k monitorování vývoje v sociální oblasti v rámci členských států.

Tato publikace slouží jako shrnutí uvedené Zprávy. Je rozdělena do dvou hlavních kapitol. První kapitola poskytuje přehled hlavních sociálních a ekonomických trendů v Evropě doplněný o fakta a údaje. Druhá kapitola se týká letošního tématu, kterým je sociální dimenze zdraví. Zkoumá

zejména otázky, jak a proč se zdraví obyvatel Evropy zlepšuje, a identifikuje také některé možné budoucí problémy. Publikaci uzavírá stručná úvaha o evropském sociálním modelu.

Přílohy k této publikaci, stejně jako v předchozích letech, představují soubor harmonizovaných sociálních ukazatelů za každý členský stát a poprvé také odpovídající ukazatele za přistupující státy a kandidátské země. Indikátory poskytují základní přehled o sociální situaci. Navíc poskytují významný nástroj ke sledování sociálního vývoje v čase.



Anna Diamantopoulou
Členka Komise, zaměstnanost
a sociální věci



Pedro Solbes Mira
Člen Komise, hospodářské
a finanční záležitosti, Eurostat

1 Vývoj v sociální oblasti

1.1 Sociální situace: příležitosti a výzvy

Sociální situace je do velké míry formována dlouhodobým vývojem struktury obyvatelstva a krátkodobými až střednědobými změnami v ekonomice.

Po pěti letech silného hospodářského růstu, díky němuž bylo vytvořeno 12 milionů pracovních míst a míra zaměstnanosti vzrostla o čtyři procentní body na 64,0 % obyvatelstva v produktivním věku, jsou současné výhledy méně optimistické. V roce 2001 došlo k poklesu ekonomického růstu na 1,5 %, což je méně než polovina úrovně dosažené v roce 2000, a oživení v roce 2002 je poměrně pomalé. Zaměstnanost přesto nadále roste, i když jen pomalu.

Zároveň dochází ke zviditelnění střednědobých ekonomických a sociálních problémů způsobených pokračujícím stárnutím evropského obyvatelstva. Růst počtu evropského obyvatelstva v produktivním věku trvající celé století se brzy zastaví. A za méně než deset let začneme silně pociťovat dopad odchodu populačně silných ročníků do důchodu.

Strukturální zlepšení, kterých bylo dosaženo od roku 1996, a úspěšné zavedení jednotné měny přinesly zlepšení hospodářské výkonnosti v oblasti měnové a finanční a zvýšení flexibility na trhu práce. Kromě zřetelného přínosu ke zlepšení životních podmínek byly využity příležitosti politiky v řadě oblastí. Objevily se nové možnosti řešení strukturálních problémů zaměstnanosti, např. nezaměstnanosti mládeže a nízké míry aktivity žen a starších pracovníků. Vyšší zaměstnanost také zmírnila tlak na systémy sociální ochrany a vytvořila větší manévrovací prostor pro reformu penzijního systému. Nerovnost během období prosperity nevzrostla a zvyšující se míra zaměstnanosti a hospodářský růst vytvořily nové možnosti pro řešení trvalých problémů chudoby a sociálního vyloučení.

V tomto období došlo ke značnému zlepšení schopnosti členských států využít podporu Evropské unie pro své politické záměry. K procesům makroekonomické koordinace a zaměstnanosti byla připojena spolupráce v oblasti boje proti sociálnímu vyloučení a modernizace sociální ochrany, vytvářející potenciál pro účinný trojúhelník vzájemně se posilující hospodářské politiky, politiky zaměstnanosti a sociální politiky.

Závažné problémy stále přetrvávají a s rozšířením Evropské unie se objevují nové. Pro udržení úspěchů dosažených v minulých pěti až sedmi letech a pro využití vytvořených možností pro pokračování udržitelného růstu a trvalé zlepšování sociální situace¹ je třeba přijmout rozhodná opatření.

1.2 Populační vývoj

Demografický vývoj Evropy bude mít značný vliv na sociální situaci a přinese evropské ekonomice náročné úkoly.

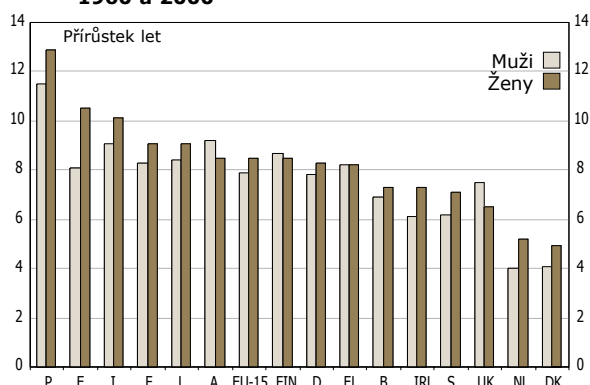
Obyvatelstvo Evropské unie stárne....

Obyvatelstvo Evropské unie stárne a míry demografické závislosti se budou zvyšovat. I když porodnost se mírně zvýšila z 1,45 dětí na jednu ženu v roce 1999 na 1,47 v roce 2001, je to stále hluboko pod reprodukční úrovní 2,1. Průměrná délka života se prodlužuje a úmrtnost se stále více koncentruje do vyššího věku. Jakmile populačně silné ročníky dosáhnou důchodového věku, dojde k nárůstu počtu osob ve starších věkových skupinách. Lidé starší 65 let dnes představují 16 % celkového obyvatelstva, zatímco lidé do 15 let představují 17 % obyvatelstva. Do roku 2010 se tyto poměry změní na 18 % a 16 %. K nejvíce dramatickému nárůstu dojde u počtu „velmi starých“ osob (ve věku nad 80 let), který během příštích 15 let vzroste o téměř 50 %.

...a navzdory mladší věkové struktuře v přístupujících státech rozšíření tento trend nezmění.

Kvůli vysokým úrovním porodnosti v 70. a 80. letech mají přístupující státy v současnosti mladší věkovou strukturu než 15 států EU (osoby nad 65 let představují 13 % obyvatelstva, zatímco děti do 15 let představují 19 %). Z toho důvodu bude mít rozšíření omlazující účinek. Tento účinek však bude slabý a přechodný. Ze střednědobého až dlouhodobého hlediska budou přístupující státy spíše přispívat ke snižování počtu obyvatel EU. Vzhledem k výchozí situaci a přetrvávajícím velmi nízkým úrovním porodnosti dochází k rychlému poklesu podílu dětí v populaci a do roku 2020 se podíl starších osob přiblíží k úrovním v patnácti zemích Evropské unie.

1 Plné vyhodnocení celkové situace v Evropské unii počátkem roku 2003 je uvedeno ve Zprávě "Rozhodnutí pro růst: vzdělání, inovace a pracovní místa v sociálně soudržné společnosti", určené pro jarní zasedání Rady Evropy dne 21.3.2003 o Lisabonské strategii ekonomické, sociální a ekologické obnovy, COM(2003) 5 konečné znění.

Graf 1 Prodloužení očekávané délky života mezi lety 1960 a 2000

Zdroj: Eurostat NewCronos, Údaje 2000: odhad pro EU-15. Údaje 1999 za Německo a Řecko. Údaje 1960 za Německo bez bývalé NDR.

Zároveň se rodiny stávají méně stabilními a domácnosti menšími...

Zvyšující se poměr starých osob ovlivní naši schopnost poskytovat potřebnou péči, která může být dále ohrožena vývojem ve struktuře rodin a domácností. Sňatků je stále méně, uzavírají se v pozdějším věku a stále častěji se rozpadají. Ve srovnání s rokem 1970, kdy připadalo v patnácti zemích Evropské unie téměř 8 sňatků na tisíc obyvatel to bylo v roce 2001 pouze 5 sňatků na tisíc obyvatel. Kromě toho se míra rozvodovosti sňatků uzavřených v roce 1960 odhaduje na 15 %, kdežto v případě sňatků uzavřených v roce 1980 se hodnota tohoto ukazatele téměř zdvojnásobila na 28 %. Nadále pokračuje trend směrem k menším domácnostem a vyššímu počtu osob všech věkových kategorií žijících samostatně. Došlo také k výraznému nárůstu počtu dětí žijících s jednou dospělou osobou a k poklesu počtu párů s dětmi. V roce 2000 žilo 10 % dětí ve věku 0-14 let pouze s jednou dospělou osobou ve srovnání s rokem 1990, kdy to bylo pouze 6 % dětí. Naprostou většinu těchto samostatně žijících rodičů tvořily ženy. S výjimkou Polska a Kypru jsou rodiny v přístupujících státech stále méně stabilní.

...zatímco migrační toky hrají ve změně obyvatelstva stále významnější roli.

Již více než desetiletí je čistá imigrace hlavním faktorem růstu obyvatelstva v Unii. Všechny členské státy dnes přijímají značné migrační toky a v roce 2001 činila roční míra čisté migrace 3,1 na 1 000 obyvatel a představovala asi 74 % celkového růstu obyvatelstva. V některých přístupujících státech má emigrace znatelný dopad na demografickou situaci.

K poklesu obyvatelstva z důvodu emigrace došlo zejména v pobaltských státech.

Politici si důsledky stárnutí obyvatelstva více uvědomují ...

V posledních letech došlo k nárůstu povědomí o stárnutí obyvatelstva a jeho dopadu na politiku zaměstnanosti a sociální politiku. Členské státy se zavázaly k řešení řešení otázek souvisejících se stárnutím v kontextu zdravých veřejných financí, zaměstnanosti a sociální ochrany (tj. důchody, zdravotní a dlouhodobá péče) a k odpovídajícímu přehodnocení národních politik. Přístupující státy tuto spolupráci týkající se otázek stárnutí v mnoha oblastech následují.

...a přijímají opatření k řešení těchto důsledků na národních úrovních a také na úrovni Evropské unie.

Všeobecné zhodnocení současného politického úsilí je takové, že většina členských států a také přístupujících států hodlá využít zbývajících období, než početné skupiny populačně silných ročníků dosáhnou důchodového věku. Mají v úmyslu zajistit, aby jejich důchodové systémy² a systémy zdravotní a dlouhodobé péče³ mohly nadále plnit své sociální cíle a zachovaly si svou finanční udržitelnost, až dojde ke nárůstu tlaků vyvolaných stárnutím obyvatelstva. Několik významných reforem se již realizuje a mnoho dalších se připravuje.

1.3 Současné trendy zaměstnanosti

V roce 2002 došlo poprvé od roku 1996 k mírnému nárůstu nezaměstnanosti. Nicméně trhy práce vykazují i přes ekonomický pokles pozoruhodnou přizpůsobivost. Bylo vytvořeno více pracovních příležitostí, než kolik jich bylo ztraceno, a čistým výsledkem je přírůstek zaměstnanosti.

Svědčí to o tom, že rozvoj a aplikace Evropské strategie zaměstnanosti a nový důraz na podporu sociálního začlenění pomohly Unii přejít na cestu udržitelného a vyššího růstu zaměstnanosti dosahujícího ročně 1,3 % od roku 1996⁴. V roce 2001 vzrostla míra zaměstnanosti na 64,0 % a v roce 2002 pravděpodobně dosáhne 64,5 %; míra nezaměstnanosti poklesla na 7,4 %, což je nejnižší míra za deset let, a ačkoliv v roce 2002 došlo k nárůstu, tento nárůst na 7,6 % byl velmi mírný⁵.

Průměrná míra zaměstnanosti všech zemí rozšířené Unie je poněkud nižší než průměr současných

2 Návrh Komise na společnou zprávu Komise a Rady o přiměřených a udržitelných důchodech COM(2002) 737 konečné znění.

3 Návrh společné zprávy Komise a Rady "Zdravotní péče a péče o seniory: Podpora národním strategiím k zajištění vysoké úrovně sociální ochrany", COM(2002) 774 konečné znění

4 Úplnější zhodnocení vývoje zaměstnanosti v tomto období viz "VYHODNOCENÍ 5 LET EVROPSKÉ STRATEGIE ZAMĚSTNANOSTI", COM (2002) 416 konečné znění.

5 Návrh budoucí strategie zaměstnanosti z hlediska současných nejistot je uveden v "Budoucnost Evropské strategie zaměstnanosti: Strategie směřující k plné zaměstnanosti a lepším pracovním příležitostem pro všechny" COM(2003) konečné znění.

patnácti členských států Evropské unie. Určité strukturální slabiny, jejichž rozsah se může lišit, však existují ve stávajících i v budoucích členských státech. K nevyřešeným problémům, kterými se musí budoucí členské státy zabývat, patří zvýšení účasti a zaměstnanosti pracovních sil, pomoc ve střednědobém horizontu při přesunu pracovních sil ze zemědělství a průmyslu do služeb bez zvěšování regionálních rozdílů a zvyšování a modernizace kvalifikace v souladu s potřebami moderních tržních ekonomik založených na znalostech.

Další postup při naplňování lisabonské agendy, včetně plné zaměstnanosti, vyžaduje rozhodná opatření vedoucí ke zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti, podpoře kvality a produktivity práce a podpora soudržnosti.

Zachování nabídky pracovních sil bude rostoucí měrou záviset na rostoucí míře aktivity a zaměstnanosti žen ...

V období mezi lety 1996 a 2001 vzrostla míra zaměstnanosti v Evropské unii o téměř tři procentní body v případě mužů a o téměř pět procentních bodů v případě žen, čímž se rozdíl mezi oběma pohlavími snížil na 18 procentních bodů. Rozdíl v nezaměstnanosti mužů a žen se také zmenšil, ale zůstává nadále výrazný: 2,3 % v roce 2001. Tato snížení rozdílů mezi muži a ženami jsou povzbuzující známkou toho, že rozdíl v mírách nezaměstnanosti by mohl v nejbližší budoucnosti zaniknout.

Rozdíl mezi muži a ženami existuje také v přístupujících státech, avšak podíl žen na pracovní síle je vyšší než v členských státech Evropské unie (46 % ve srovnání se 42 %). Poměr žen zaměstnaných v manažerských funkcích je také vyšší: 38 % manažerských funkcí v přístupujících státech zastávají ženy, zatímco v Evropské unii to je 34 %. Kromě toho v přístupujících státech je práce na částečný úvazek méně častá a rovnoměrněji rozdělená mezi muže a ženy: 6 % mužů (7 % v Evropské unii) a 9 % žen (32 % v Evropské unii).

... a starších pracovníků ...

V roce 2001 bylo zaměstnáno 38,5 % obyvatel Evropské unie ve věku mezi 55 a 64 lety. To je poměrně dost hluboko pod cílem 50 % do roku 2010, který byl stanoven ve Stockholmu. Průměrný věk, ve kterém lidé opouštějí trh práce, byl v roce 2001 59,9 let. Zvýšení tohoto věku přibližně o pět let do roku 2010, jak stanovila Evropská rada v Barceloně, bude náročným úkolem. Nedávná zlepšení v zaměstnanosti starších osob v některých členských státech ukazují, že trend snižujícího se podílu na zaměstnanosti lze zvrátit, pokud je vynaloženo vyšší úsilí. V přístupujících státech je míra zaměstnanosti osob ve věku 55-64 let ještě nižší, ale v posledních několika letech došlo k její stabilizaci a zlepšení.

Z jiné perspektivy, tj. vzhledem k současnému a budoucímu populačnímu vývoji vedoucímu ke snižování počtu obyvatelstva v produktivním věku, je velmi důležité, že většina členských států má značné rezervy pracovních sil mezi ženami a staršími osobami. Pokud budou stávající překážky jejich zapojení do trhu práce odstraněny, bude možné tyto rezervy využít ke zmírnění dopadu stárnutí na objem pracovních sil.

...a také na velikosti a formě imigrace a integrace imigrantů.

Demografické scénáře, založené na předpokladu stabilního přílivu imigrace a dosažení lisabonských cílů zaměstnanosti, naznačují, že po roce 2010 dojde v patnácti zemích Evropské unie v důsledku snižování počtu obyvatelstva v produktivním věku ke snížení celkového objemu zaměstnanosti. Růst produktivity bude hrát více než dříve klíčovou roli ekonomického růstu. V tomto ohledu bude důležitým faktorem také imigrace, zejména pokud budou plně využity existující rezervy pracovních sil mezi obyvatelstvem v produktivním věku. Pozitivní ekonomické a sociální důsledky imigrace závisí samozřejmě na schopnosti členských států zajistit plnou integraci přistěhovalců a jejich rodinných příslušníků do trhu práce a širších evropských sociálních struktur. Úspěšná integrace imigrantů může pomoci udržet ekonomický růst a posílit sociální soudržnost.

Růst zaměstnanosti vyžaduje také vytváření kvalitnějších pracovních příležitostí.

Více než dvě třetiny nových pracovních míst vytvořených mezi lety 1996 a 2001 spadaly do oblasti vysoce kvalifikovaných pracovních příležitostí, protože znalostní ekonomika se stala každodenní realitou. Více než 50 % všech pracovních příležitostí vyžaduje v současnosti používání počítače. Nedávné práce Komise dokazují, že ekonomiky Evropské unie s vyšším podílem kvalitnějších pracovních příležitostí dosahují také lepších výsledků co do zaměstnanosti a produktivity. Existuje zde také značný počet méně kvalitních pracovních příležitostí. Zatímco mladým a kvalifikovaným pracovníkům slouží takové pracovní příležitosti často jako odrazový můstek ke stabilnějšímu zaměstnání, v případě starších a nekvalifikovaných pracovníků tomu tak není. Pokud tyto skupiny pracují pouze na dobu určitou, pokud pracují nedobrovolně na částečný úvazek nebo zastávají pracovní místa bez možnosti odborného výcviku, nedostanou se z kruhu nezaměstnanosti, neaktivity a nekvalifikovaného zaměstnání. Proto je úsilí podporující přechod do kvalifikovanějších a kvalitnějších pracovních příležitostí důležitým prvkem při podpoře vyšších a udržitelných úrovní zaměstnanosti.

1.4 Životní podmínky

Na základě vývoje příjmů a spotřeby lze říci, že životní podmínky se nadále zlepšují. Průměrné roční nárůsty příjmů na obyvatele se během posledního desetiletí pohybovaly kolem 1,5 % a průměrný čistý roční příjem v patnácti zemích Evropské unie činil v roce 1998 asi 11.700 standardů kupní síly (PPS)⁶. Tento průměr samozřejmě zahrnuje značné rozdíly mezi jednotlivými členskými státy a značné nerovnosti v jednotlivých členských státech. Severní polovina Unie vykázala vyšší úroveň příjmů a spíše méně výrazné nerovnosti příjmů než jižní členské státy. Podobně v posledních letech výrazně vzrostla také průměrná spotřeba. Na příklad v Německu, které je poměrně typické mezi členskými státy, vzrostla spotřeba domácností o cca 2,6 % ročně.

Životní podmínky se odrážejí v tom, jak občané vnímají svou kvalitu života.

V roce 2002 byli Evropané všeobecně velmi nebo celkem spokojeni se svým životem (78 % ve srovnání se 77 % před dvěma lety), z čehož asi 20 % obyvatel bylo naprosto spokojeno (ve srovnání se 17 % v roce 2000). Nejspokojenější lidé žijí ve Švédsku (95 %) a v Dánsku (94 %), kdežto v Portugalsku (50 %) a v Řecku (49 %) je úroveň spokojenosti nejméně zřetelná. Stejně jako v předchozích letech se zdá, že muži jsou se svými životy spokojenější než ženy a mladší lidé jsou spokojenější než starší lidé. Odlišnosti ve vnímané kvalitě života v patnácti zemích Evropské unie lze z velké části vysvětlit odlišnostmi ve vnímání svého zdravotního stavu.

Lidé s vyšším vzděláním a s vyššími příjmy uvádějí vyšší spokojenost ohledně vnímané kvality svého zdravotního stavu a života, což odráží nerovnosti vyplývající ze sociálně ekonomického postavení. Navíc vnímaná spokojenost se zdravotním stavem je mezi staršími lidmi všeobecně nižší.

Většina respondentů průzkumu Eurobarometer 2002 dává vyšší prioritu veřejným výdajům do systému zdravotní péče než do jiných oblastí jako vzdělání a sociální zabezpečení a považuje kvalitu zdravotní péče za jednu ze tří nejdůležitějších oblastí současné společnosti.

1.5 Trendy v distribuci příjmů

Příjem je jedním z hlavních faktorů určujících životní úroveň. Ve vztahu k relativní chudobě a riziku sociálního vyloučení je důležitá také distribuce příjmů. Sociální stát hraje důležitou roli v přerozdělování primárních příjmů, čímž snižuje

nerovnost a chudobu. Nedávno vypracovaná zpráva⁷ ukazuje, že v mnoha zemích došlo v letech 1980 až 1997 k velkým změnám v nerovnosti příjmů, ve většině případů se nerovnosti příjmů prohloubily. Stojí za povšimnutí, že během ekonomického růstu v druhé polovině 90. let se nerovnosti v průměru spíše snižovaly.

To zřejmě odráží fakt, že nedávný hospodářský růst byl do značné míry tažen zaměstnaností. U zaměstnaných lidí je nejméně pravděpodobné, a u nezaměstnaných naopak nejvíce pravděpodobné (pětkrát pravděpodobnější), že budou ohroženi chudobou⁸. V roce 1998 bylo dvakrát pravděpodobnější, že lidé v důchodu a lidé samostatně výdělečně činní budou ohroženi chudobou, u dětí to bylo třikrát pravděpodobnější a u dalších skupin ekonomicky neaktivních osob to bylo čtyřikrát pravděpodobnější.

Riziko chudoby a sociálního vyloučení stále trvá ...

Navzdory významným přerozdělovacím důsledkům sociální ochrany zůstává boj s chudobou a podpora sociálního začlenění stále jednou z klíčových výzev, kterým Unie čelí. Nedávná zjištění průzkumu Eurobarometer 2001 odhalila, že velká část obyvatel se stále považuje za chudé v tom smyslu, že jejich čistý příjem je nižší než částka, kterou považují za absolutně nezbytnou. Tato subjektivní míra chudoby se mezi jednotlivými členskými státy významně liší - od 9 % v Dánsku po 66 % v Portugalsku. Průzkum také ukazuje, že trvání chudoby je spíše delší v jižních zemích (čtrnáct nebo patnáct let) ve srovnání se severními zeměmi (dva až tři roky). Průzkum Eurobarometer dále dokumentuje, že chudoba úzce souvisí se sociální izolací a že je silně ovlivněna nízkou kvalitou zaměstnání, zejména nízkou kvalitou práce, nejistotou zaměstnání a nedostatkem odborného výcviku.

Sociální začlenění úzce souvisí se zaměstnáním a nebo příjmem. Je pozoruhodné, že ve znalostní společnosti znamenají nové technologie jak příležitost tak i hrozbu pro začlenění znevýhodněných osob. Práce realizované ESDIS (Skupina na vysoké úrovni pro ekonomickou a sociální dimenzi informační společnosti) na tyto skutečnosti upozornily a usnesení Rady o elektronickém začlenění v říjnu 2001 a elektronické dostupnosti pro znevýhodněné osoby v roce 2002 těmto skutečnostem přikládají velký politický význam.

... a v rámci Unie se výrazně liší ...

Míra chudoby domácností se mezi jednotlivými členskými státy značně odlišuje (na základě 60 % národního mediánového vyrovnaného příjmu

6 Měřeno ve Standardech kupní síly (Purchasing Power Standards), tím jsou upraveny rozdíly v kupní síle mezi uvažovanými zeměmi.

7 Viz „Příjmy v pohybu“, zpráva o rozdělování příjmů, o chudobě a přerozdělování, Nizozemský úřad pro sociální a kulturní plánování, financovaná Evropskou komisí, Generálním ředitelstvím pro zaměstnanost a sociální věci (E1 Study Series 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Riziko chudoby je definováno jako méně než 60 % národního mediánového vyrovnaného příjmu.

9 Výsledky převzaty ze zprávy - „Příjmy v pohybu“ a týkají se hlavně šetření ECHP z roku 1997.

pokládáných za hranici chudoby). V roce 1998 činil rozdíl mezi členskými státy s nejvyšší a nejnižší mírou chudoby 14 procentních bodů. Mezi rokem 1995 a rokem 1998 snížilo šest ze dvanácti členských států, které mají údaje za oba tyto roky, míru chudoby. Přesto však byla celková míra chudoby patnácti zemí Evropské unie v roce 1998 stejná jako v roce 1995.

Podle šetření Panelu domácností Evropského společenství (ECHP) v roce 1998 mají obecně jižní členské státy nejnižší průměrný čistý příjem v PPS, ale také nejvyšší úroveň příjmové nerovnosti. Skandinávské členské státy vykazují nejnižší nerovnost a nejvyšší průměrný čistý příjem vykazují Lucembursko, Belgie a Nizozemsko.

... ale bez přerozdělovacího účinku sociálních dávek by bylo v EU mnohem vyšší.

Přerozdělovací účinek⁹ dávek sociální péče podstatně převyšuje přerozdělovací účinek daní. Podle hodnot Giniho koeficientu¹⁰ snižují sociální dávky příjmovou nerovnost o 30 až 40 %. Regresivita dávek je poměrně velká v Německu, Nizozemí, Belgii a Spojeném království: domácnosti s nízkými příjmy v těchto zemích dostávají relativně vyšší podíl sociálních dávek než ve Finsku, Dánsku a Švédsku. Avšak v případě Německa a Spojeného království je snížení nerovnosti mezi rozdělením tržního a hrubého příjmu spíše mírné. Důvodem je to, že podíl sociálního zabezpečení na národním důchodu těchto zemí je poměrně nízký.

Existuje mnoho kategorií dávek a liší se podle počtu příjemců a průměrných částek. Snížení chudoby účinkem všech dávek dohromady, měřeno jednoduchou metodou srovnání příjmu "před" a "po" přidělení dávek, je 25 procentních bodů¹¹. Hlavní podíl na snížení chudoby zajišťují starobní dávky a vdovské a sirotčí důchody (15 bodů). Dávky v nezaměstnanosti, rodinné dávky, nemocenské dávky a invalidní důchody mají přibližně stejné účinky snížení chudoby o asi tři body.

1.6 Trendy v přístupujících státech

I když během druhé poloviny 90. let se většině přístupujících států podařilo snížit příjmový rozdíl v porovnání s členskými státy Evropské unie, rozdíly jsou stále značné. Měřeno podle standardů kupní síly byl v roce 2000 v osmi přístupujících státech hrubý domácí produkt na hlavu pod úrovní poloviny průměru v Evropské unii. Kromě toho rozdělení příjmů v přístupujících státech vedlo spíše k větší nerovnosti. To platí zejména pro osm přístupujících střeoevropských a východoevropských států¹².

Během posledních deseti let došlo ve východní Evropě ke značnému nárůstu chudoby i nerovnosti. Poslední dobou dochází ke stabilizaci této situace. Nerovnost a chudoba již nenarůstají, ale sociálním důsledkům rychlého nárůstu nerovnosti z počáteční fáze období transformace je nutno věnovat pozornost.

UVědomění si těchto problémů se zvyšuje...

Chudoba je součástí politického programu ve všech přístupujících státech, ale širší koncepci zabývající se sociálním vyloučením z různých hledisek se dostatek pozornosti nevěnuje. V posledních letech se sociální vyloučení dostává do popředí zájmu, často na základě vlivu politiky EU. Hlavními faktory vedoucími k sociálnímu vyloučení je v mnoha přístupujících státech nezaměstnanost, rozpad rodiny a omezená schopnost systému sociální ochrany a zaměstnanosti zajistit odpovídající příjem a zdroje. Řešení problémů sociálního vyloučení je dále často komplikováno neadekvátním rozsahem a výkonností systému sociální pomoci.

...stejně jako se zvyšují možnosti získání podpory ze spolupráce EU.

Význam řešení těchto problémů zdůraznila Rada v prosinci 2002 přijetím revidovaných vhodných cílů Evropské unie v boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Revize posilují cíle přijaté Evropskou radou v Nice v roce 2000 a také kladou zvýšený důraz na dimenzi rovnosti mužů a žen, na problémy, se kterými se potýkají imigranti, a také na význam snižování počtu osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením. Tyto cíle poslouží jako základ pro přípravu druhé generace dvouletých národních akčních plánů boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, které by všechny členské státy měly vypracovat do července 2003. Záměrem je navázat na pokrok dosažený otevřenou metodou koordinace v oblasti chudoby a sociálního vyloučení, který byl zahájen v roce 2000 Evropskou radou v Lisabonu, a zajistit jeho konsolidaci.

Rozšíření Evropské unie z 15 na 25 členských států je již velmi blízko. Můžeme očekávat, že rozšíření způsobí závažné změny celkové sociální situace v Unii. Začnou se objevovat náročné politické úkoly v oblasti boje se sociálním vyloučením, chudobou a různými formami nerovnosti, včetně nerovností ve zdravotním stavu. Vzroste význam regionálních nerovností a problémů sociální soudržnosti. S narůstajícími rozdíly mezi členskými státy vyvstane velká potřeba nástrojů pro spolupráci při konstruktivním překonání těchto rozdílů.

10 Giniho koeficient je index porovnávající rozdělení skutečných příjmů v celém spektru příjmového rozpětí s použitím teoreticky ideálního rozdělování, kde má každý stejný příjem (Gini = 0%). Hodnota 100% Gini by znamenala, že pouze jedna osoba má veškeré příjmy.

11 Tato hodnota vyjadřuje velikost rozdílu, nicméně protože existují i jiné proměnné ovlivňující tyto dvě situace, není možno přičítat rozdíl mezi těmito dvěma hodnotami Giniho koeficientu pouze účinkům sociálních dávek.

12 Evropská komise, "Dosahnout úspěšného rozšíření Unie", Strategický dokument a Zpráva Evropské Komise o pokroku dosaženém jednotlivými přístupujícími státy při přípravě na vstup. str.13.

2 Zdraví a zdravotní péče v Evropské unii

2.1 Zdraví Evropanů a současná evropská agenda

Zdraví je speciálním tématem letošní zprávy. Zdraví a kvalita zdravotní péče mají pro Evropany prioritní význam (Eurobaremeter 2002). Tato zpráva popisuje zdravotní stav Evropanů a identifikuje hlavní determinanty jejich zdraví.

I když má sektor zdravotnictví při léčbě špatného zdravotního stavu klíčovou roli a hraje také důležitou roli při zachování dobrého zdraví, celkový zdravotní stav obyvatel je značně ovlivněn sociálně ekonomickými podmínkami, životním stylem a stavem životního prostředí. Organizace zdravotní a dlouhodobé péče se v rámci Unie značně odlišuje. Vedle těchto odlišností zde existují také značné podobnosti a, jak ukazuje zpráva, členské státy musí čelit převážně podobným současným i budoucím problémům v oblasti politiky zdravotní péče. Mezi těmito problémy jsou dva, které jsou obzvláště aktuální. Na jedné straně je to trvalá potřeba optimalizovat nákladovou efektivitu systémů zdravotní péče s ohledem na silné faktory strukturálních změn jako je stárnutí a nové zdravotní technologie. Na straně druhé je to velký prostor pro rozvoj lepší synergie mezi zdravotními politikami a dalšími politikami ovlivňujícími vnější a sociálně ekonomické determinanty zdraví.

Zdraví je bohatství.

Zdravotní stav občanů je důležitým faktorem produktivní schopnosti společnosti a zlepšování zdravotního stavu může zvýšit potenciál růstu¹³. Je tomu tak proto, že lepší zdravotní stav v sobě zahrnuje potenciál vyšší produktivity, delšího produktivního věku a nižších nákladů (méně absencí z důvodu nemoci, méně nároků na léčbu, menší míra invalidity atd.)¹⁴.

Zdravotní péče je v členských státech součástí systémů sociální ochrany. Jako taková je tématem nové spolupráce¹⁵ v oblasti modernizace a zlepšování sociální ochrany, která tvoří součást širší lisabonské strategie. Dostupnost, kvalita a udržitelnost jsou

společnými cíli, o jejichž dosažení členské státy ve svých politikách zdravotní péče usilují. Zajištění příjmů prostřednictvím systémů sociální ochrany také nepochybně napomáhá udržet zdravotní stav obyvatelstva. Například penzijní systémy velkou měrou přispívají k udržení zdravotního stavu starších občanů tím, že jim umožňují po odchodu do důchodu dostatečně vysokou životní úroveň.

Účinek investic do zdravotnictví samozřejmě závisí nejen na tom, jaký objem investic je vynaložen, ale také na tom, kde, kdy a jak jsou zdroje využity. Návrh investic do lepšího zdraví může být, mimo jiné, obzvláště vysoká, pokud je úsilí zaměřeno na sociální skupiny nebo regiony, kde je průměrný zdravotní stav špatný nebo je určitým způsobem ohrožen. Nerovnost ve zdravotním stavu je spojena se širšími nerovnostmi ve společnosti. Velmi špatným zdravím jsou postiženi zejména chudí a sociálně vyloučení lidé. Politiky členských zemí zaměřené na boj s chudobou, na snižování nerovností a na podporu sociálního začlenění a nová evropská spolupráce v těchto oblastech mají pozitivní vliv na zdravotní stav chudých lidí a zlepšují úroveň sociální soudržnosti ve společnosti.

V tomto ohledu jsou zdraví a zdravotní péče situovány na křižovatce mezi evropskou strategií zaměstnanosti a snahou Unie o modernizaci a zlepšení sociální ochrany.

Podmínky pro zajištění dobrého zdravotního stavu a pro získání odpovídající a účinné léčby nemocí se v Evropské unii během posledních desetiletí podstatně zlepšily. Je to výsledkem veřejného i soukromého úsilí realizovaného prostřednictvím přímých investic do lepší zdravotní péče. I když systémy zdravotní péče hrají v boji a prevenci špatného zdraví rozhodující úlohu, na současný i budoucí zdravotní stav obyvatelstva mají značný vliv také další politiky, které ovlivňují vnější a sociálně ekonomické determinanty dobrého zdraví, např. zaměstnání a pracovní podmínky.

13 Vyhodnocení tohoto vztahu je podáno ve zprávě Komise o makroekonomice a zdravotním stavu, jejímž předsedou.

je Jeffrey D. Sachs (2001): Makroekonomie a zdravotní stav: investování do zdraví k zajištění ekonomického rozvoje. WHO, Ženeva.

14 Americký přehled vědecké literatury z posledního desetiletí vede k závěrům, že pracující v USA těšící se dobrému zdraví si vydělávají o 15 až 30 % více než pracující se špatným zdravím: Jack Hadley (2002): Nemocnější a chudší: jaké jsou následky, pokud nejste nemocensky pojištěni. Souhrn výzkumů o vzájemných souvislostech mezi nemocenským pojištěním, zdravotním stavem, prací, příjmy a vzděláním. Kaiserova komise pro Medicaid (bezplatná lékařská péče pro chudé) a nepojištěné.

15 Návrh Komise na společnou zprávu Komise a Rady o přiměřených a udržitelných důchodech, COM(2002) 737 konečné znění. Také návrh Společné zprávy Komise a Rady o zdravotní péči a péči o seniory: Podpora národních strategií k zajištění vysoké úrovně sociální ochrany, COM(2002) 774 konečné znění.

Agenda evropské politiky v oblasti zdraví

Vývoj politiky během předchozího desetiletí vynesl otázky zdravotní péče na přední místo evropské agendy.

V Maastrichtské dohodě (1993) získalo zdravotnictví poprvé právní základ (článek 129), který podporuje spolupráci mezi členskými státy, prevenci chorob a motivační opatření. Žádná harmonizace zákonů a předpisů nebyla stanovena. V reakci na tyto nové závazky předložila Komise svou „Zprávu o rámci pro aktivity v oblasti veřejného zdraví“¹⁶ založenou na zřízení osmi programů veřejného zdraví. Příspěvek na úrovni Evropské unie spočívá v podpoře úsilí členských států a v šíření „informací o nejlepších postupech“ se záměrem trvale podporovat poskytování ochrany zdraví v rámci Společenství.

Na konci 90. let se všeobecný rámec zdravotní politiky změnil. Amsterdamská dohoda rozšířila pravomoci Společenství v oblasti zdravotnictví. Článek 129 byl novelizován připojením několika nových ustanovení a přejmenován na článek 152. Podle článku 152 by opatření v oblasti zdravotnictví měla: přispívat k zajištění dosažení vysoké úrovně ochrany zdraví, zlepšovat zdraví, působit preventivně proti lidským chorobám a nemocím, působit preventivně proti zdrojům nebezpečných pro zdraví a zajišťovat, aby všechny politiky ES chránily zdraví.

V tomto celkovém kontextu navrhla Komise v květnu 2000 novou strategii péče o zdraví¹⁷, která podporuje integrovaný přístup k práci v oblasti zdraví na úrovni Společenství. Klíčovým prvkem byl návrh nového programu aktivit Společenství v oblasti zdravotnictví¹⁸. Program bude zaměřen na tři hlavní směry aktivit:

- zlepšení zdravotnických informací a znalostí pro rozvoj veřejného zdraví,
- posílení schopnosti koordinované a rychlé reakce na hlavní zdravotní hrozby,
- stanovení akcí na podporu zdraví a prevenci chorob.

Komise dále také vytvořila Zdravotní fórum Evropské unie, na kterém se setkávají příslušné evropské organizace. Kromě toho šestý Rámcový program pro výzkum vytváří podmínky pro výzkum týkající se oblasti sociální politiky související zejména s implementací Evropské sociální agendy¹⁹.

Za poskytování a financování zdravotní péče jsou zodpovědné členské státy. Tato zodpovědnost však nebrání aplikaci základních svobod - jako např. svoboda poskytování služeb, oběhu zdravotnických

výrobků nebo pohybu pracovníků - nebo jiných politik Společenství aplikovatelných na tuto oblast.

Zdravotní péče je kromě toho problematikou, která zasahuje do všech oblastí evropské sociální agendy a je důležitým bodem strategie udržitelného rozvoje Evropské unie. Evropská sociální agenda i strategie udržitelného rozvoje jsou důležitými prvky lisabonské strategie. Zdravotní péče se navíc stala důležitou problematikou přeshraniční mobility a snahy o zlepšení veřejných financí.

Kvalita a udržitelnost zdravotní péče byly uznány jako klíčové body užší spolupráce mezi členskými státy. Výbor pro sociální ochranu a Výbor pro hospodářskou politiku byly v červnu 2001 na zasedání Evropské rady v Göteborgu požádány o zvážení výzev stárnutí společnosti a o přípravu úvodní zprávy pro jarní zasedání Evropské rady v roce 2002²⁰ o vývoji v oblasti zdravotní péče a péče o seniory. Zpráva byla zakončena tím, že výchozí demografické, technologické a finanční faktory představují pro systémy zdravotní péče a dlouhodobé péče v Evropské unii náročné výzvy zaměřené na: dostupnost pro všechny bez ohledu na příjem nebo majetek, vysokou úroveň kvality péče a finanční udržitelnost systémů péče.

Rada tyto tři široké cíle potvrdila v úvodní orientační zprávě o zdravotní péči a péči o starší občany pro barcelonskou Evropskou radu, která také zdůraznila, že všechny zdravotní systémy v Evropské unii jsou založeny na principech solidarity, spravedlnosti a univerzality. Barcelonská Evropská rada požádala Komisi a Radu o důkladnější přezkoumání otázek dostupnosti, kvality a finanční udržitelnosti. Komise na základě dotazníku předloženého členskými státy navrhla, aby za účelem zajištění vysoké úrovně sociální ochrany²¹ byla vypracována společná zpráva o národních strategiích. Protože zdravotní péče představuje značnou část veřejných výdajů, jsou z tohoto hlediska finanční udržitelnost systémů zdravotní péče a jejich reformy velmi důležité.

Jednou z nejdůležitějších dimenzí evropské sociální politiky je bezpečnost a ochrana zdraví při práci. Ochrana zdraví při práci neznamená pouze eliminaci pracovních úrazů a nemocí z povolání, ale vztahuje se také na fyzickou, duševní a sociální pohodu, která je pro kvalitu práce a produktivitu pracovní síly důležitá. Pro období 2002-2006 byla připravena nová strategie Společenství v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, která bere v úvahu změny ve společnosti a ve světě práce²². Strategie zavádí globální přístup k pohodě v práci na základě preventivních opatření a budování partnerských vztahů mezi všemi aktéry v oblasti zaměstnanosti, zdraví a bezpečnosti.

16 Listopad 1993.

17 COM (2000) 285 konečné znění ze dne 16.5.2000

18 OJ L 271/1 ze dne 9.10.2002, Rozhodnutí 1786/ES.

19 Viz specifický program výzkumu, technického rozvoje a jejich demonstrace: Integrace a posílení Evropské výzkumné oblasti (2002-2006).

20 Vychází z COM(2001) 723 konečné znění: Budoucnost zdravotní péče a péče o seniory: zaručení dostupnosti, kvality a finanční životaschopnosti.

21 COM(2002) 774 konečné znění.

22 COM(2002) 118 konečné znění: Přizpůsobování se změnám v práci a ve společnosti: nová strategie Společenství v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci 2002-2006.

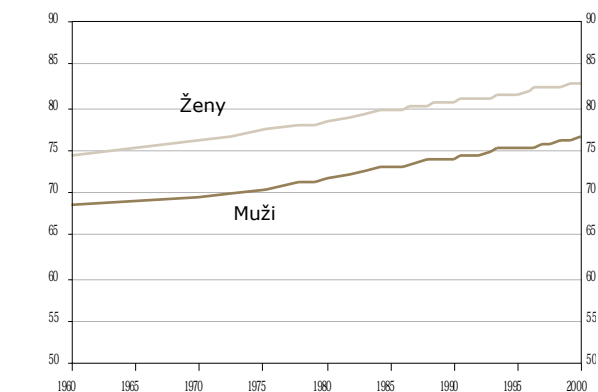
2.2 Obyvatelstvo a zdraví

Během posledních desetiletí se zdravotní stav obyvatelstva ve všech členských státech Evropské unie zlepšoval...

Průměrný zdravotní stav obyvatel Evropské unie se zlepšuje. V roce 2000 činila průměrná očekávaná délka života při narození v EU 78 let (75 let pro muže a 81 let pro ženy). Je to více než v USA (74 pro muže a 80 pro ženy), ale méně než v Japonsku (78 pro muže a 84 pro ženy).

Očekávaná délka života při narození není pouze sociálním ukazatelem. Je to také důležitý ekonomický ukazatel. Makroekonomické a zdravotnické analýzy ukazují, že zdravotní stav vysvětluje významnou část odlišností v mírách ekonomického růstu²³.

Graf 2 Očekávaná délka života, muži a ženy, EU-15 1960-2000



Zdroj : Eurostat

Ukazatel očekávané délky života se během 20. století zvyšoval: v prvních 60 letech 20. století došlo k nárůstu o 25 let, v posledních čtyřiceti letech došlo k dalšímu nárůstu o 8 let²⁴. Očekávaná délka života mužů se prodloužila ze 68 let v roce 1970 na 75 let v roce 2000²⁵. Během stejného období se očekávaná délka života žen prodloužila o 6 let, ze 75 let v roce 1970 na 81 let v roce 2000.

Kratší očekávaná délka života mužů je způsobena vyšší úmrtností mužů ve všech věkových kategoriích, což je ve všech zemích Evropské unie a také ve většině dalších států světa všeobecně známý jev. Tyto odlišnosti mezi pohlavími, i když jsou podmíněny biologickými faktory, lze přičíst především sociálním příčinám a určitým způsobům životního stylu. Nyní, když se chování mužů

a žen Evropské unie stává stále podobnějším, dochází také ke sblížení očekávaných délek života mužů a žen. Tento trend již byl pozorován na úrovni Evropské unie (kde se očekávaná délka života mužů při narození prodloužila za období mezi 1990 a 2000 o 2,5 roku, zatímco u žen o 2 roky) a ve všech členských státech kromě Řecka, Španělska, Lucemburska a Portugalska.

Výsledkem prodloužování očekávané délky života v kombinaci se změnami porodnosti je to, že obyvatelstvo Evropské unie stárne. Toto demografické stárnutí znamená, že počet starších lidí se zvyšuje, zatímco podíl osob v produktivním věku (15 až 64 let) se bude snižovat. Tyto demografické trendy mají ekonomické a sociální důsledky pro řadu oblastí, včetně oblasti systémů zdravotnictví a péče.

Nejdůležitějším demografickým trendem z hlediska poskytování zdravotní péče je rostoucí velikost věkové skupiny velmi starých lidí (přes 80 let). Za období od roku 2010 do roku 2030 se velikost této skupiny zvýší o osm milionů, což je nárůst o 44 %, tedy ještě více než nárůst u staršího obyvatelstva celkově. Většina těchto velmi starých lidí v současnosti vyžaduje pomoc a péči, které jsou poskytovány buď formálně nebo neformálně. Neformální péče zahrnuje péči poskytovanou členy rodiny, která je častá zejména v jižních členských státech. V budoucnu bude docházet ke zmenšování velikosti domácností a dojde ke snížení schopnosti rodin poskytovat rostoucí potřeby péče, čímž vzroste význam formálních i dalších neformálních pečovatelských služeb. Proces stárnutí má jeden výrazný rozměr z hlediska pohlaví: většinu těchto velmi starých lidí budou tvořit ženy. Se stárnutím obyvatelstva budou mít zdravotní problémy žen značnou převahu ve složení nemocí, které bude třeba léčit.

... a vede k novým typům úmrtnosti a chorobnosti ...

Protože lidé žijí déle, úmrtnost a chorobnost se posouvají do stále vyššího věku. Hlavními příčinami úmrtí jsou nemoci oběhového systému (asi 40 % všech úmrtí), rakovina (asi čtvrtina všech úmrtí), choroby dýchacího systému, zažívací choroby a vnější příčiny jako zranění a otravy, do nichž jsou zahrnuty (dopravní) nehody²⁶. Jedno z pěti úmrtí je způsobeno chorobou, které bylo možno předejít. Avšak tato všeobecná struktura se liší podle pohlaví a zejména podle věku. V posledních desetiletích došlo k poklesu úmrtnosti během prvního roku života ve všech členských státech, ve kterých patří současné úrovně k nejnižším na světě. Avšak vzhledem k přetrvávajícím rozdílům v těchto stávajících úrovních kojenecké úmrtnosti mezi různými sociálními skupinami nebo oblastmi, stále zde existují rezervy pro další zlepšování.

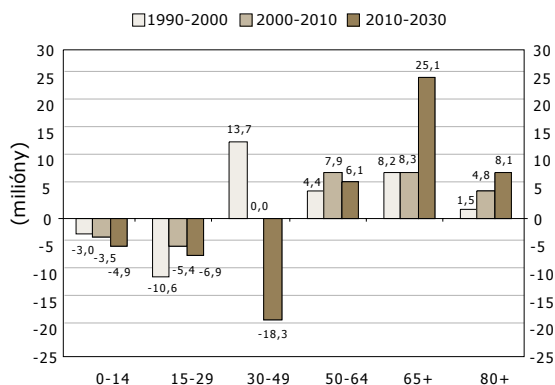
23 Zpráva Komise o makroekonomice a zdravotním stavu, jejímž předsedou je Jeffrey D. Sachs (2001): Makroekonomie a zdravotní stav: investování do zdraví k zajištění ekonomického rozvoje. WHO, Ženeva. (str. 24): "Konkrétně, každých dosažených 10 % prodloužení průměrné délky života při narození má spojitost se zvýšením hospodářského růstu o nejméně o 0.3 až 0.4 procentních bodů za rok, při zachování konstantních ostatních růstových faktorů".

24 Charakter tohoto ukazatele částečně vysvětluje toto zpomalení. Pro daný rok představuje očekávaná délka života průměrný věk, který bude nově narozené dítě žít za předpokladu, že bude zachována míra úmrtnosti daného roku. Jelikož celková ztráta roků, kterých se dítě nedožilo při úmrtí ve svém prvním roce života, je mnohem vyšší než počet roků nedožitych u osoby, která zemře například ve věku 65 let, je očekávaná délka života mnohem citlivější na snižování dětské úmrtnosti než na zvyšování dlouhověkosti starších lidí.

25 Avšak v druhé polovině 80. let a začátkem 90. let došlo v některých členských státech Unie k zastavení vzestupu očekávané délky života u mužů, jako následek vzestupu úmrtnosti zapříčiněné AIDS a dopravními nehodami, které negativně ovlivňují zejména muže.

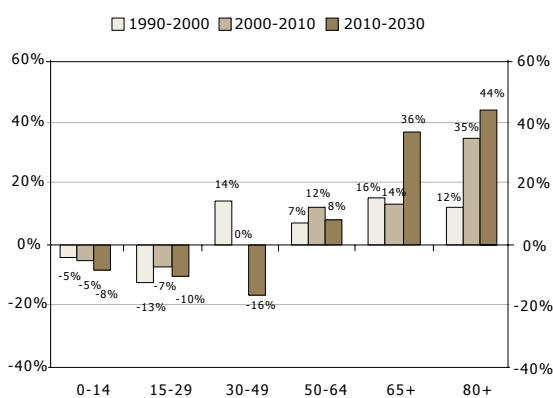
26 Zdroj: Eurostat. Viz též Zpráva Generálního ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele "Zdravotní stav evropské populace" ES 2001.

Graf 3 Změna obyvatelstva (v miliónech) podle věkových skupin. Patnáct členských států Evropské unie



Poznámka: B:1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S, UK, EU: 1998
Zdroj: Eurostat

Graf 4 Změna obyvatelstva (v %) podle věkových skupin. Patnáct členských států Evropské unie



Zdroj: Eurostat

Protože je však kojenecká úmrtnost nyní na velmi nízké úrovni, závisí další prodloužování pravděpodobné délky života na snižování chorobnosti a úmrtnosti ve vyšším věku.

Hlavními příčinami chorobnosti jsou neurodegenerativní choroby (např. Alzheimerova choroba a demence), úrazy, kardiovaskulární choroby, muskuloskeletární choroby a rakovina²⁷. Jelikož většina těchto chorob souvisí přímo úměrně s věkem, bude mít stárnutí obyvatelstva vliv na strukturu úmrtnosti a na potřeby zdravotní péče. Psychické zdravotní problémy také nabývají na závažnosti. V Evropské unii lze asi čtvrtinu nových invalidních dávek připisat špatnému psychickému zdravotnímu stavu.

Zdravotní situace se mění také v přístupujících státech a kandidátských zemích.

Zdravotní situace se zlepšuje také v přístupujících státech, ale ve většině případů je obecně horší než ve stávajících členských státech Evropské unie. Mezi

jednotlivými přístupujícími státy a kandidátskými zeměmi existují velké rozdíly, nejlepší situace je na Maltě a na Kypru (srovnatelná nebo dokonce lepší než v některých stávajících členských státech), za nimiž následuje Slovinsko. Nejhorší zdravotní situace je naopak v pobaltských státech, Rumunsku, Bulharsku a Turecku. To se odráží jednak ve vyšší míře kojenecké úmrtnosti a kratší očekávané délce života a jednak ve vyšším výskytu neinfekčních chorob (zejména onemocnění srdce, choroby oběhového systému a rakovina), infekčních chorob (včetně pohlavně přenášených nemocí a tuberkulózy v některých zemích) a násilných úmrtí.

Budoucí trendy zdravotního postižení budou více souviset s riziky vyššího věku.

Charakterickým rysem lidského života je, že se zvyšujícím se věkem se zvyšuje počet všech druhů funkčních neschopností. Nemocnost, rizikové způsoby životního stylu, úrazy a sociálně ekonomické faktory spoluvytvářejí proces „zneschopnění“, který se časem akumuluje. Není proto překvapením, že mezi mladými lidmi je 5 % lidí se zdravotním postižením, zatímco mezi lidmi v produktivním věku je to 46 % a zbývajících 49 % je mezi lidmi nad 60 let (údaje ECHP). S prodlužující se očekávanou délkou života dochází ke zvyšujícímu se výskytu zhoršení zraku a sluchu a také k neurologickým poruchám, např. Alzheimerově chorobě a demenci. Budoucí trendy rizik typických pro tento věk souvisejících s upoutáním na lůžko budou hlavním faktorem u těch starších lidí, kteří budou potřebovat pomoc a péči.

2.3 Determinanty zdraví obyvatelstva

Vývoj zdraví je do značné míry závislý na podmínkách životního prostředí...

Lidé v Evropě čelí zdravotním rizikům souvisejícím s fyzickým prostředím, která jsou do značné míry vyvolána převládajícím způsobem života a tradičním používáním zdrojů. Lidské zdraví závisí na dostupnosti kvalitní potravy, vody, vzduchu a bydlení. Je také ovlivňováno hlukem, koncentrací dopravy, úrazy a nedostatečností kanalizačních systémů. Rychlá urbanizace vytvořila v mnoha městech specifické problémy, které mají za následek znečištění vzduchu a nevhodné podmínky bydlení. Další zdravotní problémy souvisí s kontaminací vody a potravy vyvolávající infekční choroby. Tyto nepříznivé důsledky se však neustále řeší a jejich účinky se snižují v rámci asanace a rekonstrukce měst, oprav infrastruktury, monitorování znečišťujících látek a zpřísněných opatření v oblasti bezpečnosti potravin.

Během posledních deseti let došlo ve středoevropských a východoevropských městských oblastech díky přijetí přísných technických opatření a ekonomické stagnaci ke snížení znečištění vzduchu. Podmínky bydlení však zůstávají pod úrovní západoevropských norem a na důležitosti nabývají problémy související s dopravou.

27 Zdroj: Eurostat. Viz též Zpráva Generálního ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele "Zdravotní stav evropské populace" ES 2001.

Graf 5 Hlavní determinanty zdraví²⁸

... a na sociálně ekonomických podmínkách ...

Zdraví jednoznačně souvisí se sociálně ekonomickým postavením. Tento pojem je obvykle definován s použitím řady navzájem souvisejících ukazatelů, např. pracovní postavení, pohlaví, úroveň vzdělání, příjmu a bohatství. V případě jednotlivců sociálně ekonomický status určuje dosažitelnost sociálních a materiálních zdrojů a také vystavení zdravotním rizikům.

Zdá se, že na individuální úrovni vzdělání obohacuje sociální schopnosti, rozšiřuje individuální příležitosti, podporuje sebevědomí, obohacuje schopnosti a dovednosti a podporuje zdravější životní styl tím, že zvyšuje uvědomění si rizik. Podle průzkumu Eurobarometer vnímá pouze 50 % lidí se vzděláním nižším než středoškolským, ve srovnání s téměř 75 % lidí s vyšším než středoškolským vzděláním, své zdraví jako „dobré“ nebo „velmi dobré“.

Zaměstnanost i nezaměstnanost jsou pro zdravotní stav důležité. Bylo prokázáno, že vysoká míra zaměstnanosti, nebo nízká míra nezaměstnanosti, spolu s vysokým průměrným národním bohatstvím značně snižují míru úmrtnosti (s časovým odstupem)²⁹. Řada studií na individuální úrovni kromě toho poukazuje na pozitivní korelaci mezi nezaměstnaností a nemocností nebo invaliditou jak ve fyzickém tak i duševním smyslu. Nezaměstnaní lidé si mnohem častěji stěžují na špatné zdraví a navštěvují lékaře. Riziko úmrtí u nezaměstnaných lidí je vyšší než u lidí s trvalým zaměstnáním. Mezi mladými nezaměstnanými lidmi je také vyšší míra sebevražd. Některé sociální sítě nebo „neformální zaměstnání“ však mohou do jisté míry tento negativní dopad ztráty zaměstnání zmírnit. Tento „tlumící účinek“ je v některých členských státech silnější.

Zaměstnanost má po všech stránkách pozitivní vliv na dlouhověkost a zdraví, pokud jsou pracovní příležitosti kvalitní. Je prokázáno, že nízká kvalita práce vyvolává specifické zdravotní problémy (pracovní úrazy, zranění a nemoci z povolání). Mezi hlavními zdravotními problémy související s prací patří především muskuloskeletární poruchy, potom stres a dále plicní a srdeční choroby. Převaha a výskyt určité choroby jsou ovlivněny průmyslovým oborem a povoláním, druhem pracovní smlouvy (na dobu určitou) nebo pracovní dobou (na směny), věkem a pohlavím. I když ženy představují 46 % pracovních sil, podílejí se na nemocech z povolání průměrně 18 %, i když to také odráží rozdíly v pracovní době.

Náklady související s nízkou kvalitou práce jsou značné. Náklady na preventivní nebo léčebnou zdravotní péči je nutno uvážit ve vztahu k počtu pracovních dní ztracených z důvodu pracovních úrazů a špatného zdraví a k následným ztrátám výroby a příjmů. V Evropské unii způsobily v letech 1998 a 1999 úrazy a zdravotní problémy související s prací celkem 500 milionů ztracených pracovních dní.

V přístupujících státech považuje své zdraví a bezpečnost za ohrožené větší část pracovníků: 40 % ve srovnání se 27 % v Evropské unii³⁰. Problémy související s prací jsou v těchto zemích hlášeny častěji, zejména celkové vyčerpání a muskuloskeletární poruchy. Systémy ochrany zdraví a bezpečnosti při práci v přístupujících státech bude nutno přizpůsobit evropské legislativě. V mnoha těchto zemích je sociální dialog méně vyvinutý, proto je nadále významnou výzvou zajištění příspěvku zaměstnanců i zaměstnavatelů ke zlepšení systému.

... a na rozsahu a kvalitě sociálních sítí.

Sociální podpora je významná pro zdravotní stav a rozhodující úlohu má zejména pro dobré zdraví na obou koncích životního cyklu. Sociální sítě sestávající z členů rodiny, příbuzných a přátel přispívají k ochraně a zlepšení zdraví jednotlivců. Zajišťují regulaci odchýlného chování a většiny faktorů souvisejících se životním stylem. Mohou usnadnit přístup ke zdraví a službám, poskytují značný rozsah neformální péče a pomáhají zmírnit dopad negativních událostí.

Rodina je ve všech členských státech stále základem péče a podpory pro děti i dospělé a role rodiny při poskytování péče je vnímána jako důležitá a pozitivní. V současnosti věnuje 6 % Evropanů velkou část svého času poskytování neformální dlouhodobé péče o starší lidi nebo nemocné nebo invalidní osoby v produktivním věku. Budoucí schopnost rodin poskytovat dlouhodobou péči bude ovlivněna vývojem míry aktivity žen a zvyšující se nestabilitou rodinných

28 Vychází z analýzy prezentované v publikaci "Politiky a strategie k podpoře sociální rovnosti ve zdravotnictví" Dahlgren a Whitehead, Institut prognostických studií, Stockholm.

29 Prof. H. Brenner: "Nezaměstnanost a veřejné zdraví", Evropská Komise, Generální ředitelství pro zaměstnanost a sociální věci.

30 Přehled pracovních podmínek v kandidátských zemích, 2001 – Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek.

struktur. Všechny členské státy pozorují trend zmenšování velikosti domácností a rostoucí počet osob žijících samostatně. Scénáře vypracované pro EU-15 ukazují, že do roku 2020 bude 46 % lidí ve věku 85 let a více žít samostatně a 80 % těchto lidí budou ženy. To bude mít za následek zvyšující se počet starých lidí, kteří budou pravděpodobně potřebovat poskytování formální péče, i kdyby se míra invalidity ve vysokém věku nadále snižovala.

Strategie zaměřené na podporu zdravého života vyžadují důsledné zapojení široké řady zainteresovaných složek. Pro zvýšení povědomosti a pochopení zdravotních rizik je nutná rovnováha mezi vládními, komunitními a individuálními opatřeními a postupy. Náležitá pozornost by měla být věnována potenciálu nevládních organizací, místních skupin a dalších organizací pro aktivity na místní úrovni.

Současné trendy sociálního vyloučení přinášejí nové výzvy pro snižování zdravotních nerovností.

Zdá se, že v chudých zemích existuje jasná souvislost mezi úrovní příjmů a úmrtností. Vyšší příjmy často souvisí s lepším zdravím. Tento vztah je méně zřetelný v bohatších zemích, kde je zřejmě struktura úmrtnosti spojena se stupněm příjmové nerovnosti. Důvodem je zejména to, že nízký příjem a chudoba jsou spojované se špatnými životními a pracovními podmínkami a špatným životním stylem. Chudí lidé ve většině členských států mnohem častěji popisují své zdraví jako špatné nebo velmi špatné a vykazují vyšší úroveň sociální izolace, nižší úroveň potenciální podpory a nižší dostupnost neformální péče.

Nižší příjem a chudoba mohou znamenat horší dosažitelnost preventivní (např. konzultace) a léčebné (např. léčení a hospitalizace) zdravotní péče dostatečné kvality - např. ošetření, komunikace a následně sledování vývoje nemoci. Je pravděpodobnější, že jednotlivci s vyššími příjmy získají služby specialistů, zatímco osoby s nižšími příjmy spíše využívají péče praktických lékařů³¹. Postupné zlepšování zdraví vyplývající ze snížené příjmové nerovnosti je zejména významné v případě, kdy ve společnosti existuje také chudoba. Z hlediska politiky to znamená, že boj s chudobou a odstraňování překážek v přístupu k systémům zdravotní péče jsou významnými otázkami.

Nové výzvy souvisejí také se zdravotními důsledky různých životních stylů ...

Životní styl má na zdravotní stav velký vliv. Řada závažných a rostoucích zdravotních problémů epidemických rozměrů souvisí se špatným životním stylem co do výživy, pohybu, požívání alkoholu,

kouření a zneužívání nelegálních drog. Podle nejnovější zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO) je užívání tabáku hlavním rizikovým faktorem, který je příčinou asi 12 % veškeré zátěže vyvolané nemocemi a úrazy. Kouření tabáku je spojováno s celou řadou, někdy smrtelných, chorob, které nemusely jinak vůbec vzniknout (kardiovaskulární choroby, různé druhy rakoviny a plicní choroby). Jedna třetina obyvatelstva EU-15 tvrdí, že kouří pravidelně. V EU-15 je kouření rozšířenější mezi muži než mezi ženami (40 % mužů a 28 % žen) a je na vzestupu, zejména u mladých žen. V případě Dánska bylo prokázáno, že rakovina plic souvisejí s vysokou spotřebou tabáku u žen je jedním z důvodů relativně krátké průměrné délky života dánských žen³³.

Alkohol a krevní tlak jsou příčinou 9-10 % ztráty roků zdravého života (DALY)³⁴ a cholesterol a tělesná hmotnost 6-7 % DALY u obou pohlaví. Nevhodná strava - tj. špatná struktura celkové stravy - má závažné sociálně ekonomické důsledky, přispívá ke vzniku zdravotních potíží a vyvolává ekonomické i sociální náklady. Údaje Eurostat ukazují, že v Evropské unii má asi 17 % dospělých osob nadváhu a asi 6,5 % osob je obeztních. Nadváha a obezita zvyšují riziko některých chronických onemocnění, např. kardiovaskulárních nemocí, určitých druhů rakoviny a cukrovky typu dvě. Počet obeztních lidí stoupá, zejména počet obeztních dětí.

... zejména u mladých lidí.

Zlepšování zdraví u mladých lidí se nevyvíjí stejným směrem jako u společnosti jako celku a mladí lidé - zejména mladí muži - jsou v současnosti ohroženi relativně vysokou mírou úmrtnosti, která souvisí s jejich chováním a životním stylem. Zneužívání drog včetně alkoholu je často příčinou nadměrného počtu úmrtí mladých lidí z vnějších příčin: zejména dopravní nehody u mladých mužů ve věku mezi 15 a 30 lety, ale také další typy násilných úmrtí, např. sebevraždy, které jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí mladých mužů. Zneužívání nelegálních látek je kromě toho koncentrováno mezi mladými dospělými, zejména muži, v městském prostředí: míra zneužívání mezi mladými dospělými lidmi je přibližně dvakrát tak vysoká jako u všech dospělých. Důležitým problémem zdraví mladých lidí je dále sexuální chování, např. nechtěná těhotenství a riziko nákazy pohlavně přenosnými infekcemi.

... a v přístupujících státech.

Problémy související se spotřebou tabáku jsou značné a počty kuřáků mezi mladými lidmi a ženami rostou. Spotřeba alkoholu je dalším faktorem životního stylu, který má svou roli v mnoha případech úmrtí. Alkohol je

31 Otázka přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči i pro všechny znevýhodněné skupiny byla prodiskutována ve Společné zprávě o sociálním začleňování odsouhlasené v Laeken v prosinci 2001.

32 Zpráva o zdravotním stavu ve světě - 2002: Snižování rizik, podpora zdravého života.

33 Viz Zpráva Generálního ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele "Zdravotní stav evropské populace" ES 2001.

34 DALY neboli "rok života upravený podle zdravotního postižení" (Disability-Adjusted Life Year) představuje měřítko zatížení nemocí, která bere do úvahy roky nedožitého života z důvodů předčasné úmrtnosti i roky odžití se zdravotním postižením určité závažnosti a určitého trvání. Jedna jednotka DALY (ztracená) tak znamená jeden nedožitý rok zdravého života.

pravděpodobně závažnějším faktorem vyššího výskytu náhlého úmrtí z důvodu selhání srdce³⁵ a cirhózy ve středoevropských a východoevropských přistupujících státech než v Evropské unii.

Obecně řečeno, také míry úmrtnosti související se zraněními, zejména při dopravních nehodách, utopením a požáry a míry úmrtnosti související s vraždami a sebevraždami jsou v těchto zemích vyšší, což může být částečně zaviněno způsobem konzumace alkoholu.

2.4 Systémy zdravotní péče

Systémy zdravotní péče jsou důležité pro úroveň zdraví i pro hospodářství ve všech členských státech ...

Systémy zdravotní péče mají důležitou roli v boji se špatným zdravím a značně přispívají k dosahování zdravotních cílů. Kromě toho má sektor zdravotní a dlouhodobé péče značný význam také pro hospodářství a zaměstnanost. Zaměstnanost v sektoru zdravotnických a sociálních služeb v patnácti členských státech činí průměrně 10 % celkové zaměstnanosti. Sektor zdravotnictví je také velmi dynamickým a rychle se rozvíjejícím sektorem hospodářství se značným potenciálem napomáhat dalšímu ekonomickému růstu a poskytovat pracovní příležitosti. V letech 1995-2001³⁶ zajistil sektor zdravotnictví a sociální práce v Evropské unii 18 % růstu zaměstnanosti.

...které i přes velké odlišnosti v organizaci zdravotní péče čelí podobným problémům.

Mezi jednotlivými členskými státy existují velké rozdíly ve způsobu organizace, řízení, financování, poskytování a využívání systémů zdravotní péče. Nicméně problémy, které musí systémy zdravotní péče řešit, jsou v mnoha ohledech podobné. Jeden obzvláště závažný společný problém představuje stárnutí obyvatelstva. Zajištění dostupnosti vysoce kvalitní udržitelné zdravotní a dlouhodobé péče pro všechny občany dokonce i na vrcholu fáze stárnutí obyvatelstva je všeobecně považováno za společný cíl, o který členské státy ve svých politikách zdravotní péče usilují.

Členské státy vydávají značné částky na zdravotní péči ...

V roce 1999 se podíl celkových výdajů na zdravotnictví pohyboval mezi 10,3 % HDP v Německu a 6,1 % v Lucembursku, přičemž vážený průměr činil 8,4 %. Celkové výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP jsou nyní nejvyšší v Německu, za nímž následuje Francie a Belgie. V USA dosáhly v roce 2000 celkové výdaje na zdravotnictví 13 % HDP, přičemž podíl veřejných výdajů činil 44 %³⁷. Údaje za Kanadu se spíše blíží

průměru Evropské unie, výdaje na zdravotnictví činí 9,1 % HDP, s podílem veřejných výdajů 71 %.

Systémy zdravotní péče v Evropě spoléhají na kombinaci finančních zdrojů. Většinu financování ve všech členských státech představují veřejné výdaje (průměrně 75 %), jejichž zdrojem jsou daně a příspěvky na sociální zdravotní pojištění. Soukromé výdaje (hotovostní platby a soukromé zdravotní pojištění) představují méně než 30 % celkových výdajů na zdravotnictví. Výjimku tvoří Řecko, Itálie a Portugalsko. Podíl hotovostních plateb v rámci celkových výdajů na zdravotnictví v Evropské unii se během 90. let mírně zvýšil a v roce 1998 činil průměrně 16 %. V Itálii a Portugalsku je podíl hotovostních plateb na celkových výdajích na zdravotnictví vyšší než 30 %. Zdá se, že navzdory očekávání přesunu nákladů na soukromé zdroje financování neomezil růst celkových výdajů na zdravotnictví.

... a na dlouhodobou péči ...

Stanovit náklady a národní trendy dlouhodobé (nebo terciální) péče je obtížné, protože tyto služby jsou často rozděleny do různých veřejných struktur a rozpočtů - obvykle do rozpočtu zdravotnictví a rozpočtu sociálních služeb. Nejlepší dostupné odhady veřejných výdajů na dlouhodobou péči uvádějí vážený průměr Evropské unie ve výši 1,3 % HDP v roce 2000 a rozpětí od 0,7 % ve Francii, Irsku a Rakousku až po 3 % v Dánsku a 2,8 % ve Švédsku.³⁸

Organizace dlouhodobé péče o starší osoby se mezi jednotlivými členskými státy značně odlišuje. Dánsko má vysoký počet lůžek určených pro dlouhodobé ošetřování, zatímco údaje za středomořské členské státy se pohybují značně pod průměrem Evropské unie, což souvisí s odlišnou rolí rodinných sítí poskytujících neformální péči. V tomto sektoru probíhají rychlé změny. V severních a centrálních členských státech dochází k reorganizaci nebo inovaci těchto služeb, zatímco v jihoevropských státech dochází z důvodu změn ve strukturách rodin k jejich expanzi. V sektorech zdravotních a sociálních služeb hrají stále významnější roli neziskové organizace.

V rámci služeb zdravotní péče dochází k postupným změnám poměru mezi primární, sekundární a terciální³⁹ péčí. Význam sekundární péče (hospitalizace pacientů) se snižuje především z důvodu pokroku v terapeutických léčbách a zlepšení v oblasti primární péče a denní péče. To vyvolalo potřebu větší decentralizace poskytování zdravotní péče a nové koordinace mezi zájmovými skupinami na národní, regionální a místní úrovni. Mění se vztah mezi státem, trhem a neziskovým sektorem v oblasti zdravotní péče s rostoucím podílem soukromého sektoru vytváří nové výzvy z hlediska regulace a řízení poskytování zdravotní péče a dosahování cíle spravedlnosti.

35 Britton, A. & McKee, M. 2000 „Vzájemný vztah mezi alkoholem a kardiovaskulárními chorobami ve východní Evropě“, Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332.

36 Zaměstnanost v Evropě, 2002.

37 Údaje o zdravotním stavu OECD - 2002.

38 Rozpočtové problémy způsobené stárnutím populace - Výbor pro hospodářskou politiku (2001).

39 Sekundární péče pokrývá služby poskytované hospitalizovaným pacientům, terciální péče zahrnuje dlouhodobou péči.

Většina členských států dnes zajišťuje univerzální přístup ...

Všeobecná nebo téměř všeobecná práva na zdravotní péči jsou zakotvena v každém členském státě Unie. To představuje významný úspěch dosažený během posledních desetiletí v rámci EU. Po zavedení všeobecného pojištění v lednu roku 2000 se tak Francie připojila k Dánsku, Finsku, Řecku, Irsku, Itálii, Lucembursku, Portugalsku, Švédsku a Velké Británii, které poskytují univerzální a zákonem stanovené zdravotní pojištění, což snižuje riziko sociálního vyloučení v systému zdravotnictví. Pro srovnání, odhaduje se, že v USA nemá zdravotní pojištění 40 milionů osob (14 % populace)⁴⁰.

Nicméně, i přes všeobecný nebo téměř všeobecný charakter zákonného zdravotního pojištění, v členských státech EU stále přetrvávají potíže s dostupností související s různými mezerami v pojistném pokrytí. Tyto potíže vznikají ze dvou důvodů: jako důsledek neposkytování určitého druhu léčení v rámci zákonného zdravotního pojištění nebo také jako důsledek stále většího spoléhání se na uživatelské poplatky.

... a stále rozvíjí standardy kvality.

Ve většině členských států byl učiněn pokrok při stanovení standardů kvality zdravotní péče⁴¹. V některých oblastech je to však obtížné, např. v případě pacientů v ambulantní zdravotní péči nebo ve vztahu k zavádění standardů založených na výstupech. Stále rostou tlaky požadující zlepšení kvality zdravotní péče poskytované pacientům, stejně jako tlaky požadující zastavení růstu nákladů na léčení. Rostoucí vědomí toho, že výdaje vynaložené na neefektivní technologie mají za následek alternativní náklady požadované na jiných pacientech, přispívá k nárůstu požadavků na předkládání důkazů o dopadu na rozpočet a také o nákladové efektivitě zdravotních zásahů v rámci hodnocení zdravotnické technologie. Ve všech státech EU je možno se setkat s určitou formou vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče⁴².

Přístupující státy i kandidátské země mají odlišné modely poskytování zdravotní péče.

Ve většině přístupujících států i kandidátských zemí se na zdravotnictví vynakládá menší podíl hrubého domácího produktu než průměrně v EU, od 2,6 % v Rumunsku

až po více než 8 % na Maltě. V přístupujících státech existuje poměrně značná tendence hospitalizovat pacienty, a to hlavně z důvodu nedostatečně vyvinutého systému primární péče⁴³. Avšak v mnoha těchto zemích existuje méně zdravotního personálu na jednoho obyvatele a infrastruktura nemocnic a dalších zdravotnických zařízení je poměrně špatná. Nárok na zdravotní péči zůstal teoreticky ve většině zemí univerzální a všeobecně dostupný. Avšak v praxi jsou zdravotní služby přidělovány a neformální poplatky tu nejsou ničím neobvyklým⁴⁴. V některých přístupujících státech existuje určitý trend směřující k privatizaci poskytování zdravotní péče. To má za následek více soukromých finančních zdrojů směřujících do zdravotnictví ve formě hotovostních plateb i ve formě plateb ze soukromého zdravotního pojištění.

2.5 Budoucí výzvy pro systémy zdravotní péče

Systémy zdravotní péče čelí novým výzvám co do jejich finanční udržitelnosti, kvality a dostupnosti ...

Poptávka po zdravotní a dlouhodobé péči během posledních desetiletí stoupá, a to hlavně v důsledku pokroku dosaženého v lékařské technice a léčbě i stále stoupajících nároků bohatších společností. Politikové také budou muset řešit nové strukturální trendy stále rostoucích očekávání příjemců zdravotní péče. Změny životního stylu, způsobu práce, příjmů, úrovně vzdělání a rodinných struktur mění postoje lidí ke zdravotní péči. Informační společnost také umožňuje okamžitý přístup k informacím o nejnovějších možných způsobech léčení každému, kdo má přístup k internetu: internetové stránky týkající se zdraví patří k nejnavštěvovanějším. Mění se postoje znamenají též stále větší míru informovanosti o právech a povinnostech pacientů, menší toleranci k diskriminaci a také menší úctu k profesnímu lékařskému personálu. Stále patrnější a rozšířenější je poptávka po větším výběru a více individualizovaném poskytování zdravotních služeb, společně s přístupem k širšímu rozsahu způsobů léčby – včetně léčebných postupů, které přesahují tradiční oblasti zdravotnictví. V důsledku toho je důležité správně vyhodnocovat a řešit základní zdravotní potřeby obyvatelstva, protože to může přispět k odstranění neúčinného nebo i škodlivého poskytování služeb zdravotní péče.

40 Jack Hadley (2002): Nemocnější a chudší: jaké jsou následky nebyť nemocensky pojištěn. Souhrn výzkumů o vzájemných souvislostech mezi nemocenským pojištěním, zdravotním stavem, prací, příjmy a vzděláním. Kaiserova komise pro Medicaid (bezplatná lékařská péče pro chudé) a nepojištěné.

41 Diskuse o standardech kvality viz Sdělení Evropské komise "Zdravotní péče a péče o seniory: Podpora národních strategií k zajištění vysoké úrovně sociální participace" (2003).

42 Podrobná diskuse o Vyhodnocování zdravotní techniky je obsažena ve části 2.3 publikace Generálního ředitelství pro zaměstnanost a sociální věci "Sociální situace v Evropské unii 2003".

43 Viz Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institute for Advanced Studies, Vídeň) "Zdraví a systémy zdravotní péče v kandidátských zemích", srpen 2002, str. 8.

44 Systémy sociální ochrany ve 13 kandidátských zemích – Zpráva pro Evropskou komisi, Generální ředitelství pro zaměstnanost a sociální věci – listopad 2002.

... pokroku v technologiích a způsobech léčby ...

V posledních desetiletích přispívá pokrok dosažený v lékařské technice a léčení ke stále stoupajícím nákladům. Nové technologie mohou snižovat náklady na léčení určitých nemocí, ale mohou také vyvolat nárůst výdajů, pokud jsou používány při léčbě stavů, na které nebyly dříve dostupné žádné terapie, případně pouze méně účinné terapie, nebo pokud jsou předepisovány na stavy, na které existují levnější alternativy léčení. Dopad nových technologií na budoucí výdaje na zdravotní péči je jen těžko předpověditelný, avšak systematictější vyhodnocení používaných zdravotních technologií a léčení by pomohlo zajistit, že vyšší výdaje budou pouze výsledkem skutečného pokroku a že nebyly promarněny možnosti ušetření nákladů. Toto vyhodnocení – a také rozšiřování a praktické uplatňování jeho výsledků – je rozhodující pro dosažení tří cílů dostupnosti, kvality a životaschopnosti. Avšak sledování pokroku velmi záleží na kvalitě údajů v oblasti zdravotnictví. V rámci EU je stále možno pozorovat významné slabiny, a to v dostupnosti a standardizaci definic i metod shromažďování dat.

Informační a komunikační technologie (ICT) byly zavedeny v systému zdravotnictví podobně jako ve většině jiných oblastí hospodářství. ICT mohou podstatnou měrou přispět ke zlepšení organizace poskytování zdravotní péče. Některé zdravotnické orgány uvádějí, že v současnosti vydávají na ICT 20 % rozpočtu určeného na kapitálové vybavení. Zevšeobecnění ICT může pro znevýhodněné skupiny obyvatel vytvářet nové bariéry dostupnosti kvalitní zdravotní péče, pokud tyto technologie budou vyžadovat, aby pacienti měli určité počítačové dovednosti.

... stárnutí populace ...

V důsledku trvale nízké porodnosti a rostoucí průměrné délky života dochází ke stárnutí evropského obyvatelstva. První generace silné poválečné populační exploze bude v následujících 10 až 15 letech postupně odcházet do důchodu, což nejprve povede ke zvýšeným výdajům na starobní důchody. O deset let později, až se tyto početné silné skupiny začnou přesouvat do "čtvrtého věku", budou mít jejich vysoké počty pravděpodobně za následek vyšší požadavky na poskytování zdravotní a zejména dlouhodobé péče. Potřeba poskytování péče bude však do určité míry záviset na účinnosti předešlých a budoucích strategií podpory zdraví.

Důsledky demografického stárnutí na budoucí náklady na zdravotnictví lze jen stěží předpovídat⁴⁵. Zahrnují jak poptávku, tak i poskytování zdravotní péče a mají jednoznačnou spojitost s životními podmínkami, životním stylem, podporou ze strany rodiny a se sociálně ekonomickou situací. Nejvýznamnějším

demografickým trendem pro poskytování zdravotní péče je rostoucí počet velmi starých lidí (přes 80 let), a to v kontextu snižování velikosti domácností a schopnosti nebo ochoty rodin zajišťovat potřeby poskytování péče. Na jednu stranu se budou systémy zdravotní péče muset přizpůsobit změnám ve struktuře nemocí a zdravotních potřeb, přičemž vzroste význam geriatrické medicíny a léčby chronických nemocí. Na druhou stranu se systémy formální zdravotní péče budou muset připravit na situaci, kdy budou poskytovat podstatně větší objem pečovatelských služeb, protože role rodin při poskytování péče se v mnoha členských zemích zmenšuje. Navíc, zatímco podíl velmi starých lidí vyžadujících dlouhodobé poskytování péče se může zmenšovat v důsledku lepšího zdraví a nižší invalidity, stále je pravděpodobné, že jejich absolutní počet vzroste.

... a stárnutí zdravotního personálu.

Problémy s náborem a udržením zdravotnického personálu, které některé členské státy již pociťují, se budou stále zvyšovat v důsledku celkového trendu směřujícího ke stárnutí a ubývání personálu, což bude mít za následek silnější soupeření při získávání pracovních sil. Oba tyto trendy mohou ve svém důsledku znamenat zvýšení nákladů. Takže resort zdravotnictví se bude muset připravit na stárnutí svého personálu, jakož i na stárnutí své klientely (pacientů). To platí zejména u zdravotních sester: v 7 členských státech Unie je již dnes 40 % zdravotních sester ve věku přes 45 let a v ostatních členských státech dosáhla téměř jedna ze dvou zdravotních sester tohoto věku. Dva další faktory značnou měrou přispívající k nedostatku zdravotních sester jsou: nerovnoměrné trendy v náborové politice a zejména náročné pracovní podmínky ve spojitosti s nepřilíživými vysokými platy vedoucí k vyšší fluktuaci personálu. Na významu bude pravděpodobně nabývat nábor mezi přistěhovalci, aby tak doplnili tento nedostatek.

Rozšíření EU může vyvolat nové problémy co se týká zdravotního personálu. Až se bude volnost pohybu plně vztahovat i na přistupující státy, může to způsobit další potíže při poskytování léčby a služeb v těchto přistupujících zemích. Potíže mohou být vyvolány lidmi hledajícími zdravotní léčení v jiných členských státech a také v důsledku pohybu zdravotního personálu, který bude přitahován vyššími platy v současných státech Unie.

V reakci na tyto skutečnosti bude resort zdravotnictví muset podstoupit proces trvalé transformace a bude muset rozvinout lepší synergii s ostatními oblastmi.

Kombinovaný účinek technologického pokroku, rostoucích příjmů a očekávání a stárnutí obyvatelstva vytvoří strukturální trend směřující ke zvyšování výdajů na zdravotnictví. Z tohoto důvodu bude stěžejní

⁴⁵ Prognózy vycházející ze základního demografického scénáře Eurostatu naznačují, že v EU by se v průměru mohl objem celkových výdajů na zdravotnictví zvýšit (uvážujeme-li že ostatní podmínky zůstanou stejné) během budoucího čtvrtstoletí o téměř 0,6 % ročně v reálných hodnotách, a to v důsledku změn ve věkové struktuře obyvatel. Výbor pro hospodářskou politiku navíc odhaduje, že tento růst výdajů na zdravotní a dlouhodobou péči zapříčiněný stárnutím populace v období 2000-2050 by mohl dosáhnout 2-3 procentních bodů HDP. S těmito prognózami je však třeba zacházet obezřetně, protože se vztahují k velmi dlouhým obdobím a jsou založeny na několika předpokladech o budoucích ekonomických trendech a trendech chování obyvatelstva.

výzvou pro budoucí zdravotní politiku zajištění takové účelnosti a nákladové úspornosti zdravotních služeb, které zajistí plnou udržitelnost široké dostupnosti špičkové zdravotní a dlouhodobé péče i vzhledem k těmto trendům. To ale vyžaduje odhodlání a snahu směřující k lepšímu řízení a vyhodnocování dopadů ve vztahu ke zdravotním zásahům, způsobům léčení a používaných technologií.

Stárnutí povede ke zvýšení tlaků na poskytování zdravotních služeb a dlouhodobé péče. Přizpůsobení se náhlým změnám struktur chorob při současném zajištění potřeb pracovních sil a zajištění udržitelnosti, kvality a dostupnosti z dlouhodobého hlediska představuje pro tvůrce politik a administrativu složitý soubor výzev.

Jak již bylo výše zmíněno, ve všech členských státech jsou patrné silné vztahy mezi jednotlivými sociálně ekonomickými faktory (jedná se zejména o úroveň vzdělání, modely rodin, nerovnosti mezi

muži a ženami, příjmy a zaměstnanost) a zdravím a nerovnosti ve zdravotním stavu jsou stále výrazné. I když jistě existuje i určitá souvislost mezi typem a charakterem systému poskytování zdravotní péče, mají tyto nerovnosti v první řadě spojitost se širšími nerovnostmi společenského charakteru odrážející se v sociálně ekonomických determinantech zdraví. Na základě této skutečnosti je možno prohlásit, že politiky, které podporují míru zaměstnanosti, zlepšují kvalitu pracovních míst, případně snižují nerovnosti, by mohly vést ke značnému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Jedním ze zjištění této zprávy je, že kromě zdravotní politiky přispívají značnou měrou k vytváření a udržení zdraví také sociální politika a politika zaměstnanosti společně s hospodářskou politikou. Odtud plyne, že další zásadním úkolem bude lépe využívat synergií mezi zdravotní politikou a těmi politikami, které ovlivňují rozhodující sociálně ekonomické a ekologické determinanty zdraví, aby tak bylo možno zajistit dobré a zdravé životní podmínky všem Evropanům po celého dobu jejich života⁴⁶.

46 Sdělení Komise o vyhodnocení dopadů (COM(2002) 276 konečné znění) je relevantní pro tuto diskusi.

3 Odolnost evropského sociálního modelu

V roce 1993, když se Evropská rada v Kodani dotazovala, proč růstový potenciál, konkurenceschopnost a míra zaměstnanosti Unie zaostávají za jinými předními ekonomikami světa, několik hlasů naznačovalo, že tento nedostatečný ekonomický výkon je důsledkem zásadních slabin ve stávajícím modelu evropské společnosti. Jiní namítali, že základní principy a zásady evropského modelu sociální společnosti jsou plně slučitelné s úsilím a snahou směřující k podstatnému zlepšení celkové výkonnosti Unie. Deset let nato se zdá, že ukazatele shromážděné pro zprávu o "Sociální situaci v Evropské unii" potvrdily, že se Unie a její členské státy rozhodly dále pokračovat v přístupu zaměřeném na zachování sociální solidarity a soudržnosti⁴⁷.

Ukazatele zaměstnanosti, vzdělání, zdraví a celkové životní spokojenosti uváděné v této zprávě všeobecně potvrzují, že bylo dosaženo podstatného pokroku a že Evropa je schopná poskytovat dobré životní podmínky velké většině svých obyvatel stejně jako je tomu v jiných ekonomikách.

Za poslední desetiletí se ve stále větší míře stává podpora zaměstnanosti a modernizace systému sociální ochrany stěžejní prioritou, která je v samém jádru celkové strategie Evropské unie. Politika zaměstnanosti a sociální politika prošly v členských státech Unie rychlým vývojem a nastává proces dostihování a konvergence. V důsledku toho jsme mohli pozorovat nikoli zanikání evropského přístupu založeného na kombinaci tržní dynamiky a sociální politiky, ale naopak posílení a další rozvoj evropského sociálního modelu.

Dnes se všeobecně uznává, že kvalitní sociální politika orientovaná na podporu zaměstnanosti může zvyšovat hospodářskou výkonnost. Resort zdravotnictví je dobrým příkladem této synergie mezi

sociální a ekonomickou dimenzí. Na jedné straně tato oblast přispívá ke kvalitnímu způsobu života a lepší zdraví se promítá zpětně do vyšší ekonomické výkonnosti (vyšší produktivita práce, méně absencí, nižší potřeba poskytování zdravotní péče atd.). Na druhé straně představuje její vývoj hnací sílu pro růst zaměstnanosti. Více než 2 miliony pracovních míst neboli 18 % z celkově vytvořených pracovních míst mezi lety 1995-2001 připadají na resort zdravotnictví a sociálních věcí, který dnes představuje téměř 10 % celkové zaměstnanosti.

Jak bylo zdůrazněno v letošní souhrnné zprávě⁴⁸, členskými státy, které dosahují nejlepších výsledků ve všech rozhodujících ukazatelích, jsou ty státy, kde jsou uplatňovány zásady aktivního sociálního státu s největší vytrvalostí a důsledností. Dosažené výsledky těchto členských států ukazují, že existuje potenciál dalšího pokroku, který je ale v následujících letech nutno lépe podchytit a využít. Evropská strategie zaměstnanosti i nové metody a postupy modernizace sociální ochrany a podpory sociálního začlenění jsou organizovány proto, aby umožňovaly všem členským státům čerpat ze společného fondu znalostí o tom, jak se může Evropa přiblížit k hospodářské a sociálně udržitelnosti.

Samozřejmě značné potíže stále přetrvávají a výzvy stojící před Uníí budou v nastávajícím desetiletí ještě větší než v tom předchozím. Například stále existují obavy z trendů týkajících se mladé generace, jak je zdůrazněno v několika statích zprávy o sociální situaci: dlouhodobá nezaměstnanost, specifická úmrtnost a pracovní úrazy i nedostatek odborného vzdělání. Přetrvávání pastí chudoby představuje další důvod k obavám a znepokojení. Avšak cesta vpřed, jak ukazují členské státy dosahující nejlepších výsledků, spočívá ve zdokonalování a modernizaci fungování evropského sociálního modelu.

47 Růst, konkurenceschopnost, zaměstnanost - Výzvy a cesty vpřed do 21. století; Komise, 1993.

48 "Rozhodnutí pro růst: Znalosti, inovace a pracovní místa v soudržné společnosti" - Zpráva pro jarní zasedání Evropské rady 21. března 2003 o Lisabonské strategii hospodářské, sociální a ekologické obnovy, COM(2003) 5 konečné znění.

Přílohy

Stárnutí populace

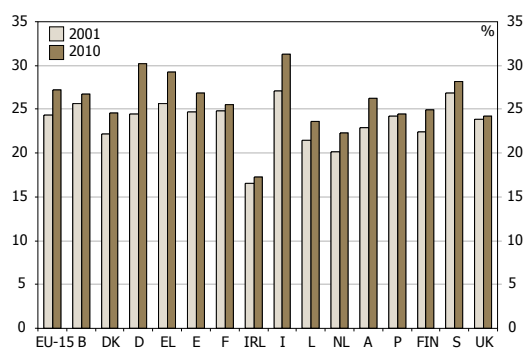
V roce 2001 žilo v Evropské unii celkem 62 milionů starších lidí ve věku 65 a více let, ve srovnání s 34 miliony v roce 1960. Dnes představují starší lidé 16 % celkové populace neboli 24 % populace v produktivním věku (ve věku 15-64). Do roku 2010 se očekává, že se tento poměr zvýší na 27 %. Za dobu následujících 15 let vzroste počet velmi starých lidí ve věku 80 a více let o téměř 50 %.

Klíčový ukazatel

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Míra demografické závislosti (Populace ve věku 65 let a více jako procento populace v produktivním věku 15-64 let k 1. lednu)																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

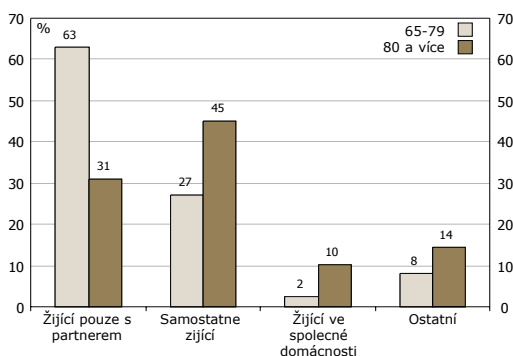
Zdroj: Eurostat - Demografická statistika.

Graf 6 Míra demografické závislosti 2001 a 2010



Zdroj: Eurostat - Demografická statistika EU-15, UK a EL údaje za rok 2000.

Graf 7 Starší populace podle situace domácnosti a podle věku, EU-15, 2010



Zdroj: Eurostat - prognózy vývoje domácností se základním rokem 1995

Migrace a azyl

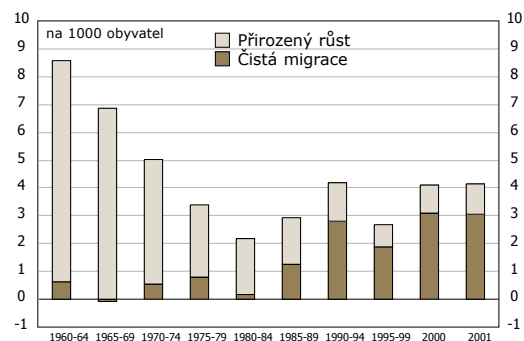
Od roku 1989 představovala čistá migrace hlavní složku roční změny obyvatelstva Unie. V roce 2001 činila roční míra čisté migrace 3,1 na 1 000 obyvatel, což představovalo okolo 74 % celkového přírůstku obyvatel. V roce 2000 dosahoval podíl obyvatel s jinou státní příslušností okolo 5 % populace EU (3,4 % představovali lidé se státní příslušností mimo EU a 1,5 % se státní příslušností z jiných států EU), a v 15 členských státech bylo registrováno něco přes 363 000 žádostí o udělení azylu.

Klíčový ukazatel

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Míra čisté migrace (na 1 000 obyvatel)																
2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
2000	3,1	1,3	1,9	2,0	1,2	8,8	0,8	7,0	3,1	8,3	3,6	2,1	4,9	0,5	2,7	3,3
Průměrná roční míra čisté migrace																
1995-99	1,9	1,1	3,0	2,5	1,9	1,1	0,7	4,3	2,1	10,0	2,0	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0
1990-94	2,8	1,9	2,0	7,0	5,7	0,4	1,3	-0,4	1,9	10,5	2,7	7,5	-1,3	1,8	3,7	1,3

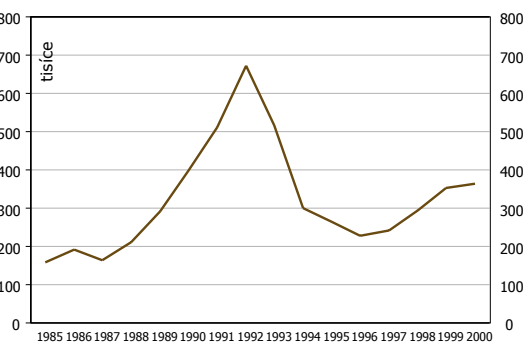
Zdroj: Eurostat - Demografická statistika

Graf 8 Průměrná roční změna populace podle jednotlivých složek, EU-15, 1960-2001



Zdroj: Eurostat - Demografická statistika

Graf 9 Žádosti o udělení azylu, EU-15, 1985-2000



Zdroj: Eurostat - Statistika migrace

Vzdělávání a jeho výsledky

Dosažená úroveň vzdělání obyvatelstva se za posledních 30 let výrazně zlepšila, zejména v případě žen. V dnešní době má v Unii 75 % mladých lidí ve věku 25-29 vyšší sekundární vzdělání. Zároveň však 19 % mladých lidí ve věku 18-24 opouští vzdělávací systém již po ukončení maximálně nižšího sekundárního vzdělání.

Klíčový ukazatel

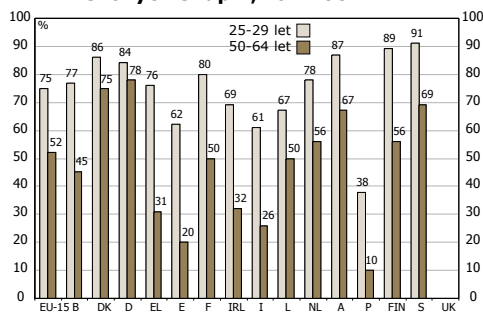
Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku (Podíl populace ve věku 18-24 s nižším než vyšším sekundárním vzděláním (ISCED 0-2) bez účasti na vzdělávání nebo odborném výcviku) 2001

Populace ve věku 18-24 podle aktivity (v %), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Studují a jsou zaměstnáni	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Studují a nejsou zaměstnáni	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Nestudují a jsou zaměstnáni	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Nestudují a nejsou zaměstnáni	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

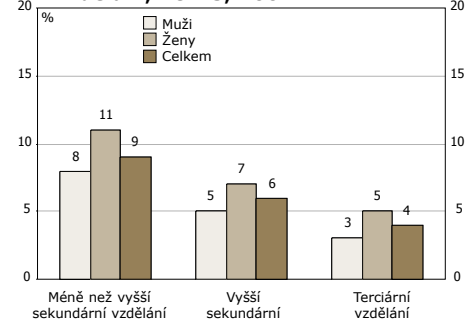
Poznámky: Irsko údaj z 1997. Spojené království – údaje za osoby předčasně opouštějící vzdělávání nejsou k dispozici, neboť dosud není definováno "dosažení vyššího sekundárního vzdělání". Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Graf 10 Procento populace s ukončeným alespoň vyšším středoškolským vzděláním, podle věkových skupin, rok 2001



Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii
Irsko: údaje za rok 1997. Spojené království – údaje nejsou uvedeny. Je třeba ještě definovat dosažení vyššího středoškolského vzdělání.

Graf 11 Míra nezaměstnanosti obyvatel ve věku 25-64 podle pohlaví a dosažené úrovně vzdělání, EU-15, 2001



Poznámka: Spojené království – základní stupeň maturitních zkoušek je zahrnut pod pojmem vyššího středoškolského vzdělání (ISCED 3). Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Celoživotní vzdělávání

V roce 2001 bylo v EU zapojeno do vzdělávání a odborného výcviku 8% populace ve věku 25-64 (během posledních 4 týdnů). Tyto aktivity odborného vzdělávání jsou zřejmě běžnější v severovýchodních zemích, v Nizozemsku a ve Spojeném království. Poskytování odborného výcviku starším osobám je méně časté než v případě mladší generace. Lidé s vyšším vzděláním se odborného výcviku účastní více než lidé s nižším vzděláním.

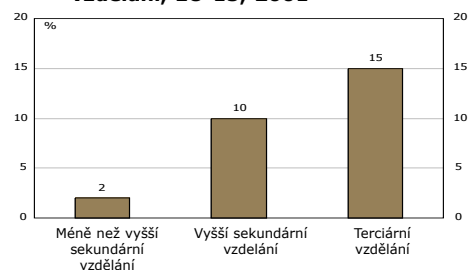
Klíčový ukazatel

Celoživotní vzdělávání (Procento populace ve věku 25-64 účastníci se procesu vzdělávání a odborného výcviku během posledních 4 týdnů před šetřením), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Celkem 25-64	8	7	18	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	19	17	22
25-34	14	12	27	13	4	11	6	9	12	9	25	14	8	28	25	26
35-44	8	8	19	5	1	3	2	5	3	6	18	8	2	21	18	24
45-54	6	5	14	3	0	2	1	3	2	3	13	7	1	18	15	20
55-64	3	2	8	1	0	1	0	1	1	1	7	2	0	8	10	13

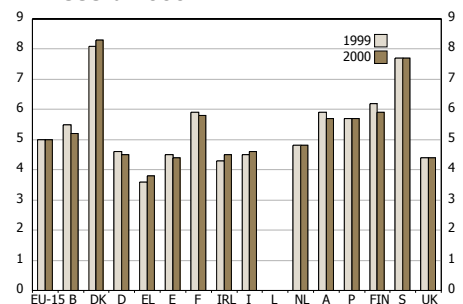
Poznámky: F – odborný výcvik musí probíhat v době provádění šetření, aby byl započítán. IRL – údaje za rok 1997. Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii.

Graf 12 Celoživotní vzdělávání (Procento populace ve věku 25-64 účastníci se procesu vzdělávání a odborného výcviku během posledních 4 týdnů před šetřením) podle dosažené úrovně vzdělání, EU-15, 2001



Poznámky: F – počítá se pouze výcvik probíhající v době šetření, IRL – údaje z roku 1997, UK – zákl. stupeň maturitních zkoušek je zahrnut pod vyšší střed. vzdělání (ISCED 3). Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Graf 13 Výdaje na rozvoj lidských zdrojů (Celkové veřejné výdaje na vzdělávání v procentech HDP), 1999 a 2000



Zdroj: Eurostat – Statistika vzdělávání

Zaměstnanost

V roce 2001 dosáhl počet zaměstnaných osob v Unii zhruba 168 milionů, což představuje nárůst o více než 12 milionů od roku 1996. To představuje roční růst zaměstnanosti o asi 1,5 % ročně. V roce 2001 vzrostla zaměstnanost o 1,2 %. V roce 2001 dosáhla míra zaměstnanosti obyvatel ve věku 15-64 úrovně 64 %.

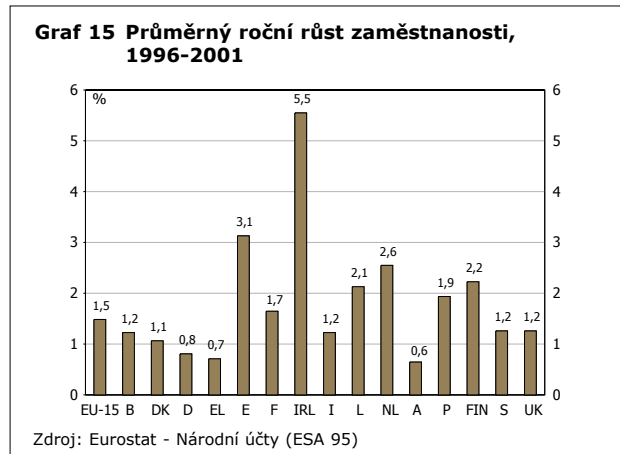
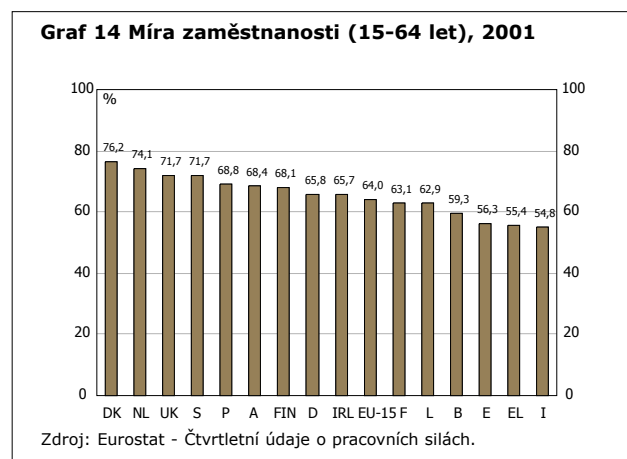
Klíčový ukazatel

Míra zaměstnanosti, 15-64 let	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

Vývojové trendy v zaměstnanosti

Celková Z. 2001 (v mil.)	167,9	4,0	2,8	38,8	3,9	16,0	24,8	1,7	23,5	0,3	8,3	4,0	5,0	2,3	4,3	28,2
Celková Z. 2000 (v mil.)	165,8	3,9	2,8	38,7	3,9	15,6	24,3	1,7	23,1	0,3	8,1	4,0	4,9	2,3	4,2	27,9
Celková Z. 1996 (v mil.)	156,1	3,7	2,6	37,3	3,8	13,7	22,8	1,3	22,1	0,2	7,3	3,9	4,5	2,1	4,1	26,5
2001/1996 (prům. roční růst zam. v %)	1,5	1,2	1,1	0,8	0,7	3,1	1,7	5,5	1,2	2,1	2,6	0,6	1,9	2,2	1,2	1,2
2001/2000 (prům. roční růst zam. v %)	1,2	1,2	0,2	0,2	0,2	2,5	2,0	2,9	1,6	2,2	2,1	0,2	1,6	1,2	1,9	0,9

Zdroj: Eurostat - Čtvrtletní údaje o pracovních silách.



Zaměstnanost starších osob

Ačkoli za poslední 4 roky došlo v EU k růstu zaměstnanosti starších mužů ve věku 55-64 let o 1,5 % a v roce 2001 činila 48,7 %, je to stále pod úrovní roku 1991 (51,2 %). Naopak srovnatelná míra žen se stále zvyšovala a v roce 2001 dosáhla 29 %. Celkem bylo v roce 2001 zaměstnáno 38,6 % populace ve věku 55-64 let. V roce 2001 odcházeli muži ze zaměstnání průměrně ve věku 60,5 let, zatímco ženy zhruba o 1,5 roku dříve. Celkově činil věk odchodu ze zaměstnání 60 let.

Klíčový ukazatel

Míra zaměstnanosti starších osob (zaměstnané osoby ve věku 55-64 jako podíl na celkové populaci stejné věkové skupiny), 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Celkem	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Muži	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Ženy	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1

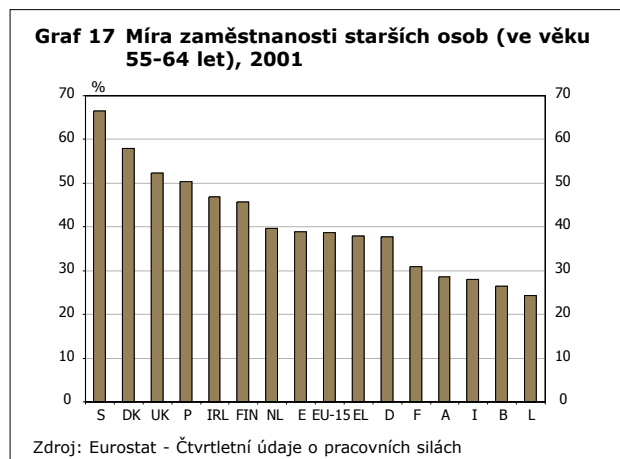
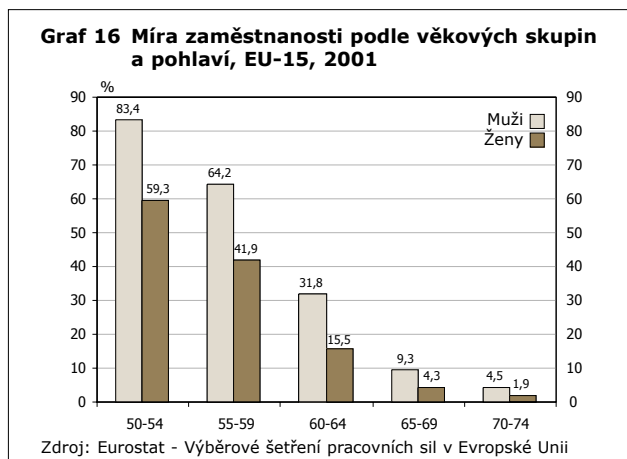
Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu (průměrný věk odchodu do důchodu vážený pravděpodobností odchodu z trhu práce), 2001

Celkem	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Muži	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Ženy	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0

Osoby v zaměstnání ve věku 55-64

let, 2001 (v tisících)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240
------------------------	-------	-----	-----	------	-----	------	------	-----	------	----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii a čtvrtletní údaje o pracovních silách



Nezaměstnanost

V roce 2001 se celkový počet nezaměstnaných v Evropské unii snížil na 12,8 milionů. To představuje 7,4 % pracovních sil. Je to nejnižší míra nezaměstnanosti od roku 1992. Mezi roky 2000 a 2001 zaznamenaly Španělsko, Francie, Finsko a Švédsko nejvýraznější pokles nezaměstnanosti, ačkoli Španělsko má nadále nejvyšší míru nezaměstnanosti (10,6 %), o něco vyšší než v Řecku (10,5 %). Míra nezaměstnanosti poklesla ve všech členských státech kromě Portugalska, kde setrvala na nízké hodnotě 4,1 %.

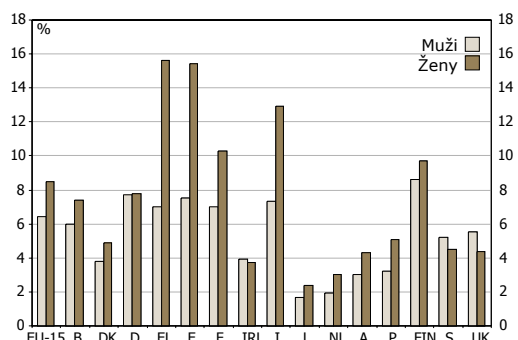
Klíčový ukazatel

Míra nezaměstnanosti (celkový počet nezaměstnaných osob jako podíl na celkové aktivní populaci. Harmonizované časové řady)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 Celkem	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
2001 Muži	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
2001 Ženy	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
2000 Celkem	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
1994 Celkem	10,5	9,8	7,7	8,2	8,9	19,8	11,8	14,3	11,0	3,2	6,8	3,8	6,9	16,6	9,4	9,4

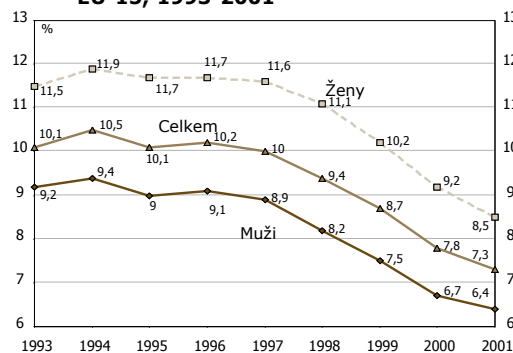
Nezaměstnanost, 2001 (v tisících) 12861 286 123 3073 457 1892 2221 68 2248 4 198 137 212 238 225 1485
Zdroj: Eurostat - Míry nezaměstnanosti (definice ILO).

Graf 18 Míra nezaměstnanosti podle pohlaví, 2001



Zdroj: Eurostat - Míra nezaměstnanosti (definice ILO).

Graf 19 Trendy míry nezaměstnanosti podle pohlaví, EU-15, 1993-2001



Zdroj: Eurostat - Míra nezaměstnanosti (definice ILO).

Nezaměstnanost mládeže

V roce 2001 bylo v Evropské unii celkem 7,1 % mladých lidí (ve věku 15-24 let) nezaměstnaných. Míra nezaměstnanosti (vyjádřená jako procento pracovních sil) dosahovala mezi mládeží 14,7 %. Rozdíly mezi těmito dvěma procentními hodnotami se mezi jednotlivými zeměmi výrazně liší a mohou být částečně vysvětleny skutečností, že značný počet osob v této věkové skupině pokračuje ve vzdělávání. Poměr nezaměstnanosti k počtu populace v této věkové skupině v letech 2000 a 2001 nesledoval celkový klesající trend v nezaměstnanosti: v 5 členských státech Unie došlo ke zvýšení nezaměstnanosti, v 5 zůstala stejná a v 5 došlo ke snížení.

Klíčový ukazatel

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Podíl nezaměstnaných na celkovému počtu mladých osob																
2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
2000	7,6	6,1	5,0	4,6	11,1	11,3	6,9	3,3	11,6	2,5	4,1	2,9	4,1	11,1	5,1	8,0
1994	10,4	8,2	7,0	4,8	10,3	19,3	10,1	10,7	12,4	3,3	6,6	3,5	6,5	14,8	10,6	10,9

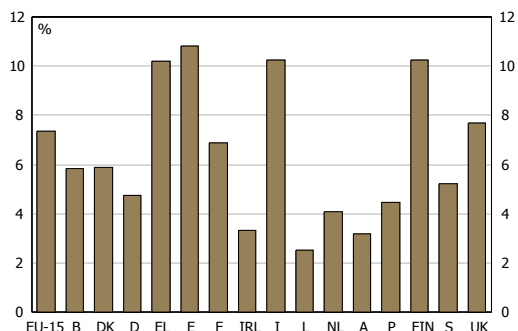
Zdroj: Eurostat - Čtvrtletní údaje o pracovních silách

Míra nezaměstnanosti mládeže

2001 celkem	14,7	17,6	8,5	8,2	28,1	21,5	19,3	6,6	28,1	7,5	5,5	5,8	9,3	19,7	11,0	11,9
2001 muži	13,8	16,5	7,6	9,2	21,7	16,6	17,2	6,8	24,9	8,5	4,7	5,1	7,3	19,5	12,2	13,2
2001 ženy	15,7	19,1	9,5	7,1	35,1	27,9	21,9	6,3	32,0	6,3	6,3	6,7	11,8	20,0	9,8	10,3
2000 celkem	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
1994 celkem	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

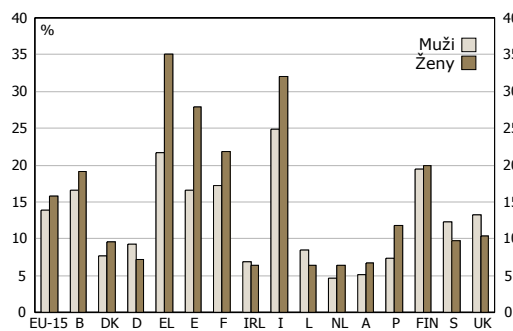
Zdroj: Eurostat - Míra nezaměstnanosti (definice ILO).

Graf 20 Podíl nezaměstnaných na celkovému počtu mladých osob (15-24 let), 2001



Zdroj: Eurostat - Čtvrtletní údaje o pracovních silách

Graf 21 Míra nezaměstnanosti mládeže (15-24 let) podle pohlaví, 2001



Zdroj: Eurostat - Míra nezaměstnanosti (definice ILO).

Dlouhodobá nezaměstnanost

V roce 2001 bylo 3,3 % pracovních sil v EU-15 postiženo dlouhodobou nezaměstnaností. Jinými slovy, 44 % nezaměstnaných lidí bylo bez práce po dobu nejméně jednoho roku. Míra dlouhodobé nezaměstnanosti v posledních letech poněkud poklesla, avšak zůstává na hodnotě 5 % nebo vyšší v Řecku, Španělsku a Itálii. Mezi mladými lidmi ve věku mezi 15 a 24 lety bylo 6,9 % (vyjádřeno jako procento pracovní síly) nezaměstnaných po dobu nejméně 6 měsíců.

Klíčový ukazatel

Míra dlouhodobé nezaměstnanosti (Celková dlouhodobá nezaměstnanost (po dobu více než 12 měsíců)

vyjádřena jako procento celkové aktivní populace – harmonizované řady)	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 – celkem	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
2001 – muži	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 – ženy	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
2000	3,7	3,8	1,0	4,0	6,1	5,9	3,7	1,6	6,4	0,5	1,1	1,0	1,6	2,8	1,7	1,5
1994	5,2	5,6	2,9	3,8	4,4	12,9	4,7	9,4	6,7	0,9	3,1	1,0	2,6	6,1	2,5	4,2

Zdroj: Eurostat - Čtvrtletní údaje o pracovních silách

Osoby nezaměstnané po dobu 12 měsíců a více vyjádřeno jako procentní podíl na celkové nezaměstnanosti

2001	43,8	49,5	21,0	50,2	51,5	47,9	33,7	32,9	62,5	26,3	35,3	26,2	36,5	27,6	24,5	25,4
2000	47,0	55,1	22,8	51,2	54,9	52,4	40,1	39,1	61,8	23,4	39,6	26,5	39,1	28,8	28,5	27,6
1994	49,7	56,8	37,7	46,4	49,1	65,1	40,1	65,6	61,0	29,0	46,1	25,2	37,5	36,8	26,3	44,8

Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii a čtvrtletní údaje o pracovních silách

Míra dlouhodobé nezaměstnanosti mládeže (po dobu 6 a více měsíců)

2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

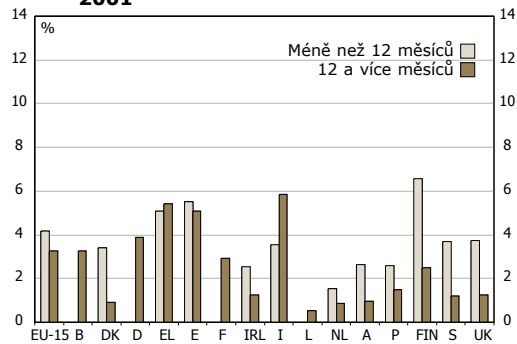
Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Mladí lidé nezaměstnaní po dobu 6 a více měsíců jako podíl na celkové nezaměstnanosti mladých lidí

2001	47,3	:	12,6	:	63,5	48,2	:	:	74,3	:	54,0	34,5	40,0	15,9	27,5	25,1
2000	48,5	44,7	7,6	44,0	68,7	49,1	42,6	7,4	72,4	27,3	54,0	31,4	37,5	17,9	28,4	27,0

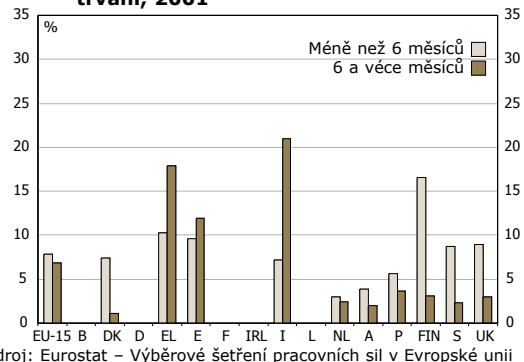
Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Graf 22 Míra nezaměstnanosti podle doby trvání, 2001



Zdroj: Eurostat - Čtvrtletní údaje o pracovních silách

Graf 23 Míra nezaměstnanosti mládeže podle doby trvání, 2001



Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii

Výdaje a příjmy na sociální ochranu

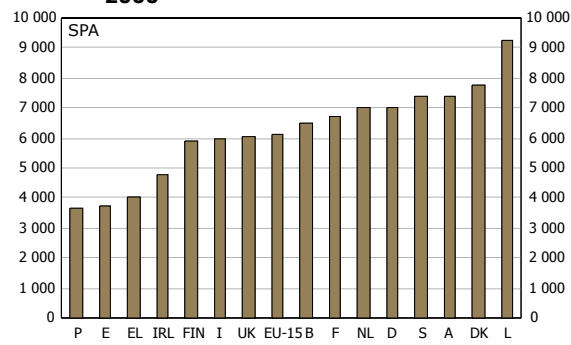
V roce 2000 došlo v Evropské unii k poklesu výdajů na sociální ochranu v reálných hodnotách a činily 27,3 % HDP, tedy téměř o celé procento méně než v roce 1996. Mezi jednotlivými členskými státy Unie existují značné rozdíly: při vyjádření ve standardech kupní síly (PPS) na obyvatele byl v roce 2000 poměr výdajů na sociální ochranu mezi zeměmi s nejvyššími a nejnižšími výdaji 2,5. Různé země mají výrazně rozdílné systémy financování sociální ochrany v závislosti na tom, zda dávají přednost příspěvkům na sociální zabezpečení nebo všeobecným státním příspěvkům.

Klíčový ukazatel

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Výdaje na sociální ochranu v procentech HDP																
2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
1996	28,4	28,6	31,4	29,9	22,9	21,9	31,0	17,8	24,8	24,0	30,1	29,5	21,2	31,6	34,7	28,1
1991	26,4	27,1	29,7	26,1	21,6	21,2	28,4	19,6	25,2	22,5	32,6	27,0	17,2	29,8	34,3	25,7

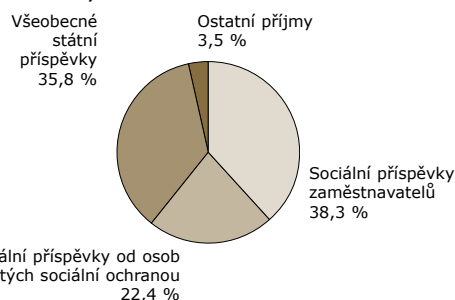
Zdroj: Eurostat - Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS)

Graf 24 Výdaje na sociální ochranu na obyvatele, 2000



Zdroj: Eurostat - Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS)

Graf 25 Příjmy na sociální ochranu podle druhu vyjádřeno jako procento celkových příjmů, EU-15, 2000



Zdroj: Eurostat - Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS)

Sociální dávky

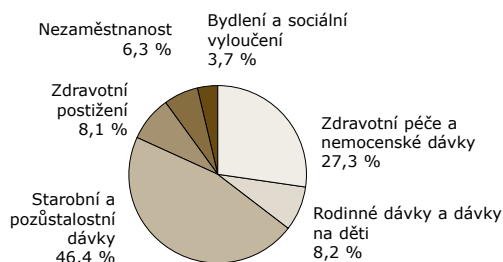
V roce 2000 připadal ve většině členských států největší podíl výdajů na sociální ochranu na starobní a pozůstalostní důchody. To platí především o Itálii (63,4 % z celkových dávek oproti průměru EU 46,4 %). V rámci EU vzrostly v období 1995-2000 dávky vyplacené v rámci systémů starobních a pozůstalostních důchodů o 12 % v reálných hodnotách na obyvatele ve srovnání s 9 % u všech forem dávek. Tento vzestup je především přičítán demografickému vývoji. Navíc je vývoj v poskytování těchto dávek také ovlivňován politikou odchodů do důchodu.

Klíčový ukazatel

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Podíl starobních a pozůstalostních důchodů na celkových sociálních dávkách																
1999	46.4	43.8	38.1	42.2	49.4	46.3	44.1	25.4	63.4	40.0	42.4	48.3	45.6	35.8	39.1	47.7
1990	44.6	41.8	35.8	42.9	52.9	41.4	42.8	29.6	58.7	47.5	37.3	49.9	40.8	32.8	:	43.7

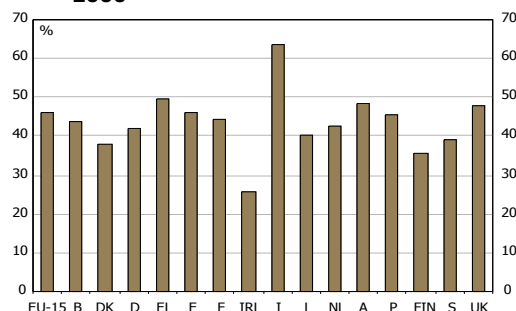
Zdroj: Eurostat – Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS).

Graf 26 Sociální dávky podle funkce vyjádřené jako procento celkových dávek, EU-15, 2000



Zdroj: Eurostat – Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS)

Graf 27 Starobní a pozůstalostní důchody vyjádřené jako procento z celkových sociálních dávek, 2000



Zdroj: Eurostat – Evropský systém integrovaných statistik sociální ochrany (ESSPROS)

Výdaje na politiku trhu práce

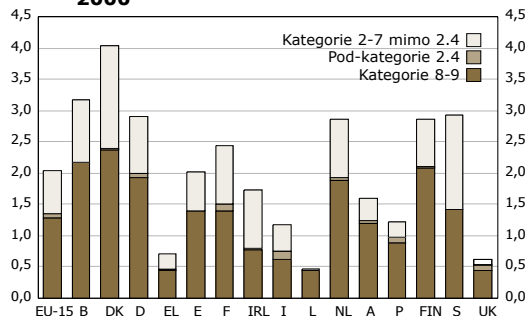
V roce 2000 představovaly celkové výdaje na politiku trhu práce 2,04 % HDP, z kterých bylo 0,68 % věnováno na opatření aktivní politiky trhu práce. Mezi jednotlivými členskými státy EU existují značné rozdíly, které nejsou jednoznačně oddělené hranicí sever - jih. Dvě země vynaložily více než 3 % HDP (Belgie a Dánsko), 6 zemí EU vynaložilo 2-3 % (Německo, Španělsko, Francie, Nizozemsko, Finsko a Švédsko), a 6 zemí vynaložilo méně než 2 % (Recko, Irsko, Itálie, Rakousko, Portugalsko a Spojené království).

Klíčový ukazatel

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Veřejné výdaje na aktivní opatření politiky trhu práce v procentech HDP, 2000																
Kategorie 2-7 vyjma 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Pod-kategorie 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Kategorie 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Celkem	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

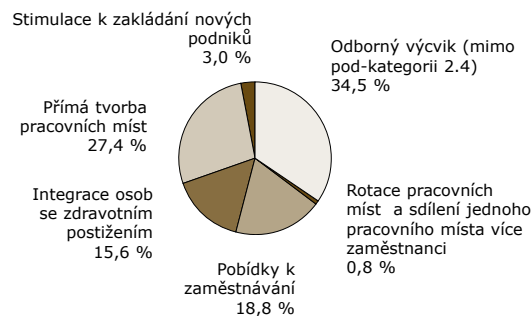
Kategorie 2-7: Odborný výcvik – Rotace pracovních míst a sdílení jednoho pracovního místa více zaměstnanci – Podítky k zaměstnávání – Integrace osob se zdravotním postižením – Přímá tvorba pracovních míst – Stimulace k zakládání nových podniků. Pod-kategorie 2.4: Zvláštní podpora učňovského školství. Kategorie 8-9: Podpora příjmů v nezaměstnanosti – Předčasný odchod do důchodu
Zdroj: Eurostat – Databáze politiky trhu práce (LMP)

Graf 28 Celkové veřejné výdaje na opatření politiky trhu práce, vyjádřeno jako procento HDP, 2000



Zdroj: Eurostat – Databáze politiky trhu práce (LMP)

Graf 29 Výdaje na politiku trhu práce podle druhů činností (kategorie 2-7), EU-15, 2000



Zdroj: Eurostat – Databáze politiky trhu práce (LMP)

Distribuce příjmů

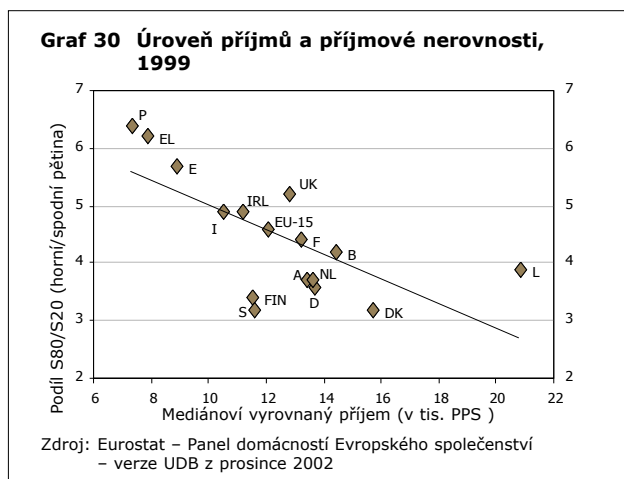
Vyjadřeno jako vážený průměr populace členských států EU, mělo v roce 1999 20 % populace nejvyššími příjmy 4,6-krát vyšší příjmy než 20 % populace v nejnižší příjmové skupině. Tento rozdíl mezi nejbohatšími a nejchudšími lidmi je nejmenší v Dánsku a Švédsku (3,2), za nimi následují Finsko, Německo, Nizozemsko a Rakousko. Nehlubší je tato propast v jižních členských státech Unie, Irsku a Spojeném království.

Klíčový ukazatel

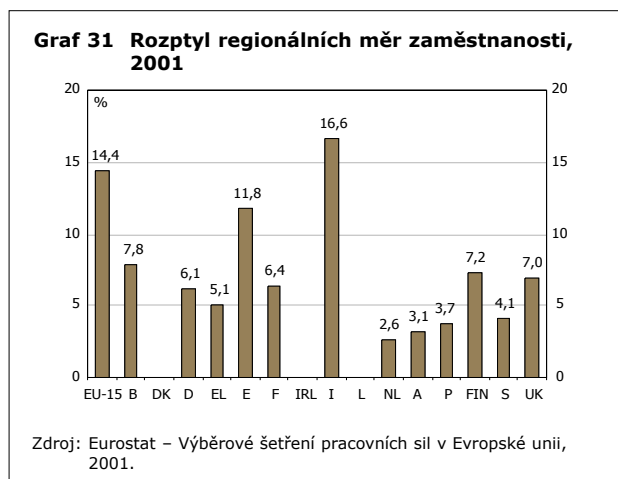
Nerovnost rozdělení příjmů (1)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	4,6*	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7*	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2

(1) Poměr příjmů mezi pětinaми populace – Poměr celkových příjmů 20 % populace s nejvyššími příjmy (horní pětina) k příjmům 20 % populace s nejnižšími příjmy (spodní pětina). Příjmy jsou poaty jako vyrovnané disponibilní příjmy.

Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002



Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002



Zdroj: Eurostat – Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii, 2001.

Domácnosti s nízkými příjmy

Vezmeme-li do úvahy celkovou populaci, mělo v roce 1999 asi 15 % občanů EU vyrovnaný příjem menší než 60 % národního mediánového příjmu. Toto procento představuje zhruba 56 milionů lidí. Použijeme-li 60 % z národní mediánové hodnoty jako práh, byl podíl lidí vystavených chudobě poměrně vysoký v Řecku a v Portugalsku (21 %), za nimi následovaly Španělsko a Spojené království (19 %) – a naopak relativně nízké hodnoty byly v Belgii, Dánsku, Německu, Lucembursku, Nizozemsku, Rakousku a Finsku (11 až 13 %). Obzvláště nízký by podíl chudých lidí ve Švédsku (9 %). Sociální dávky snižují podíl lidí vystavených riziku chudoby ve všech členských státech, avšak ve velmi odlišné míře: toto snížení se pohybuje od cca 5 % v Řecku, až po 70 % ve Švédsku.

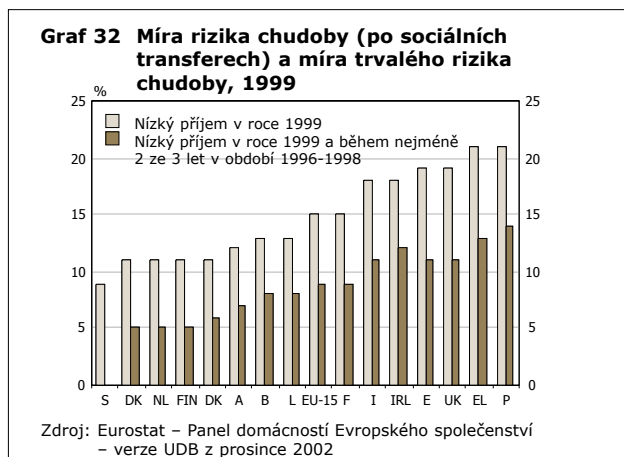
Klíčový ukazatel

Míra rizika chudoby – před sociálními transfery	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

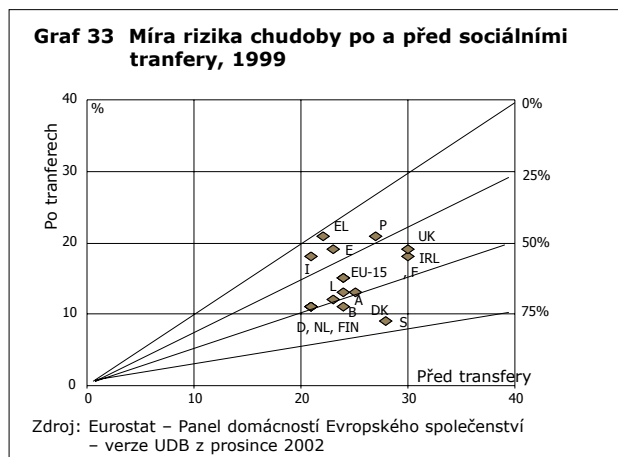
Míra rizika chudoby – po sociálních transferech	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19

60 % medián. ročního příjmu (v €)	7334*	8 531	11 649	8 754	3 810	4491*	8 289	6 656	5 557	12 716	7 668	8 621	3 168	8 154	8 503	8 289
60 % medián. ročního příjmu (v PPS)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002



Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002



Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002

Domácnosti bez práce a nízké příjmy

Významnou příčinou chudoby a sociálního vyloučení je nezaměstnanost nebo nízký příjem ze zaměstnání. V roce 1999 dosahovala míra rizika chudoby u osob žijících v domácnostech, ve kterých nebyla zaměstnána žádná osoba v produktivním věku, 51 % - téměř třikrát vyšší než v případě domácností, kde alespoň jedna osoba pracovala.

Klíčový ukazatel

Lidé v domácnostech bez zaměstnání – osoby ve věku 0-65 (Procento osob žijících v domácnostech, kde žádný její člen nemá zaměstnání, jako podíl na celkové populaci; kromě osob žijících v domácnostech, kde všichni její členové jsou mladší než 18 let nebo jsou ve věku 18-24 let a studují, nebo je jim 65 let a více a nepracují) 12.1 16.3 : 13.8 10.1 8.1 13.1 8.1 79.0 51.0 24.0 : 26.0 41.0 47.0 : 57.0

Lidé v domácnostech bez zaměstnání – osoby ve věku 0-60 (Procento osob žijících v domácnostech, kde žádný její člen nemá zaměstnání, jako podíl na celkové populaci; kromě osob žijících v domácnostech, kde všichni její členové jsou mladší než 18 let nebo jsou ve věku 18-24 let a studují, nebo je jim 60 let a více a nepracují). 8.9 12.9 : 8.9 7.2 6.2 9.8 8.5 8.5 5.6* 6.3* 6.5* 3.7 : : 12.0

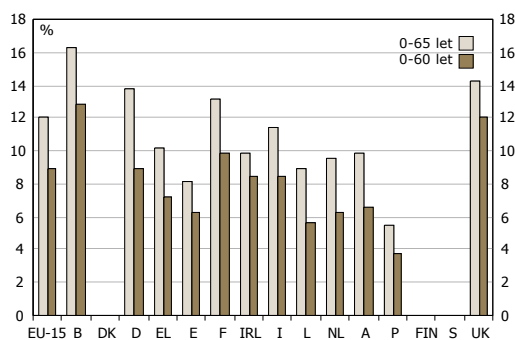
Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii, 2002.

Míra rizika chudoby (v %) u osob žijících v domácnostech, kde mají zaměstnání ... osoby v produktivním věku, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... žádné ...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... některé, ale ne všechny ...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... všechny ...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

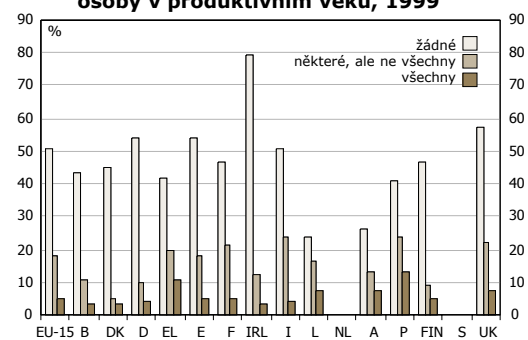
Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002

Graf 34 Lidé v domácnostech bez zaměstnání, 2002



Zdroj: Eurostat - Výběrové šetření pracovních sil v Evropské unii, 2002.

Graf 35 Míra rizika chudoby u osob žijících v domácnostech, kde mají zaměstnání ... osoby v produktivním věku, 1999



Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002

Zastoupení žen a mužů v rozhodovacích funkcích

Na úrovni Evropské unie došlo při každé volbě v období od roku 1984 k trvalému nárůstu zastoupení žen v Evropském parlamentu, které nyní dosahuje 30 %. Na úrovni národních parlamentů mají ženy stále nedostatečné zastoupení ve všech členských státech, procento křesel obsazených ženami v těchto orgánech se pohybuje od 9 % v Řecku až po 44 % ve Švédsku.

Klíčový ukazatel

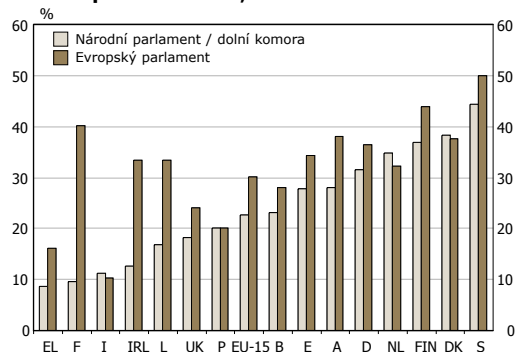
Zastoupení žen v národních parlamentech (Procento křesel obsazených ženami v národních parlamentech, případně v jejich dolních komorách), jaro 2001 23 23 38 32 9 28 10 13 11 17 35 28 20 37 44 18

Procento křesel obsazených ženami v Evropském parlamentu, volby v červnu 1999 30 28 38 36 16 34 40 33 10 33 32 38 20 44 50 24

Procento žen zastoupených v národních vládách, jaro 2001 25 22 43 39 13 18 29 22 14 29 36 31 10 39 50 33

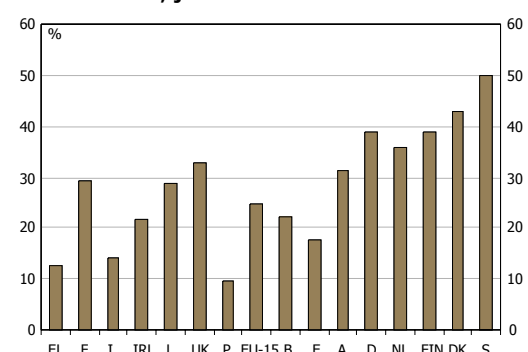
Zdroj: Evropská databáze – Ženy v rozhodovacích funkcích

Graf 36 Procento křesel obsazených ženami v parlamentech, 2001



Zdroj: Evropská databáze – Ženy v rozhodovacích funkcích

Graf 37 Procento žen zastoupených v národních vládách, jaro 2001



Zdroj: Evropská databáze – Ženy v rozhodovacích funkcích

Zaměstnanost žen a mužů

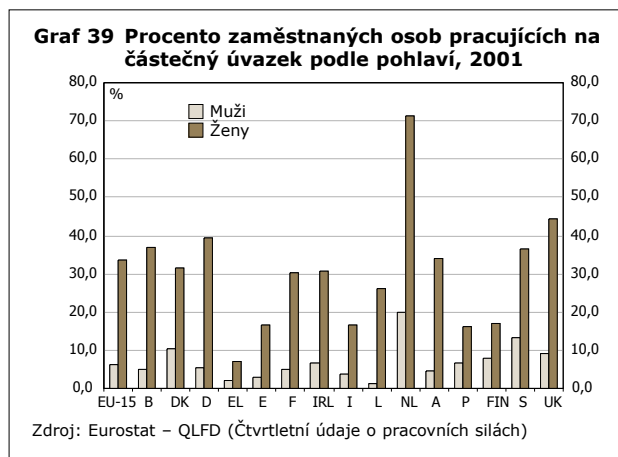
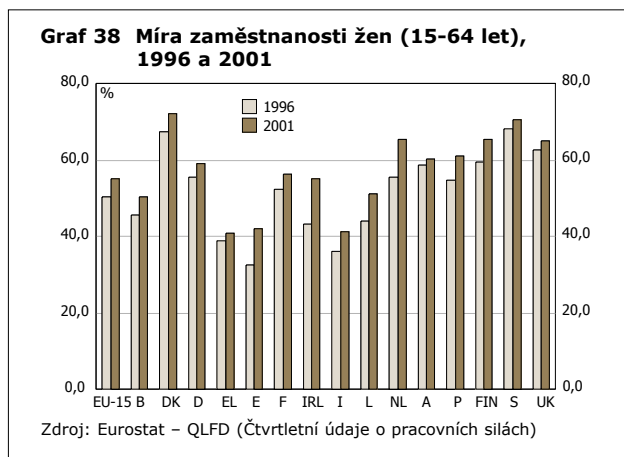
V období 1996 až 2001 došlo v EU k růstu míry zaměstnanosti mužů o téměř 3 procentní body. Za stejné období se však míra zaměstnanosti žen zvýšila o téměř 5 procentních bodů, čímž došlo ke snížení rozdílu mezi oběma pohlavími. Nicméně míra zaměstnanosti mužů (73,0 %) zůstává výrazně vyšší než míra zaměstnanosti žen (54,9 %). Míra zaměstnanosti žen je nejvyšší ve třech skandinávských zemích, ve Spojeném království a v Nizozemsku.

Klíčový ukazatel

Míra zaměstnanosti 15-64 let, 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ženy	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
Muži	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3

Zdroj: Eurostat – QLFD (Čtvrtletní údaje o pracovních silách).



Výdělky žen a mužů

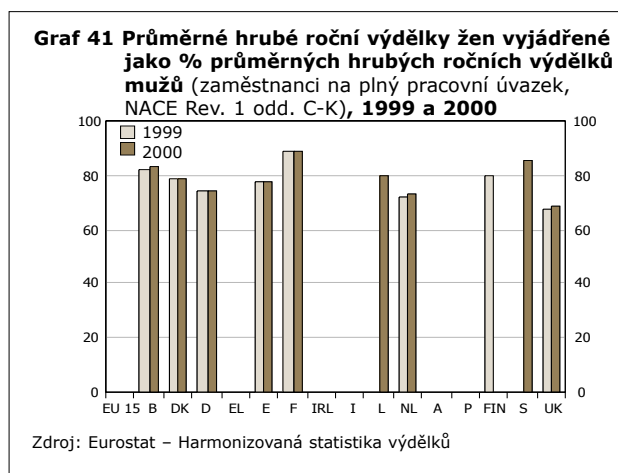
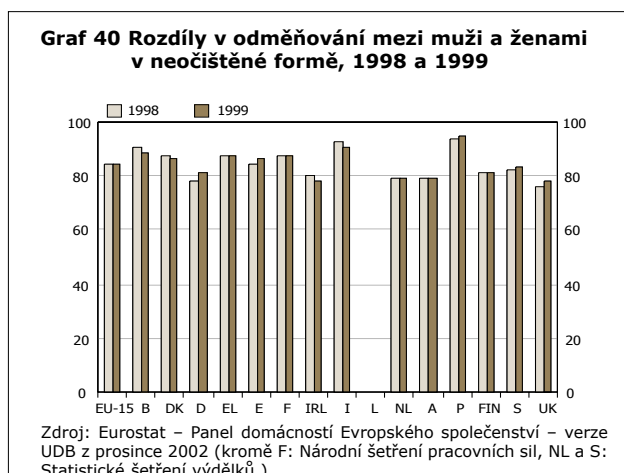
V rámci EU byly v roce 1999 průměrné hrubé hodinové výdělky žen zhruba o 16 % nižší než průměrné hrubé hodinové výdělky mužů. Rozdíly byly nejmenší v Portugalsku, Itálii, Belgii a Francii, nejvyšší ve Spojeném království a v Irsku. Na úrovni Evropské unie zůstává tento rozdíl stejný jako v letech 1998, 1997 a 1996. Aby došlo ke snížení rozdílu v plátech mezi muži a ženami, je třeba řešit jak přímou diskriminaci v odměňování, tak i nepřímou diskriminaci související s účastí na trhu práce, volbou povolání a kariéřním postupem.

Klíčový ukazatel

Rozdíl v odměňování mezi muži a ženami v neočištěné formě (Průměrné hrubé hodinové výdělky žen vyjádřené jako % průměrných hrubých hodinových výdělků mužů. Počítají se všichni placení zaměstnanci ve věku 16-64 let, kteří pracují 15 a více hodin týdně.)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2002 (kromě F: Národní šetření pracovních sil, NL a S: Statistické šetření výdělků.)



Očekávaná délka života a zdraví

Průměrná očekávaná délka života stále roste a nyní dosahuje více než 81 let u žen a 75 let u mužů. Ve všech členských státech žijí ženy déle než muži. V rámci celé EU se ženy průměrně dožívají 66 let a muži 63 let bez zdravotního postižení.

Klíčový ukazatel

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Průměrná očekávaná délka života při narození, 2000																
Muži	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Ženy	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

Poznámka: D, EL: 1999.

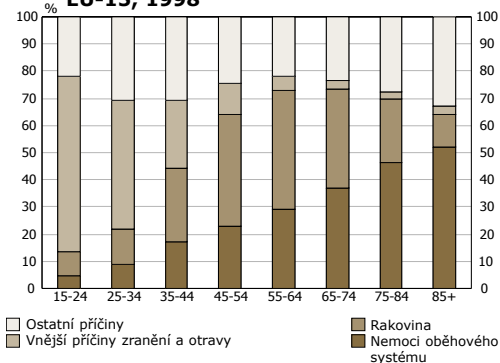
Zdroj: Eurostat – Demografická statistika

Roky života ve zdraví (Průměrná očekávaná délka života bez zdravotního postižení při narození), 1996

Muži	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Ženy	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

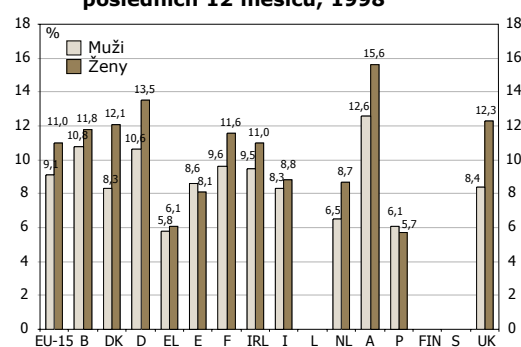
Zdroj: Eurostat – Statistika úmrtnosti a Panel domácností Evropského společenství

Graf 42 Hlavní příčiny úmrtí podle věkových skupin, EU-15, 1998



Zdroj: Eurostat – Statistika úmrtnosti

Graf 43 Procento populace hospitalizované během posledních 12 měsíců, 1998



Zdroj: Eurostat – Panel domácností Evropského společenství – verze UDB z prosince 2001.

Pracovní úrazy a zdravotní problémy

V roce 2000 byly přibližně 4,0 % pracovníků v EU obětí pracovních úrazů, které měly za následek více než třídní pracovní neschopnost, při započítání pracovních úrazů bez pracovní neschopnosti nebo s kratší pracovní neschopností (do tří dnů) to bylo 6,3 % pracovníků. Od roku 1994 došlo k poklesu počtu pracovních úrazů s více než třídní pracovní neschopností o 11 % (hodnota indexu 1998 = 100 činila 99 v roce 2000 a 111 v roce 1994). V období 1998-99 utrpělo nějaký pracovní úraz či zdravotní problém 5,4 % zaměstnanců ročně. V roce 1999 bylo celkem ztraceno asi 510 milionů pracovních dnů v důsledku pracovních úrazů (160 milionů ztracených dnů) a zdravotních problémů spojených s prací (350 milionů ztracených dnů). Od roku 1970 poklesl počet smrtelných úrazů v silniční dopravě o přibližně 46 %, ale v roce 2001 bylo na silnicích v rámci Evropské unie zaznamenáno stále asi 40 000 smrtelných úrazů.

Klíčový ukazatel

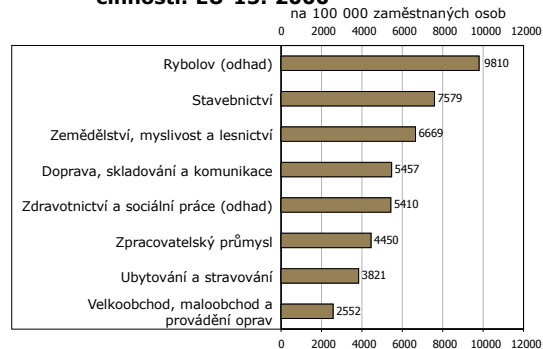
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Vážné pracovní úrazy (Index počtu vážných pracovních úrazů na 100 tisíc zaměstnaných osob, 1998=100), 2000																
Celkem	99*	82~b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Muži	98*	80~b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Ženy	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Smrtelné pracovní úrazy (Index počtu smrtelných pracovních úrazů na 100 tisíc zaměstnaných osob, 1998=100), 2000

Celkem	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88
--------	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	------	-----	-----	-----	----	----	----

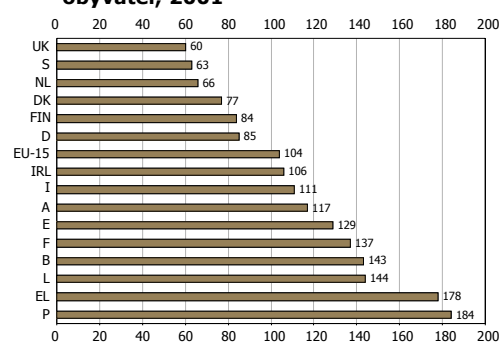
Zdroj: Eurostat – Evropská statistika o pracovních úrazech (ESAW)

Graf 44 Pracovní úrazy podle druhu pracovních činností, EU-15, 2000



Zdroj: Eurostat – Evropská statistika o pracovních úrazech (ESAW)

Graf 45 Počet úmrtí v silniční dopravě na 1 milion obyvatel, 2001



Zdroj: CARE (Databáze dopravních nehod Společenství) a Eurostat – Demografická statistika. Poznámka: B, I a UK: 2000 údaje z národních zdrojů. U všech údajů za rok 2001 se jedná o odhady.

Klíčové sociální ukazatele za jednotlivé členské státy

Č.	Klíčový ukazatel	Jednotka	Rok EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
3	Míra demografické závislosti	(v %)	2001	24,3°	25,7	22,2	24,5	25,6°	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	23,9°
4	Míra čisté migrace	(na 1000 obyvatel)	2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
5t	Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém a neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5m	- celkem	%	2001	19,4	13,6	16,8	12,5	16,5	28,6	13,5	18,9	26,4	18,1	15,3	10,2	45,2	10,3	10,5	:
5m	Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém a neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5f	- muži	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
5f	- ženy	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
6t	Celoživotní vzdělávání - celkem	%	2001	8,4	7,3	17,8	5,2	1,4	4,9	2,7	5,2	5,1	5,3	16,3	8,2	3,3	19,3	17,5	21,7
6m	Celoživotní vzdělávání - muži	%	2001	7,9	7,7	16,4	5,7	1,5	4,3	2,5	5,2	4,9	5,9	17,0	8,7	3,0	17,1	15,4	18,0
6f	Celoživotní vzdělávání - ženy	%	2001	8,9	6,9	19,1	4,8	1,2	5,5	3,0	5,3	5,2	4,7	15,5	7,7	3,7	21,4	19,7	25,7
7	Míra zaměstnanosti	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Míra zaměstnanosti starších pracovníků	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	- celkem	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	Míra zaměstnanosti starších pracovníků	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	- muži	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	Míra zaměstnanosti starších pracovníků	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	- ženy	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu	(roky)	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	- celkem	(roky)	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu	(roky)	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	- muži	(roky)	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu	(roky)	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
8bf	- ženy	(roky)	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
9t	Míra nezaměstnanosti - celkem	%	2001	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
9m	Míra nezaměstnanosti - muži	%	2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
9f	Míra nezaměstnanosti - ženy	%	2001	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
10	Podíl nezaměstnaných na celkovém počtu mladých osob	%	2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
11t	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	- celkem	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	- muži	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
11f	- ženy	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
12	Výdaje na sociální ochranu	(v procentech HDP)	2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
13	Podíl starobních a pozůstalostních důchodů na celkových sociálních dávkách	%	2000	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
14	Veřejné výdaje na aktivní opatření politiky trhu práce	(v procentech HDP)	2000	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
15	Nerovnost rozdělování příjmů	(poměr)	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Míra rizika chudoby před sociálními transfery	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Míra rizika chudoby po sociálních transferech	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Lidé v domácnostech bez zaměstnání, osoby ve věku 0-65	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Lidé v domácnostech bez zaměstnání, osoby ve věku 0-60	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Zastoupení žen v národních parlamentech	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Míra zaměstnanosti - muži	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Míra zaměstnanosti - ženy	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Rozdíl v odměňování mezi muži a ženami v neočištěné formě	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Očekávaná délka života při narození	(roky)	2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
21af	- muži	(roky)	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21af	- ženy	(roky)	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21bm	Roky života ve zdraví - mužů	(roky)	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Roky života ve zdraví - žen	(roky)	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Vážné pracovní úrazy - celkem	(index 1998 = 100)	2000	99*	82~b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	- muži	(index 1998 = 100)	2000	98*	80~b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	- ženy	(index 1998 = 100)	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Smrtelné pracovní úrazy	(index 1998 = 100)	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = viz komentář u příslušné kapitoly. Tento údaj může být z jiného roku (poslední dostupný údaj) nebo u něho mohou platit jiná omezení.

Poznámky ke každému klíčovému ukazateli viz str. 36

Klíčové sociální ukazatele za jednotlivé přístupující a kandidátské státy

Č.	Klíčový ukazatel	Jednotka	Rok	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Míra demografické závislosti (v%)	2001	24,3°	24,0	17,3	19,8	22,7	21,4°	22,6	20,2	18,1	17,8	19,6	16,5	20,2	:	
4	Míra čisté migrace (na 1000 obyvatel)	2000	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:	
5t	Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém a neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku - celkem	%2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:	
5m	Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém a neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku - muži	%2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:	
5f	Osoby předčasně opouštějící vzdělávací systém a neúčastníci se dalšího vzdělávání nebo výcviku - ženy	%2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:	
6t	Celoživotní vzdělávání - celkem	%2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:	
6m	Celoživotní vzdělávání - muži	%2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:	
6f	Celoživotní vzdělávání - ženy	%2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:	
7	Míra zaměstnanosti	%2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6	
8at	Míra zaměstnanosti starších pracovníků - celkem	%2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1	
8am	Míra zaměstnanosti starších pracovníků - muži	%2001	48,7	34,2	67,3°	52,6	56,6	34,9	46,2	51,8°	52,5	36,7°	54,3	37,7	35,9	50,8	
8af	Míra zaměstnanosti starších pracovníků - ženy	%2001	28,9	14,7	32,0°	23,2	42,1	15,3	30,0	33,9°	11,3	21,4°	42,9	9,8	15,8	18,4	
8t	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu - celkem (roky)	2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
8m	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu - muži (roky)	2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
8f	Průměrný skutečný věk odchodu do důchodu - ženy (roky)	2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
9t	Míra nezaměstnanosti - celkem	%2001	7,4	19,6	4,5	8,0	12,3	5,7	12,8	16,1	6,8	18,6	6,8	19,7	6,0	8,5	
9m	Míra nezaměstnanosti - muži	%2001	6,4	20,5	3,0	6,8	12,0	6,4	14,1	18,4	6,2	17,2	7,3	20,5	5,7	8,8	
9f	Míra nezaměstnanosti - ženy	%2001	8,5	18,6	6,5	9,9	12,5	5,0	11,6	13,8	8,2	20,3	6,3	18,8	6,3	7,9	
10	Podíl nezaměstnaných na celkovém počtu mladých osob	%2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:	
11t	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti - celkem	%2001	3,2	12,6	1,2°	4,3	6,2	2,6	7,4	8,1°	2,9	7,4°	3,3	11,3	3,7	2,4	
11m	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti - muži	%2001	2,8	13,2	0,5°	3,5	6,8	3,0	8,3	9,9°	3,3	6,0°	3,5	11,3	3,5	:	
11f	Míra dlouhodobé nezaměstnanosti - ženy	%2001	3,9	11,9	2,1°	5,2	5,4	2,1	6,4	6,2°	1,7	9,1°	3,0	11,3	4,0	:	
12	Výdaje na sociální ochranu v procentech HDP	%2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Podíl starobních a pozůstalostních důchodů na celkových sociálních dávkách	%2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Veřejné výdaje na aktivní opatření politiky trhu práce v procentech HDP	%2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Nerovnost rozdělování příjmů (poměr)	1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°	
16a	Míra rizika chudoby před sociálními transfery	%1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°	
16b	Míra rizika chudoby po sociálních transferech	%1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°	
17a	Lidé v domácnostech bez zaměstnání, osoby ve věku 0-65	%2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:	
17b	Lidé v domácnostech bez zaměstnání, osoby ve věku 0-60	%2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:	
18	Zastoupení žen v národních parlamentech	%1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:	
19m	Míra zaměstnanosti - muži	%2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3	
19f	Míra zaměstnanosti - ženy	%2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7	
20	Rozdíl v odměňování mezi muži a ženami v neočistěné formě	%1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
21am	Očekávaná délka života při narození - muži (roky)	2000	75,3	68,5	75,3°	71,7	65,6	67,2	65,0	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5°	
21af	Očekávaná délka života při narození - ženy (roky)	2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°	
21bm	Roky života ve zdraví - mužů (roky)	1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
21bf	Roky života ve zdraví - žen (roky)	1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
22at	Vážné pracovní úrazy - celkem (index 1998 = 100)	2000	99*100~b	112	91	105	94	66	94	94	94	79	106	88	98	85	
22am	Vážné pracovní úrazy - muži (index 1998 = 100)	2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
22af	Vážné pracovní úrazy - ženy (index 1998 = 100)	2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
22b	Smrtelné pracovní úrazy (index 1998 = 100)	2000	79*100~b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68~b		

Č. Klíčový ukazatel Jednotka Rok EU-15 BG CY CZ EE HU LV LT MT PL RO SK SI TR

° = viz komentář u příslušné kapitoly. Tento údaj může být z jiného roku (poslední dostupný údaj) nebo u něho mohou platit jiná omezení.

Poznámky ke klíčovým ukazatelům

- 3 Celkově v EU odpovídal počet osob ve věku 65 a více let 24,3 procentům populace v aktivním věku (15-64 let)
- 4 Míra čisté migrace činila v EU v roce 2001 3,1 na tisíc obyvatel.
- 5t V roce 2001 opustilo v EU vzdělávací systém bez ukončení vyššího než nižšího sekundárního vzdělání 8,4 % osob ve věku 18-24 let.
- 6t Celkově v EU se účastnilo vzdělávání nebo odborného výcviku během posledních čtyř týdnů před provedením šetření (v roce 2001) 8,4 % populace ve věku 25-64 let.
- 7 V roce 2001 bylo zaměstnáno 64,0 % populace EU ve věku 15-64 let.
- 8at V roce 2001 bylo zaměstnáno 38,6 % populace EU ve věku 55-64 let.
- 8bt V roce 2001 byl průměrný skutečný věk odchodu z trhu práce 59,9 let.
- 9t V roce 2001 bylo nezaměstnáno 7,4 % pracovních sil (osob pracujících a hledajících si práci).
- 10 V roce 2001 bylo nezaměstnáno 7,3 % obyvatel ve věku 15-24 let.
- 11t V roce 2001 bylo nezaměstnáno déle než rok 3,2 % pracovních sil (osob pracujících a hledajících si práci).
- 12 V roce 2000 představovaly výdaje na sociální ochranu 27,3 % hrubého domácího produktu (HDP).
- 13 Celkově v EU tvořily výdaje na starobní a pozůstalostní důchody největší část výdajů na sociální ochranu (46,4 % celkových dávek).
- 14 V roce 2000 představovaly veřejné výdaje na aktivní politiku trhu práce 0,681 % hrubého domácího produktu (HDP).
- 15 V průměru v členských státech EU byl v roce 1999 příjem horních (s nejvyšším příjmem) 20 % populace členského státu 4,6-krát vyšší než příjem spodních (nejchudších) 20 % členského státu.
- 16a Celkově by v EU v roce 1999 žilo pod hranicí chudoby před provedením sociálních transferů 24 % populace.
- 16b Celkově v EU v roce 1999 skutečně žilo pod hranicí chudoby po provedení sociálních transferů 15 % populace.
- 17a Celkově v EU žilo v roce 2002 v domácnostech, kde nikdo nebyl zaměstnán, 12,1 % obyvatel ve věku 0-65 let (nepočítají se osoby žijící v domácnostech, kde všichni členové mají méně než 18 let nebo mají 18-24 let a účastní se vzdělávání nebo mají 65 a více let a nepracují).
- 18 Celkově v EU bylo v roce 2001 obsazeno ženami 23 % křesel v národním parlamentu (nebo jeho dolní komoře).
- 19 V roce 2001 bylo zaměstnáno 73,0 % mužů a 54,9 % žen ve věku 15-64 let.
- 20 Celkově v EU byly v roce 1999 průměrné hrubé hodinové výdělky žen na úrovni 84 % průměrných hrubých hodinových výdělků mužů. Počítají se všichni zaměstnanci ve věku 16-64 let pracující 15 a více hodin týdně.
- 21a V roce 2000 byla průměrná očekávaná délka života při narození 75,3 let u mužů a 81,4 let u žen.
- 21b Průměrně by měl občan EU prožít bez zdravotního postižení 63 let v případě mužů a 66 let v případě žen (údaje za rok 1996).
- 22at Celkově v EU bylo v roce 2000 zaznamenáno o 1 % méně vážných pracovních úrazů (s následkem více než třídní pracovní neschopnosti) na 100 000 zaměstnaných osob než v roce 1998.
- 22b Celkově v EU bylo v roce 2000 zaznamenáno o 21 % méně smrtelných pracovních úrazů na 100 000 zaměstnaných osob než v roce 1998.

Statistické centrály Eurostatu

Belgie Brusel

Eurostat Data Shop

Planistat Belgique
Rue du Commerce 124
Handelsstraat 124
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 234 67 50
Fax (32-2) 234 67 51
E-mail: datashop@planistat.be
URL: <http://www.datashop.org/>

dorozumivací jazyk:
ES, DE, EN, FR

Dánsko

DANMARKS STATISTIK Bibliotek og Information Eurostat Data Shop

Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tel. (45) 39 17 30 30
Fax (45) 39 17 30 03
E-mail: bib@dst.dk
URL:
<http://www.dst.dk/bibliotek>

dorozumivací jazyk:
DA, EN

Německo

Statistisches Bundesamt Eurostat Data Shop Berlin

Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Tel. (49) 1888-644 94 27/28
Fax (49) 1888-644 94 30
E-Mail: datashop@destatis.de
URL:
<http://www.eu-datashop.de/>

dorozumivací jazyk:
DE, EN

Španělsko

INE Eurostat Data Shop

Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez
Calderón
E-28046 Madrid
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91
583 95 00
Fax (34) 91 583 03 57
E-mail:
datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
Člen sítě MIDAS Net

dorozumivací jazyk:
ES, EN, FR

Francie

INSEE Info service Eurostat Data Shop

195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Tel. (33) 1 53 17 88 44
Fax (33) 1 53 17 88 22
E-mail: datashop@insee.fr
Člen sítě MIDAS Net

dorozumivací jazyk:
FR

Itálie - Řím

ISTAT Centro di informazione statistica – Sede di Roma Eurostat Data Shop

Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Člen sítě MIDAS Net

dorozumivací jazyk:
IT

Itálie - Milán

ISTAT Ufficio regionale per la Lombardia Eurostat Data Shop

Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tel. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Člen sítě MIDAS Net

dorozumivací jazyk:
IT

Lucembursko Lucemburk

Eurostat Data Shop

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tel. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-22221
E-mail:
dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Člen sítě MIDAS Net

dorozumivací jazyk:
ES, DE, EN, FR, IT

Nizozemsko	<p>STATISTICS NETHERLANDS Eurostat Data Shop – Voorburg Postbus 4000 2270 JM Voorburg Nederland Tel. (31-70) 337 49 00 Fax (31-70) 337 59 84 E-mail: datashop@cbs.nl</p> <p>dorozumivací jazyk: EN, NL</p>	Spojené království	<p>Eurostat Data Shop Office for National Statistics Room 1.015 Cardiff Road Newport South Wales NP10 8XG UK Tel. (44) 1633 813369 Fax (44) 1633 813333 E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk</p> <p>dorozumivací jazyk: EN</p>
Portugalsko	<p>Eurostat Data Shop Lisboa INE/Serviço de Difusão Av. António José de Almeida, 2 P-1000-043 Lisboa Tel. (351) 21 842 61 00 Fax (351) 21 842 63 64 E-mail: data.shop@ine.pt</p> <p>dorozumivací jazyk: EN, FR, PT</p>	Norsko	<p>Statistics Norway Library and Information Centre Eurostat Data Shop Kongens gate 6 Boks 8131 Dep. N-0033 Oslo Tel. (47) 21 09 46 42/43 Fax (47) 21 09 45 04 E-mail: Datashop@ssb.no</p> <p>dorozumivací jazyk: EN, NO</p>
Finsko	<p>STATISTICS FINLAND Eurostat DataShop Helsinki Tilastokirjasto PL 2B FIN-00022 Tilastokeskus Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki Tel. (358-9) 17 34 22 21 Fax (358-9) 17 34 22 79 Sähköposti: datashop@stat.fi URL: http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/</p> <p>dorozumivací jazyk: EN, FI, SV</p>	Švýcarsko Kanton Curych	<p>Statistisches Amt des Eurostat Data Shop Bleicherweg 5 CH-8090 Zürich Tel. (41) 1 225 12 12 Fax (41) 1 225 12 99 E-mail: datashop@statistik.zh.ch Internet: http://www.statistik.zh.ch</p> <p>dorozumivací jazyk: DE, EN</p>
Švédsko	<p>STATISTICS SWEDEN Information service Eurostat Data Shop Karlavägen 100 Box 24 300 S-104 51 Stockholm Tel. (46-8) 50 69 48 01 Fax (46-8) 50 69 48 99 E-mail: infoservice@scb.se Internet: http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp</p> <p>dorozumivací jazyk: EN, SV</p>	USA	<p>HAVER ANALYTICS Eurostat Data Shop 60 East 42nd Street Suite 3310 New York, NY 10165 Tel. (1-212) 986 93 00 Fax (1-212) 986 69 81 E-mail: eurodata@haver.com</p> <p>dorozumivací jazyk: EN</p>

Eurostat home page
www.europa.eu.int/comm/eurostat/