

2003 Den sociale situation i Den Europæiske Union

- Kortfattet Udgave -



Europa-Kommissionen

Den sociale situation i Den Europæiske Union 2003

- Kortfattet Udgave -

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1 De vigtigste tendenser.	7
1.1 Den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation: muligheder og udfordringer	7
1.2 Befolkningsudviklingen	7
1.3 Seneste beskæftigelsesudvikling	8
1.4 Levevilkårene	9
1.5 Tendenser i indkomstfordelingen	10
1.6 Tendenser i de tiltrædende stater	11
2 Sundhed og sundhedspleje i Den Europæiske Union	12
2.1 Europæernes sundhed og den aktuelle europæiske dagsorden	12
2.2 Befolkning og sundhed	14
2.3 Afgørende faktorer med hensyn til befolkningens sundhed	15
2.4 Sundhedsplejeordninger	18
2.5 Fremtidige udfordringer til sundhedsplejesystemerne	19
3 Den europæiske sociale models holdbarhed	22
Bilag	
Indikatorer	
Befolkningens aldring	24
Migration og asyl	24
Uddannelsesniveau	25
Livslang læring	25
Beskæftigelse	26
Ældre arbejdstageres beskæftigelsessituation	26
Arbejdsløshed	27
Ungdomsarbejdsløshed	27
Langtidsledighed	28
Udgifter og indtægter i forbindelse med social sikring	28
Sociale ydelser	29
Udgifter i forbindelse med arbejdsmarkedspolitikken	29
Indkomstfordeling	30
Husstande med lav indkomst	30
Husstande uden job	31
Kvinder og mænd i beslutningsprocessen	31
Beskæftigelse af kvinder og mænd	32
Mænds og kvinders indtjening	32
Forventet levealder og sundhedstilstand	33
Ulykker og erhvervsrelaterede sundhedsproblemer	33
Sociale nøgleindikatorer i medlemsstaterne	34
Sociale nøgleindikatorer i de tiltrædende stater og kandidatlandene	35
Eurostat Dashops	37

Forord

Rapporten om den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation vedrører de europæiske borgeres livskvalitet. Den giver et holistisk billede af befolkningen og dens sociale vilkår som baggrund for social- og arbejdsmarkedspolitikken og bidrager til overvågningen af udviklingen inden for det sociale og arbejdsmarkedspolitiske område i medlemsstaterne.

Denne publikation er et kortfattet sammendrag af rapporten. Den er inddelt i to hovedkapitler. Første kapitel giver et overblik over de vigtigste sociale, arbejdsmarkedsmæssige og økonomiske tendenser i Europa underbygget af data og tal. I andet kapitel er der et sammendrag af dette års særlige tema som vedrører de sociale

aspekter af sundhed, navnlig en drøftelse af hvordan og hvorfor europæiske borgeres sundhed er blevet bedre, sammen med nogle potentielle fremtidige udfordringer. Publikationen slutter derefter med en kort overvejelse vedrørende den europæiske sociale model.

Som for tidligere år findes der i bilagene til denne publikation en række harmoniserede sociale indikatorer for hver medlemsstat. Indikatorerne giver et første overblik over den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation. De udgør samtidig et godt redskab i forbindelse med overvågelsen af den sociale udvikling gennem tiden.



Anna Diamantopoulou
Kommissær
Beskæftigelse,
Sociale Anliggender og
Arbejdsmarkedsforhold



Pedro Solbes Mira
Kommissær
Økonomiske og Finansielle
Anliggender, Eurostat

1 De vigtigste tendenser

1.1 Den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation: muligheder og udfordringer

Den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation formes i vid udstrækning i skæringsfeltet mellem den langsigtede udvikling i befolkningsstrukturen og kort- og mellemstede ændringer i økonomien.

Efter fem år med en kraftig økonomisk vækst, der skabte 12 mio. job og øgede beskæftigelsesraten med fire procentpoint til 64,0% af befolkningen i den erhvervsaktive alder, ser udsigterne nu mindre optimistiske ud. I 2001 faldt den økonomiske vækstrate til 1,5% eller mindre end halvdelen af niveauet i 2000, og i 2002 har det økonomiske genopsving været ret beskedent. Alligevel fortsatte beskæftigelsen med at vokse, omend langsomt.

Imens er de mellemsigtede økonomiske, sociale og arbejdsmarkedsmæssige udfordringer for samfundet fra den pågående aldring af EU's befolkning blevet tydeligere. Den hundredårige vækst i størrelsen af EU's befolkning i erhvervsaktiv alder vil snart gå i stå og inden 10 år vil den fulde virkning af de store årganges overgang til pensionering slå igennem.

Strukturforbedringerne siden 1996, og den vellykkede lancering af den fælles valuta har resulteret i en bedre økonomisk formåen på det monetære og finansielle plan og øget fleksibiliteten på arbejdsmarkedet. Ud over de tydelige bidrag til forbedringer i levevilkårene øgedes indsatsmulighederne på en række felter. Nye udveje fremstod for at løse strukturproblemer på beskæftigelsesområdet, såsom ungdomsarbejdsløshed samt det lave aktivitetsniveau blandt kvinder og ældre arbejdstagere. Udviklingen mod lavere ledighed styrkedes yderligere af demografiske tendenser med færre personer i den erhvervsaktive alder. Den højere beskæftigelse har også lettet presset på de sociale sikringsystemer og skabt manøvrerum for en pensionsreform. Uligheden voksede ikke i velstandsperioden, og øget beskæftigelse samt større økonomisk vækst har givet nye muligheder for at løse vedvarende problemer såsom fattigdom og social udstødelse.

I samme periode har vi været vidne til store forbedringer i medlemsstaternes evne til at mobilisere EU-støtte for deres initiativer. Samarbejde om bekæmpelse af social udstødelse og modernisering af den sociale sikring supplerer den makroøkonomiske koordinering og beskæftigelsesmæssige samordning med et positivt og gensidigt styrkende samspil mellem økonomiske, beskæftigelsesmæssige og sociale politikker til følge.

Der er fortsat store udfordringer, og nye kommer til med udvidelsen. Der er behov for beslutsom handling for at fastholde de seneste fem til syv års landvindinger og udnytte de eksisterende muligheder for at opnå bæredygtig vækst og stadige forbedringer i den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation¹.

1.2 Befolkningsudviklingen

Den demografiske udvikling i EU vil i væsentlig grad indvirke på den sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation og udgøre en udfordring til EU's økonomi.

EU's befolkning ældes....

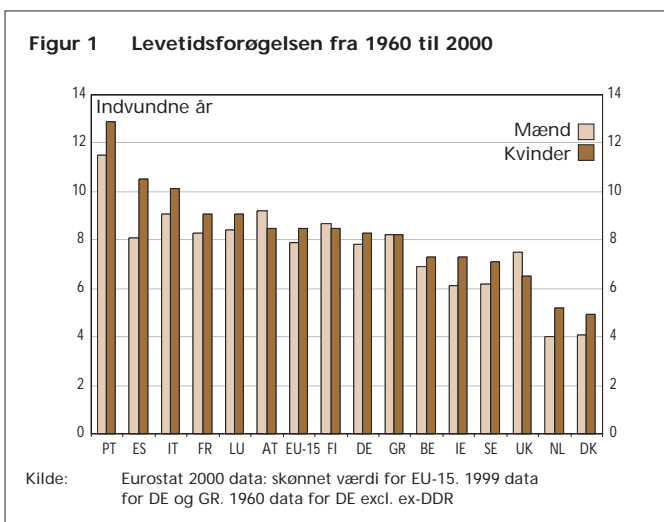
EU's befolkning ældes og ældrebyrden vil vokse. Selv om fertiliteten steg en anelse fra 1,45 barn pr. kvinde i 1999 til 1,47 i 2001, er den stadig langt under erstatningsgraden på 2,1. Middellevetiden stiger, og dødeligheden er i stadig højere grad koncentreret blandt ældre. Når baby-boomerne nå er pensionsalderen, vil der være et stigende antal personer i de ældre aldersgrupper. I dag udgør personer på 65 år og derover 16% af den samlede befolkning, og personer under 15 år ca. 17%. I 2010 vil disse procenter ligge på henholdsvis 18 og 16. Den kraftigste vækst vil ske i antallet af "meget gamle" (over 80 år), som i løbet af de næste 15 år vil vokse med knap 50%.

...og trods den yngre aldersstruktur i de tiltrædende stater vil en udvidelse ikke ændre ved denne tendens.

Som følge af en høj fertilitet i 1970'erne og 1980'erne har de tiltrædende stater i øjeblikket en yngre aldersstruktur end EU-15 (aldersgruppen 65+ udgør 13%, mens aldersgruppen under 15 år udgør 19%). Udvidelsen vil derfor have en foryngelseseffekt. Men denne virkning vil være både beskedent og midlertidig. På mellemlangt og langt sigt vil de tiltrædende stater gradvis forstærke befolkningsnedgangen i EU. Da disse lande nu ligeledes er kendetegnet ved en ekstrem og vedvarende lav fertilitet, vil andelen af børn i befolkningen hurtigt falde og i 2020 vil andelen af ældre nærme sig EU-15-niveauet.

1 En samlet vurdering af den generelle situation i EU i starten af 2003 er indeholdt i "At vælge at vokse: Viden, innovation og job i et sammenhængende samfund" – Rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde den 21. marts 2003 om Lissabon-strategien for økonomisk, social og miljømæssig fornyelse, KOM(2003) 5 endelig.

Figur 1 Levetidsforøgelsen fra 1960 til 2000



Samtidig bliver familierne mindre stabile og husstandene mindre....

Den voksende ældrebyrde vil påvirke vores evne til at imødekomme pleje- og omsorgsbehovet; en tendens, der muligvis vil blive forstærket gennem udviklingen i familie- og husstandsstrukturerne. Der bliver færre og senere ægteskaber og også flere skilsmisser. I 2001 blev der kun indgået fem ægteskaber pr. 1 000 indbyggere i EU-15 i sammenligning med knap otte i 1970. Desuden udgør den skønnede skilsmisseprocent for ægteskaber indgået i 1960 15%, mens dette tal næsten fordobledes (28%) for ægteskaber indgået i 1980. Tendensen i retning af mindre husstande fortsætter, da stadig flere i alle aldre lever alene. Der er også en markant stigning i antallet af børn, der lever sammen med en enkelt voksen, og et fald i antallet af par med børn. I 2000 levede 10% af alle børn i alderen 0-14 år sammen med kun en enkelt voksen i sammenligning med 6% i 1990. Det overvældende flertal af disse enlige forældre er kvinder. Med undtagelse af Polen og Cypern er familierne også blevet betydeligt mindre stabile i de tiltrædende stater.

...mens migrantstrømme spiller en stadig større rolle i befolkningsudviklingen.

I mere end 10 år har nettoindvandringen været hovedfaktoren i befolkningsstilvæksten i EU. I dag oplever alle medlemsstater en betydelig tilgang af indvandrere, og i 2001 udgjorde den årlige nettomigration 3,1 promille svarende til ca. 74% af den samlede befolkningsstilvækst. I nogle af de tiltrædende stater har udvandringen haft en mærkbar indvirkning på den demografiske situation. Specielt de baltiske lande har oplevet en befolkningsnedgang som følge af udvandring.

De politiske beslutningstagere er ved at blive langt mere opmærksomme på følgerne af aldring...

Opmærksomheden omkring befolkningens aldring og dens sandsynlige indvirkning på beskæftigelses- og socialpolitikken er vokset markant i de sidste par år. Medlemsstaterne har sat sig for at løse aldringsproblemerne inden for rammerne af en forsvarlig offentlig finanspolitik, beskæftigelsesstrategi og social sikring (dvs. pensioner, sundhedspleje samt langvarig pleje og omsorg) ved at revidere de nationale strategier i så henseende. De tiltrædende stater følger disse nye samarbejdsformer omkring aldringsproblemer inden for en lang række områder.

...og træffer forholdsregler for at tackle disse både nationalt og i EU-sammenhæng.

Den almindelige vurdering af den aktuelle indsats er, at størsteparten af medlemsstaterne – og de tiltrædende stater – agter at drage fordel af de endnu eksisterende muligheder, inden de store årgange når pensionsalderen. De stræber på at sætte pensions-, sundheds- samt pleje- og omsorgsordninger² i stand til fortsat at forfølge deres sociale mål og opretholde deres finansielle bæredygtighed, når presset på grund af aldringen vokser. Der er allerede gennemført en række større reformer, og mange andre er under forberedelse.

1.3 Seneste beskæftigelsesudvikling

I 2002 steg arbejdsløsheden en smule for første gang siden 1996. Men trods den økonomiske nedgang udviste arbejdsmarkedene en bemærkelsesværdig evne til at holde stand. Der blev skabt flere job, end der forsvandt, og nettoresultatet var en vækst i beskæftigelsen.

Dette viser, at anvendelsen af den europæiske beskæftigelsesstrategi og vægten på at fremme social integration har hjulpet EU til en bæredygtig og højere vækst i beskæftigelsen, nemlig 1,3% om året siden 1996⁴. Beskæftigelsesindsatsen steg til 64,0% i 2001 og vil sandsynligvis nå 64,5% i 2002; arbejdsløsheden faldt til 7,4% det laveste i 10 år, og selv om den steg i 2002, var stigningen til 7,6% meget beskedent⁵.

Selv om den samlede beskæftigelsesindsats i det udvidede EU vil være lidt lavere end i EU-15, er de strukturelle svagheder stort set ensartede i de nuværende og i de kommende medlemsstater uanset forskelle i omfang. De fremherskende udfordringer, som de kommende medlemsstater står overfor, består i at styrke arbejdsmarkedsdeltagelsen og beskæftigelsen, at fremme arbejdskraftstrømmene

2 Kommissionens udkast til fælles rapport fra Kommissionen og Rådet om tilstrækkelige og bæredygtige pensioner, KOM(2002) 737 endelig.
 3 Forslag til en fælles beretning fra Kommissionen og Rådet om: Sundhedspleje og ældrepleje: understøttelse af nationale strategier til sikring af et højt niveau af social beskyttelse, KOM(2002) 774 endelig.
 4 For en mere samlet vurdering af udviklingen i beskæftigelsen i denne periode henvises til "Status over fem år med den europæiske beskæftigelsesstrategi", KOM (2002) 416 endelig.
 5 Et forslag til en fremtidig beskæftigelsesstrategi på baggrund af den nuværende usikkerhed er indeholdt i: Den fremtidige europæiske beskæftigelsesstrategi (EBS) – "En strategi for fuld beskæftigelse og bedre job til alle", KOM(2003) endelig.

fra landbruget og industrien til servicesektoren uden sidenhen at øge de regionale uligheder og at forbedre og ajourføre kvalifikationsniveauet, så det opfylder kravene fra moderne vidensbaserede markedsøkonomier.

Yderligere fremskridt med hensyn til opfyldelse af Lissabon-dagsordenen, indbefattet fuld beskæftigelse, kræver en beslutsom indsats for at øge arbejdsmarkedsdeltagelsen, fremme kvaliteten og produktiviteten på arbejdspladsen og styrke samhørigheden.

Opretholdelsen af udbuddet af arbejdskraft vil i stigende grad afhænge af en højnelse af aktivitets- og beskæftigelsesniveauet blandt kvinder...

I perioden 1996-2001 steg beskæftigelsesraten for mænd og kvinder i EU med henholdsvis knap tre og fem procentpoint, hvilket indsnævrede kløften mellem kønnene til 18 procentpoint. Kønsskævheden i forbindelse med ledighed mindskedes også, men var dog fortsat udtalt i 2001 nemlig 2,3 procentpoint. Denne seneste reduktion af de kønsbestemte forskelle er et opmuntrende tegn på, at arbejdsløshedsforskellene måske helt fjernes i en nær fremtid.

Der er også kønsskævheder i de tiltrædende stater; dog er andelen af kvinder i arbejdsstyrken højere end i EU-medlemsstaterne (46% i sammenligning med 42%). Andelen af kvinder, der er beskæftiget i lederstillinger er også højere, idet 38% af lederne i de tiltrædende stater er kvinder i forhold til 34% i EU. Desuden er deltidsarbejde mindre hyppigt forekommende i de tiltrædende stater og mere ligeledes fordelt mellem kønnene, idet 6% af mændene (7% i EU) og 9% af kvinderne (32% i EU) arbejder på deltid.

...og ældre arbejdstagere...

Alt i alt var 38,5% af EU's befolkning i alderen 55-64 år beskæftiget i 2001. Dette ligger et godt stykke under Stockholm-målsætningen på 50% inden 2010. Gennemsnitsalderen for personer, der forlader arbejdsmarkedet udgjorde 59,9 år i 2001. Det vil blive en udfordring at hæve dette tal med ca. fem år inden 2010, således som Det Europæiske Råd i Barcelona foreskrev. Nylige forbedringer i beskæftigelsen blandt ældre i en række medlemsstater viser, at tendensen til en faldende arbejdsmarkedsdeltagelse kan vendes, hvis indsatsen øges. I de tiltrædende stater er beskæftigelsesraterne for arbejdstagere i alderen 55-64 endnu lavere, men i det seneste par år har de stabiliseret sig og er begyndt at stige.

Fordi den nuværende og fremtidige befolkningsdynamik resulterer i et faldende antal personer i den erhvervsaktive alder – er det af stor betydning, at de fleste medlemsstater allerede har en betydelig arbejdskraftreserve blandt kvinder og ældre. Hvis eksisterende hindringer for arbejdsmarkedsdeltagelse fjernes kunne disse arbejdsreserver anvendes til at modvirke aldringens effekt på arbejdskraftens størrelse.

...samt af omfanget og arten af indvandringen og integrationen af indvandrere.

Demografiske scenarier - baseret på en hypotese om stabil indvandring og på en opfyldelse af Lissabon-målsætningerne om beskæftigelsen - viser i reglen, at efter 2010 vil det samlede beskæftigelsesvolumen i EU-15 blive reduceret som følge af et fald i antallet af personer i erhvervsaktiv alder. I højere grad end tidligere vil produktivetsforbedringer komme til at spille en hovedrolle for økonomisk og social fremgang. Indvandringen vil også blive en vigtig faktor i den henseende, navnlig når arbejdskraftreserverne i den eksisterende befolkning i erhvervsaktiv alder er udtømt. De positive økonomiske og sociale virkninger af indvandring afhænger helt klart af medlemsstaternes evne til at sikre den fulde integration af nytilkomne udlændinge og deres familiemedlemmer på arbejdsmarkedet og i EU-landenes videre sociale struktur. En vellykket integration af indvandrere kan bidrage til at fastholde den økonomiske vækst og styrke den sociale samhørighed.

Væksten i beskæftigelsen har også medført, at der er blevet flere kvalitetsjob.

Mere end to tredjedele af de nye job, der blev skabt i perioden 1996-2001, var højt kvalificerede, idet vidensøkonomien blev en daglig realitet. Over 50% af alle job kræver nu anvendelse af computer. En undersøgelse gennemført af Kommissionen fornylig viser faktisk, at EU-økonomier med større andele af job af højere kvalitet også udviser bedre resultater med hensyn til beskæftigelse og produktivitet. Der findes også et betydeligt antal job af dårligere kvalitet. Mens sådanne job ofte fungerer som springbræt til en mere stabil beskæftigelse for unge og højtuddannede, er det samme ikke tilfældet for ældre arbejdstagere og ufaglærte. Når disse grupper er ansat på midlertidige kontrakter, arbejder ufrivilligt på deltid eller i job, der ikke indebærer uddannelse, forbliver de hængende i en ond cirkel af arbejdsløshed, passivitet og lavt kvalificeret beskæftigelse. Derfor udgør bestræbelser på at fremme oprykning til job af højere kvalitet et vigtigt element til sikring af bedre og mere bæredygtige beskæftigelsesniveauer.

1.4 Levevilkårene

Målt efter udviklingen i indkomster og forbrug sker der en fortsat forbedring af levevilkårene. De gennemsnitlige årlige stigninger i indkomst pr. indbygger har ligget på omkring 1,5% i de sidste 10 år, idet den årlige nettomiddelindkomst i EU-15 udgjorde ca. 11 700 KKS⁶ i 1998. Denne middelindkomst dækker helt klart over betydelige forskelle mellem medlemsstaterne imellem og over store uligheder i de enkelte medlemsstater. Den "nordlige" halvdel af EU rapporterede om højere indkomstniveauer og frembød i reglen mindre indkomstiligheder end de sydlige medlemsstater. Desuden er det gennemsnitlige forbrug øget markant i de senere år. For eksempel i

6 Udtrykt i købekraftsstandarder for at korrigere for købekrafts forskelle i de pågældende lande.

Tyskland, som er forholdsvis typisk blandt medlemsstaterne i denne forbindelse, er forbruget vokset med ca. 2,6% om året på husstandsplan.

Levevilkårene afspejles i borgernes vurdering af deres livskvalitet.

EU-borgerne var i 2002 meget eller forholdsvis tilfredse med tilværelsen generelt (78% imod 77% to år tidligere) og af disse var ca. 20% (mod 17% i 2000) særdeles tilfredse. De højeste tilfredshedsniveauer blev noteret i Sverige (95%) og Danmark (94%) og de laveste i Portugal (50%) og Grækenland (49%). Som i tidligere år lader mænd til at være mere tilfredse med tilværelsen end kvinder, og unge mere tilfredse end ældre. Forskellene i selv vurderet livskvalitet EU-15-landene imellem kan i vid udstrækning forklares ved forskelle i selv vurderet helbredstilstand.

Personer med en højere uddannelse og personer med en højere indkomst scorer højere hvad angår selv vurderet helbred og livskvalitet, hvilket afspejler uligheder som følge af socioøkonomisk status. Desuden er tallene for selv vurderet helbred generelt lavere blandt ældre.

De fleste respondenter i eurobarometerundersøgelsen 2002 prioriterer offentlige udgifter til sundhedspleje højere end andre områder såsom uddannelse eller sociale ydelser og mener, at sundhedssystemets kvalitet er et af de tre vigtigste spørgsmål, samfundet står over for i dag.

1.5 Tendenser i indkomstfordelingen

Indkomst er en af hovedfaktorerne for bestemmelse af levefoden. Indkomstfordelingen er også vigtig i forhold til relativ fattigdom og risici for social udstødelse. Velfærdsstaten spiller en vigtig rolle ved omfordelingen af primærindkomster, som er med til at reducere ulighed og fattigdom. En nylig rapport⁷ viser, at der indtraf store ændringer i indkomstuligheden i mange lande i perioden 1980-1997 – i de fleste tilfælde øgedes indkomstuligheden. I forbindelse med den økonomiske vækst i anden halvdel af 1990'erne er det bemærkelsesværdigt, at uligheden i gennemsnit udviste en faldende tendens.

Dette afspejler tydeligvis, at den seneste økonomiske vækst i vid udstrækning har været beskæftigelsesstyret. Der er mindst sandsynlighed for, at folk i arbejde er udsat for en fattigdomsrisiko⁸, og der er størst sandsynlighed for, at arbejdsløse er udsat (en sandsynlighed, der er fem gange højere end hos folk i arbejde). I 1998 var der dobbelt så stor sandsynlighed for, at pensionister og selvstændige erhvervsdrivende var udsat for en fattigdomsri-

siko, end tilfældet for arbejdsansatte, blandt børn var sandsynligheden tre gange så stor og i de andre grupper af økonomisk inaktive fire gange.

Fattigdomsrisiko og social exclusion vedvarer ...

Trods den sociale sikrings store omfordelingseffekt hører fattigdomsbekæmpelse og fremme af social integration til blandt de hovedudfordringer, som EU står over for. Nylige resultater fra eurobarometerundersøgelsen 2001 viser, at en stor del af befolkningen stadig anser sig for fattig i den forstand, at nettoindkomsten er lavere end det beløb, der betragtes som absolut nødvendigt. Denne subjektive fattigdomsrate varierer stærkt medlemsstaterne imellem – fra 9% i Danmark til 66% i Portugal. Undersøgelsen viser også, at den selv vurderede varighed af fattigdommen oftest er længere i de sydlige lande (14-15 år) sammenholdt med de nordlige lande (2-3 år). Eurobarometerundersøgelsen dokumenterer desuden, at fattigdom er tæt forbundet med social isolation, og påvirkes kraftigt af dårlig jobkvalitet, specielt en dårlig arbejdskvalitet, jobusikkerhed og utilstrækkelig uddannelse.

Social integration er tæt knyttet til beskæftigelse og/eller indkomst. Det er værd at bemærke, at i videnssamfundet repræsenterer nye teknologier både en mulighed for og en trussel mod ugunstigt stillede personer. En undersøgelse foretaget af ESDIS (Ekspertgruppe vedrørende "Economic and social Dimension of Information Society") har understreget dette forhold, og det har fået en høj politisk prioritet med Rådets resolutioner om e-integration fra oktober 2001 og e-adgang for handicappede fra 2002.

...og varierer markant EU-landene imellem...

Der er store afvigelser i husstandenes fattigdomsrater medlemsstaterne imellem (baseret på en fattigdomstærskel på 60% af den nationale ækvivalente middelindkomst): I 1998 udgjorde forskellen mellem medlemsstater med den højeste og laveste fattigdomsrate 14 procentpoint. I perioden 1995-1998 faldt fattigdomsraterne i 6 ud af 12 medlemsstater, som havde data for begge år. Ikke desto mindre var EU-15-fattigdomsraten i 1998 gennemsnitligt den samme som i 1995.

Generelt har de sydlige medlemsstater den laveste ækvivalente middelindkomst i KKS, men også den største indkomstulighed ifølge Det Europæiske Fællesskabs husstandspanels (EHP) 1998-bølge. De nordiske medlemsstater frembyder den mindste ulighed, mens Luxembourg, Belgien og Nederlandene tegner sig for den højeste ækvivalente middelindkomst.

7 Se "Income on the Move" - Report on income distribution, poverty and redistribution, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, funded by the European Commission, DG Employment and Social Affairs (E1 Study Series 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Personer med mindre end 60% af den ækvivalente middelindkomst anses for at være udsat for en fattigdomsrisiko.

...men i EU-15 ville de være langt højere, hvis ikke det var for de sociale ydelsers omfordelingseffekt.

De sociale ydelsers omfordelingseffekt⁹ er væsentligt højere end skatternes. De sociale ydelser mindsker indkomstuligheden målt i Gini-koefficient¹⁰ med ca. 30-40%. Ydelsernes regressivitet er relativt høj i Tyskland, Nederlandene, Belgien og Det Forenede Kongerige: husstande med lave indkomster i disse lande modtager en forholdsvis større andel af de sociale ydelser end i Finland, Danmark og Sverige. Men i Tysklands og Det Forenede Kongeriges tilfælde er ulighedsreduktionen mellem fordelingen af markeds- og bruttoindkomsten relativt beskeden. Dette beror på, at den sociale sikrings andel af nationalindkomsten i disse lande er forholdsvis lille.

Der findes mange forskellige slags sociale ydelser, og disse afviger indbyrdes med hensyn til antallet af modtagere og gennemsnitlige beløb. Fattigdomsreduktionen som følge af alle sociale ydelser til sammen – målt blot ved at sammenligne indkomsten "før" og "efter ydelsen" – udgør 25 procentpoint¹¹. Størstedelen af fattigdomsreduktionen kan tilskrives alders- og efterladtepensioner (15 point). Dagpenge, familieydelse og sygdoms-/invalidydelser resulterer i lige store virkninger, nemlig en fattigdomsreduktion på tre point.

1.6 Tendenser i de tiltrædende stater

Selv om de fleste tiltrædende stater gjorde fremskridt med hensyn til at slå bro over indkomstkløften i forhold til EU-medlemsstaterne i løbet af anden halvdel af 1990'erne, er der stadig betydelige forskelle. I 2000 lå BNP pr. indbygger i otte tiltrædende stater under halvdelen af EU-gennemsnittet målt i købekraftstandarder.

Desuden tenderer indkomstfordelingen i de tiltrædende stater mod at blive mere ulige. Dette gælder navnlig de otte central- og østeuropæiske stater¹². I løbet af de sidste 10 år har Østeuropa oplevet en kraftig vækst i både fattigdom og ulighed. Situationen har stabiliseret sig på det seneste. Uligheden og fattigdommen vokser ikke længere, men de sociale og arbejdsmarkedsmæssige følger af den hurtige vækst i uligheden i den tidlige overgangsperiode kræver en øget opmærksomhed.

Opmærksomheden omkring disse problemer har været stigende...

Fattigdom er på den politiske dagsorden i alle de tiltrædende stater, mens det bredere begreb "social udstødelse", der rummer multiformitet, er det i mindre grad. Social udstødelse har imidlertid fået større politisk bevågenhed i de seneste år, ofte som en afspejling af EU's politiktiltag. De vigtigste faktorer, der fører til social udstødelse, er arbejdsløshed og skilsmisse. Desuden er evnen til social beskyttelse og beskæftigelse til sikring af en tilstrækkelig indkomst og ressourcer problematisk i mange af de tiltrædende stater. Hertil kommer, at de sociale hjælpeordningers dækning og formåen gør det meget vanskeligt at løse problemer i forbindelse med social udstødelse.

...ligesom mulighederne for at hente støtte i EU-samarbejdet.

Vigtigheden af at løse disse problemer blev for nylig understreget ved Rådets vedtagelse i december 2002 af nye afpassede EU-mål for bekæmpelse af fattigdom og social udstødelse. Ved ændringerne styrkes de mål, der oprindeligt blev vedtaget af Det Europæiske Råd i Nice i 2000, men også kønsdimensionen er blevet opprioriteret, ligesom indvandrernes problemer, og vigtigheden af at reducere antallet af personer udsatte for fattigdomsrisiko og social udstødelse. Disse mål vil understøtte tilblivelsen af anden generation af toårige nationale handlingsplaner imod fattigdom og social udstødelse, som alle medlemsstater skal udarbejde inden juli 2003. Det er hensigten at udbygge de fremskridt, som den åbne koordinationsmetode for fattigdom og social udstødelse har sikret efter at være blevet lanceret af Det Europæiske Råd i Lissabon i 2000.

Udvidelsen fra EU-15 til EU-25 er nu umiddelbart forestående. Med den kan vi forvente at opleve store ændringer i den generelle sociale og arbejdsmarkedsmæssige situation i EU. I politisk henseende vil udfordringerne angående social udstødelse, fattigdom og generel ulighed, herunder også sundhedstilstanden, helt klart blive større. I takt med at forskellene mellem medlemsstaterne imellem øges betragteligt, vil der derfor være et stort behov for samarbejdsinstrumenter der gør det muligt at mindske sådanne forskelle på en konstruktiv måde.

9 Resultaterne stammer fra "Income on the Move" og kan primært relateres til ECHP-bølgen fra 1997.

10 Gini-koefficienten er et indeks til sammenligning af den faktiske indkomstfordeling over hele indkomstskalaen med en slags teoretisk ideel fordeling, hvor alle har samme indkomst (gini = 0%). En gini på 100% ville betyde, at en enkelt person alene tegner sig for al indkomst.

11 Dette tal angiver en størrelsesorden, men da andre variable indvirker i de to situationer skyldes forskellen mellem de to Gini-koefficienter ikke udelukkende sociale ydelser.

12 Europa-Kommissionen, "En vellykket udvidelse" - Strategidokument og Europa-Kommissionens rapport om de enkelte ansøgerlandes fremskridt i retning mod tiltrædelse, s. 13.

2 Sundhed og sundhedspleje i Den Europæiske Union

2.1 Europæernes sundhed og den aktuelle europæiske dagsorden

Sundhed er særtemaet i dette års rapport. EU-borgerne prioriterer sundhed og sundhedsplejens kvalitet meget højt (eurobarometerundersøgelsen 2002). Denne rapport giver en beskrivelse af EU-borgernes aktuelle sundhedstilstand og kortlægger de vigtigste sundhedsdeterminanter.

Selv om sundhedspleje er afgørende for behandlingen af dårligt helbred og også medvirker til opretholdelsen af et godt helbred, præges borgernes generelle sundhedstilstand i høj grad af socioøkonomiske, forbrugsmæssige og miljømæssige forhold. Der er meget store forskelle i tilrettelæggelsen af sundhedsplejen og den langvarige pleje og omsorg i EU. Men trods disse forskelle er der også mange fælles træk, og – som rapporten viser – står medlemsstaterne i det store og hele over for samme aktuelle og fremtidige udfordringer i sundhedspolitikken. Blandt disse udfordringer fremstår to som særligt relevante. På den ene side er der et konstant behov for at optimere sundhedssystemernes omkostningseffektivitet over for stærke strukturelle drivkræfter såsom aldring og nye sundhedsteknologier. På den anden side er der store muligheder for at udvikle et bedre samspil mellem sundhedspolitik og andre politiske domæner, som påvirker de miljømæssige og socioøkonomiske sundhedsfaktorer.

En god sundhedstilstand er ensbetydende med velstand

Borgernes sundhedstilstand er en vigtig faktor for samfundets produktionskapacitet, og sundhedsforbedringer kan øge vækstpotentialet¹³. Dette skyldes, at et bedre helbred rummer potentiale for højere produktivitet, et længere arbejdsliv og lavere omkostninger (mindre fravær på grund af sygdom, mindre behov for behandling, færre handicap osv.)¹⁴.

Sundhedsplejen indgår i medlemsstaternes sociale sikringssystemer. Som sådan er den del af det nye samarbejde¹⁵ omkring moderniseringen og forbedringen af

den sociale sikring, som indgår i den bredere Lissabonstrategi. Adgang, kvalitet og bæredygtighed er blevet fremhævet som de fælles mål, medlemsstaterne tilstræber i deres sundhedspolitik. De sociale sikringssystemers indkomstopretholdelseeffekt medvirker også helt klart til at fastholde borgernes sundhedstilstand. Pensionssystemerne bidrager f.eks. i væsentlig grad til at bevare ældre borgeres helbred ved at fremme en tilstrækkeligt høj levestandard for pensionister.

Virkningerne af sundhedsinvesteringerne afhænger tydeligvis ikke kun af, hvor mange penge der bruges, men også hvornår og hvorledes ressourcerne anvendes. Afkastet af sundhedsinvesteringer kan – bl.a. – være særlig højt, hvis bestræbelserne rettes mod sociale grupper eller regioner, hvor den gennemsnitlige sundhedstilstand er dårlig eller i særlig grad truet. Ulighed i sundhedstilstanden er knyttet til bredere samfundsmæssige uligheder. Fattige og udstødte påvirkes i særlig grad af dårligt helbred. Medlemsstaternes politik sigter mod at bekæmpe fattigdom, mindske uligheder og fremme social integration, og det nye EU-samarbejde om disse spørgsmål har en positiv indvirkning på fattiges sundhedstilstand og styrker den sociale samhørighed i samfundet.

Således befinder sundhed og sundhedspleje sig i skæringspunktet mellem den europæiske beskæftigelsesstrategi og EU's bestræbelser på at modernisere og forbedre den sociale sikring.

Betingelserne for at opnå en god sundhedstilstand og modtage en fyldestgørende og effektiv behandling for sygdomme er blevet væsentligt forbedret i EU i de seneste tiår. Dette skyldes en offentlig og en privat indsats gennem direkte investeringer i bedre sundhedspleje. Men selv om sundhedssystemerne spiller en afgørende rolle i bekæmpelsen og forebyggelsen af et dårligt helbred, har andre politikker, som indvirker på miljømæssige og socioøkonomiske sundhedsfaktorer, f.eks. arbejdet og arbejdsvilkårene, også en væsentlig betydning for borgernes nuværende og fremtidige sundhedstilstand.

13 En vurdering af denne forbindelse, som har en universel gyldighed, er indeholdt i en rapport fra kommissionen for makroøkonomi og sundhed – Formand: Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva.

14 En amerikansk gennemgang af den videnskabelige litteratur fra de sidste 10 år viser, at arbejdstagere med et godt helbred tjener 15-30% mere end arbejdstagere med et dårligt helbred, Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Udkast til Fælles rapport fra Kommissionen og Rådet om tilstrækkelige og bæredygtige pensioner (Kom (002) 737 endelig. Også: Forslag til fælles beretning: Sundhedspleje og ælderpleje - understøttelse af nationale strategier til sikring af et højt niveau af social beskyttelse, Kom (2002) 774 endelig.

EU's sundhedspolitiske dagsorden

Politisk set har de sidste 10 år har sat sundhedsspørgsmål øverst på den europæiske dagsorden.

Folkesundheden blev for første gang sikret et retsgrundlag i Maastricht-traktaten (1993) (art. 129) som sigtede på at fremme af samarbejdet mellem medlemsstaterne, forebygge sygdomsudbredelse samt andre understøttede foranstaltninger. Harmonisering af love og andre retsfor skrifter var ikke inkluderet. Som svar på disse nye forpligtelser offentliggjorde Kommissionen sin "meddelelse om rammerne for en indsats til fremme af folkesundheden", der baserer sig på udarbejdelsen af otte offentlige sundhedsprogrammer¹⁶. EU-dimensionen tilførte merværdi gennem støtte til medlemsstaternes bestræbelser og formidling af "oplysninger om bedst praksis" med henblik på løbende at understøtte tiltag til sundhedsbeskyttelse i hele Fællesskabet.

Ved udgangen af 1990'erne ændredes de generelle rammer for sundhedspolitikken. Amsterdam-traktaten udviklede Fællesskabets beføjelser på det offentlige sundhedsområde. Artikel 129 blev revideret med tilføjelse af adskillige nye bestemmelser og omdøbt til Artikel 152. Ifølge denne skal foranstaltninger på det offentlige sundhedsområde: bidrage til sikring af et højt niveau for sundhedsbeskyttelse, forbedre sundhedstilstanden, forebygge sygdom og sygdomsfremmende årsager og sikre at alle EU tiltag beskytter sundhedstilstanden.

I denne brede sammenhæng fremlagde Kommissionen i maj 2000 en ny sundhedsstrategi¹⁷ med sigte på at fremme en integreret indsats angående sundhedsforanstaltninger på Fællesskabsniveau. Centralt i denne indsats var forslaget til et nyt Handlingsprogram vedrørende offentlig sundhed¹⁸. Programmet satser på tre hovedområder:

- Forbedret sundhedsinformation og kendskab til udviklingen i offentlig sundhed;
- Styrket kapacitet til en hurtig og samordnet indsats vedrørende større sundhedstrusler;
- Målrettet indsats til sundhedsfremme og sygdomsbekæmpelse.

Kommissionen har herudover oprettet et EF-Sundhedsforum som samler de relevante europæiske organisationer. Endvidere muliggør det Sjettes Rammeprogram for Forskning bl.a. en forskningsindsats af socialpolitisk betydning, navnlig med henblik på gennemførelsen af den europæiske sociale dagsorden¹⁹.

Ansvar for leveringen af sundhedstjenesteydelser henhører under medlemsstaterne. Dette ansvar er imidlertid

ingen hindring for at de grundlæggende friheder – såsom frihed til at levere tjenesteydelser, udveksling af medicinalprodukter, arbejdstagernes frie bevægelighed – eller andre fællesskabspolitikker finder anvendelse på dette område. Sundhed er desuden et tværgående emne inden for rammerne af den europæiske sociale dagsorden og et vigtigt led i EU's strategi for bæredygtig udvikling, som begge er vigtige bestanddele af Lissabon-strategien. Dertil kommer, at sundhedspleje udgør et element i grænseoverskridende mobilitet og i forbedrede offentlige finanser.

Sundhedsplejens kvalitet og bæredygtighed har opnået status som et af de hovedområder, hvor medlemsstaterne bør gennemføre et nærmere samarbejde. På Det Europæiske Råds møde i Göteborg (juni 2001) blev Udvalget for Social Beskyttelse og Udvalget for Økonomisk Politik anmodet om at se nærmere på udfordringerne i et aldrende samfund og at udarbejde en første rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde 2002 om pejlemærker inden for sundhedsvæsen og ældrepleje. Rapporten konkluderede, at de underliggende demografiske, teknologiske og finansielle forhold stiller de nuværende sundhedssystemer og ordninger for langvarig pleje og omsorg i EU over for en række udfordringer, hvor det navnlig gælder om at opfylde følgende: målsætninger: adgang for alle uanset indkomst eller; formue pleje af høj; kvalitet plejesystemernes økonomiske holdbarhed.

Disse tre brede målsætninger blev tiltrådt af Rådet i en første rapport om pejlemærker inden for sundhedspleje og ældrepleje til Det Europæiske Råd i Barcelona, som også understregede, at alle sundhedssystemer i EU er baseret på principperne om solidaritet, lighed samt almenlydighed. Det Europæiske Råd i Barcelona opfordrede Kommissionen og Rådet til nærmere at undersøge spørgsmålene om adgang, kvalitet og økonomisk holdbarhed²¹. Eftersom sundhedspleje står for en stor del af de offentlige udgifter, er sundhedssystemernes finansielle bæredygtighed og de dertil knyttede reformer betydningsfulde.

Sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen er en af de vigtigste dimensioner i EU's social- og arbejdsmarkedspolitik. Sundhed på arbejdspladsen er ikke kun fravær af ulykker eller erhvervs sygdomme, men involverer fysisk, psykisk og socialt velvære, som er vigtigt for arbejds kvaliteten og for arbejdstyrkens produktivitet. Der er udviklet en ny fællesskabsstrategi for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen for perioden 2002-2006, som tager hensyn til ændringerne i samfundet og i arbejdslivet²². Strategien tilstræber en helhedsløsning vedrørende trivsel på arbejdspladsen baseret på forebyggende foranstaltninger og etablering af partnerskaber mellem alle aktører på beskæftigelses-, sundheds- og sikkerhedsområdet.

16 November 1993

17 Kom(2000) 285 endelig, d.16.5.2000

18 EFT L 271/1 d.9.10.2002, beslutning 1786/EF

19 Se det særlige program vedrørende forskning, teknologisk udvikling og anvendelse: Integrering og styrkelse af det europæiske forskningsområde (2002-2006)

20 Baseret på KOM(2001) 723 endelig: Den fremtidige ældreomsorg og sundhedspleje – sikring af adgangen, kvaliteten og den økonomiske holdbarhed.

21 KOM(2002) 774 endelig

22 KOM(2002) 118 endelig: Tilpasning til ændringerne i arbejdslivet og i samfundet: en ny fællesskabsstrategi for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen 2002-2006

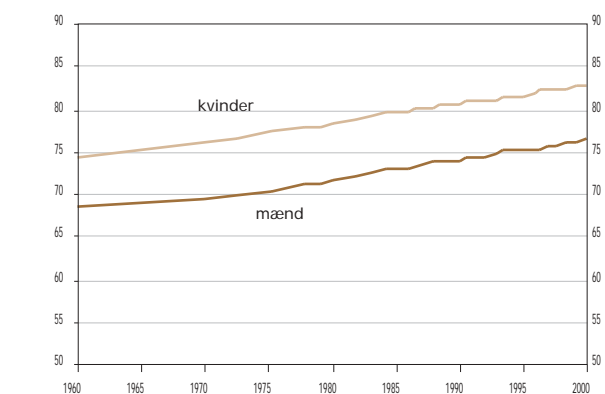
2.2 Befolkning og sundhed

Borgernes sundhedstilstand er blevet bedre i alle EU-medlemsstater i de seneste tiår...

EU-borgernes generelle sundhedstilstand undergår en forbedring. I 2000 udgjorde den forventede middellevetid (78 år) i ved fødslen for EU-15 (75 år for mænd og 81 for kvinder). Dette er højere end i USA (74 år for mænd og 80 for kvinder), men lavere end i Japan (78 år for mænd og 84 for kvinder).

Den forventede middellevetid ved fødslen er ikke kun en social målestok. Det er også en vigtig økonomisk indikator. Makroøkonomiske undersøgelser og sundhedsanalyser viser, at sundhedstilstanden forklarer en stor del af forskellene i de økonomiske vækstrater²³.

Figur 2 Middellevetid, mænd og kvinder. EU-15, 1960-2000



Kilde: Eurostat

Middellevetiden voksede i det 20. århundrede: Der skete en stigning på 25 år i århundredets første 60 år, mens stigningen i de sidste fire tiår var på yderligere otte år²⁴. Middellevetiden for mænd steg fra 68 år i 1970 til 75 år i 2000²⁵. I samme tidsrum øgedes middellevetiden for kvinder med seks år fra 75 år i 1970 til 81 år i 2000.

Den lavere middellevealder for mænd skyldes en overdødelighed i alle aldre for denne gruppe, hvilket er et velkendt fænomen i alle medlemsstater og også i de fleste andre lande i verden. Disse kønsbestemte forskelle kan – selv om de er betinget af biologiske faktorer – tilskrives sociale årsager og visse livsstils-mønstre. Nu da mænds og kvinders adfærd i EU bliver mere ensartet, begynder mænds og kvinders middellevetid at nærme sig hinan-

den. Dette er allerede blevet observeret på EU-15-plan (hvor den forventede middellevetid ved fødslen øgedes med 2,5 år for mænd i perioden 1990-2000 sammenholdt med to år for kvinder) og i alle medlemsstater undtagen Grækenland, Spanien, Luxembourg og Portugal.

Som følge af en øget middellevetid kombineret med ændringer i fertiliteten bliver EU's befolkning i stigende grad ældre. Denne demografiske aldring betyder, at antallet af ældre vokser, samtidig med at andelen af personer i den erhvervsaktive alder (15-64) falder. Disse demografiske tendenser vil have økonomiske og sociale følger på en række områder inklusive sundheds- og plejeordninger.

Hvad angår leveringen af sundhedsydelser, er en af de vigtigste demografiske tendenser den voksende gruppe af "meget gamle" (over 80 år). Denne gruppe vil vokse med 8 mio. personer i perioden 2010-2030, en stigning på 44%, dvs. en vækst, der er endnu større end den, der foregår i den ældre befolkning i almindelighed. På nuværende tidspunkt har hovedparten af disse meget gamle behov for hjælp og pleje, som enten er formel eller uformel – sidstnævnte omfatter hjælp fra familiemedlemmer hvilket er særlig udpræget i sydlige medlemsstater. I fremtiden vil husstandene blive mindre, og familierne vil formentlig i mindre grad være i stand til at løse plejeopgaverne, hvilket øger betydningen af både det formelle og andet uformelle plejepersonales rolle. Aldringsprocessen har en markant kønsdimension, idet langt størstedelen af disse meget gamle vil være kvinder. Efterhånden som befolkningen ældes, vil kvinders sundhedsproblemer veje betydeligt mere i den række af sygdomme, der skal behandles og tackles.

... hvilket giver sig udslag i nye mønstre for dødeligheds- og sygelighedstendenserne.

Efterhånden som folk lever længere, præges dødeligheds- og sygelighedsmønstret i stigende grad af de ældre aldersgrupper. De hyppigste dødsårsager er kredsløbssygdomme (ca. 40% af alle dødsfald), kræft (en fjerdedel af alle dødsfald), sygdomme i åndedrætsorganerne, lidelser i fordøjelsessystemet og ydre årsager såsom kvæstelser og forgiftning, herunder også (bil)ulykker²⁶. Et ud af fem dødsfald skyldes sygdom, der kunne være undgået. Dette generelle mønster varierer imidlertid efter køn og især alder. Dødeligheden i det første leveår er faldet i de seneste tiår i alle medlemsstater, hvor de nuværende niveauer hører blandt de laveste i verden. Men på grund af vedvarende forskelle i den eksisterende spædbørnsdødelighed mellem sociale grupper eller mellem regioner er yderligere forbedringer stadig mulige. Da

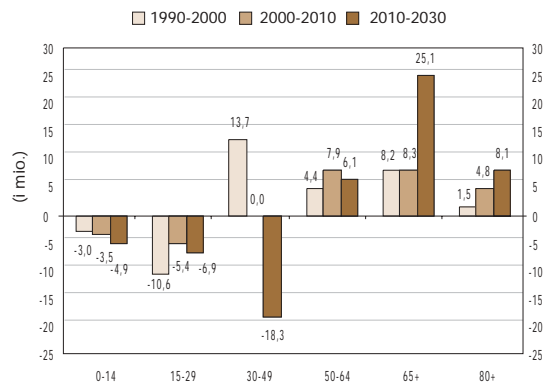
23 Rapport fra kommissionen for makroøkonomi og sundhed – Formand: Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva (p 24) : "In particular, each 10 percent improvement in life expectancy at birth is associated with a rise in economic growth of at least 0.3 to 0.4 percentage points per year, holding other growth factors constant".

24 Indikatorrens beskaffenhed forklarer denne lavere stigning. For et givet år udgør den forventede levetid den gennemsnitlige alder, en nyfødt forventes at opnå, hvis dødelighedskvotienterne for det pågældende år opretholdes. Da det samlede antal leveår, der mistes af en person, der dør i det første leveår, er langt højere end de år, som mistes af en person, der dør i en alder af f.eks. 65, er middellevetiden mere følsom over for en reduktion i spædbørnsdødeligheden end over for en øget levealder.

25 Stigningen i middellevetiden standsede imidlertid for unge mænd i anden halvdel af 1980'erne og i begyndelsen af 1990'erne i en række sydlige medlemsstater som følge af en stigende dødelighed i denne gruppe, som skyldtes aids og trafikulykker.

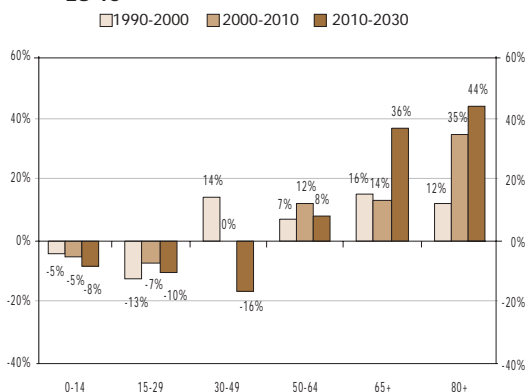
26 Kilde: Eurostat. Se også rapport fra GD Sundhed og Forbruger Beskyttelse: "The health status of the European Population" EF 2001.

Figur 3 Befolkningsændringer (i mio.) efter aldersgruppe, EU-15



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

Figur 4 Befolkningsændringer (i %) efter aldersgruppe, EU-15



Kilde: Eurostat

spædbørnsdødeligheden i dag er meget lav, afhænger en yderligere vækst i middellevetiden nu af, om sygeligheden og dødeligheden blandt ældre kan nedbringes.

De hyppigste årsager til sygelighed er neurodegenerative sygdomme (f.eks. Alzheimer's og demens), kvæstelser, hjerte-karsygdomme, muskel- og knoglelidelser og kræft²⁷. Da størsteparten af disse sygdomme helt klart er aldersrelaterede, vil befolkningens aldring influere på sygelighedsmønstret og behovene for sundhedspleje. Der kan også noteres en stigning i antallet af tilfælde af mentale sundhedsproblemer. I EU tildes ca. en fjerdedel af alle nye invalideydelser til personer med mentale lidelser.

Sundhedssituationen ændres også i de tiltrædende stater og kandidatlandene.

Sundhedstilstanden undergår også forbedringer i de tiltrædende stater, men i de fleste tilfælde er den generelt lavere end i de eksisterende EU-medlemsstater. Der er store forskelle imellem de tiltrædende stater med Malta og Cypern i den bedste position (sammenlignelig med eller endnu bedre end nogle af de nuværende medlemsstater) efterfulgt af Slovenien, hvorimod de baltiske lande, Rumænien, Bulgarien og Tyrkiet er kendetegnet ved en dårligere sundhedssituation. Dette afspejles i en højere spædbørnsdødelighed og lavere forventet middellevetid samt en højere incidens af ikke-smitsomme sygdomme (især hjertesygdomme, kredsløbssygdomme og kræft), smitsomme sygdomme (inklusive i nogle lande seksuelt overførte sygdomme og tuberkulose) og voldsom død.

Den fremtidige handicap-udvikling vil mere bero på aldersbetingede risici.

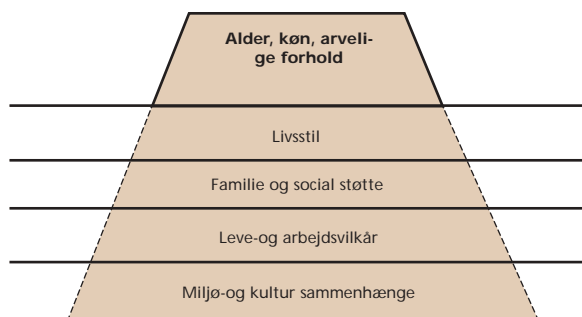
Det er et kendetegn ved den menneskelige tilværelse, at antallet af funktionelle handicap af alle slags gerne øges med alderen. Sygdom, en risikobetonet livsstil, ulykker og socioøkonomiske faktorer er alt sammen med til at skabe en "handicapproces", hvor tingene hober sig op med årene. Det er derfor ikke overraskende, at unge udgør 5% af alle handicappede, mens personer i den erhvervsaktive alder udgør 46%, og de resterende 49%, som erklærer, at de har et handicap, er over 60 år (iflg. ECHP-data). Med en stigende middellevetid vokser prævalensen af syns- og hørehandicap også samt neurologiske forstyrrelser som f.eks. Alzheimer's sygdom og demens. Imidlertid vil den fremtidige udvikling i aldersbetingede risici for svækkelse være afgørende for antallet af ældre, som vil få behov for hjælp og pleje.

2.3 Afgørende faktorer med hensyn til befolkningens sundhed

Udviklingen i sundhedstilstanden beror i vid udstrækning på miljøforholdene...

EU-borgerne er udsat for sundhedsrisici fra det fysiske miljø, der i vid udstrækning skyldes fremherskende livsmønstre og ressourceudnyttelse. Det menneskelige helbred beror på adgangen til føde, vand, luft og bolig af god kvalitet. Det påvirkes også af støj, trafikbelastning og ulykker samt u hensigtsmæssige kloaksystemer. Den hurtige urbanisering har skabt særlige problemer i mange byer med luftforurening og uacceptable boligforhold til følge. Andre sundhedsproblemer er knyttet til

27 Kilde: Eurostat. Se også rapport fra GD Sundhed og Forbruger Beskyttelse: "The health status of the European Population" EF 2001

Figur 5 De væsentligste sundhedsfaktorer²⁸

vand- og fødevarerforurening, som giver overførbare sygdomme. Men der udfoldes til stadighed bestræbelser på at imødegå disse skadelige virkninger gennem byfornyelse, forbedret infrastruktur, overvågning af forurenende stoffer og skærpede fødevarerikkerhedsforanstaltninger, som har reduceret prævalensen.

I løbet af de sidste 10 år er luftforureningen i de central- og østeuropæiske byområder mindsket efter indførelsen af en række tekniske foranstaltninger samt på grund af økonomisk stagnation. Boligforholdene er dog stadig under vesteuropæisk standard, og trafikproblemerne er i kraftig vækst.

...og på de socioøkonomiske vilkår...

Sundheden er helt klart forbundet med den socioøkonomiske status. Dette koncept defineres normalt ved hjælp af en række indbyrdes forbundne, også kønsbestemte, karakteristika såsom beskæftigelse og uddannelsesniveau, indkomst og formue. For den enkelte bestemmer socioøkonomisk status adgangen til sociale og materielle ressourcer og eksponeringen for sundhedsrisici.

På det individuelle plan ser det ud til, at uddannelse forbedrer de sociale evner, øger den enkeltes muligheder, opbygger selvtillid, styrker færdigheder og evner og fremmer en sundere livsstil ved at skærpe opmærksomheden over for risici. Ifølge eurobarometerundersøgelsen opfatter kun 50% af alle personer med mindre end en gymnasial uddannelse imod knap 75% af alle personer med en videregående uddannelse deres helbred som "godt" eller "særdeles godt".

Beskæftigelse og arbejdsløshed har begge betydning for sundhedstilstanden. Det har vist sig, at en høj beskæftigelse eller en lav arbejdsløshed kombineret med høj gennemsnitlig national velstand nedsætter dødeligheden væsentligt med en vis periodemæssig forskydning²⁹.

Hertil kommer, at mange undersøgelser på individuelt plan peger på en positiv korrelation mellem arbejdsløshed og sygdom eller handicap af såvel fysisk som mental art. Der er langt højere sandsynlighed for, at arbejdsløse rapporterer om dårligt helbred og søger læge. Dødelighedsrisikoen for arbejdsløse er højere end for folk i fast job. Der kan noteres en højere selvmordsprocent blandt unge arbejdsløse. Imidlertid kan sociale netværk eller "uformelle job" i en vis udstrækning afbøde den negative virkning af jobtab. Denne "buffereffekt" er stærkere i visse medlemsstater.

Beskæftigelse har alt i alt en positiv indvirkning på levetid og helbred, forudsat at der er tale om højkvalitetsjob. Det viser sig, at ringe arbejds kvalitet skaber specifikke erhvervsbetingede sundhedsproblemer (ulykker, kvæstelser og erhvervs sygdomme). De vigtigste arbejdsrelaterede sundhedsproblemer er muskel- og knoglelidelser efterfulgt af stress, lungelidelser og hjerte-karsygdomme. Branchen og beskæftigelsens art, arbejds kontrakttype (midlertidig) eller arbejdstid (skifteholdsarbejde), alder og køn påvirker prævalensen, og incidensen af sygdommene varierer. Selv om kvinder udgør 46% af arbejdsstyrken, er kvinders andel af erhvervs sygdomme i gennemsnit 18%, idet dette dog også afspejler arbejdstidsforskelle.

Omkostningerne ved lavkvalitetsjob er store. Udgifterne til præventiv eller kurativ sundhedspleje bør ses i relation til antallet af tabte arbejdsdage som følge af arbejdsrelaterede ulykker og dårligt helbred og det heraf følgende produktions- og indkomsttab. I alt resulterede ulykker og arbejdsbetingede sundhedsproblemer i 500 mio. tabte arbejdsdage i EU i 1998-1999.

I de tiltrædende medlemsstater anser en større andel af arbejdstagerne deres helbred og sikkerhed for at være udsat for risici på grund af arbejdet, nemlig 40% i sammenligning med 27% i EU³⁰. Der rapporteres om flere arbejdsrelaterede problemer i disse lande, navnlig almindelig træthed og muskel- og knoglelidelser. Sundheds- og sikrings systemerne i de tiltrædende medlemsstater skal tilpasses europæisk lovgivning. I mange af disse lande anvendes trepartsmodellen sjældent; det bliver derfor en stor udfordring at sikre arbejdstageres og arbejdsgiveres input til forbedring af systemet.

...samt på omfanget og arten af de sociale netværk.

Social støtte er vigtig for sundhedstilstanden og navnlig afgørende for et godt helbred i begge ender af livscyklussen. Sociale netværk – bestående af familiemedlemmer, slægtninge, arbejdskolleger og venner – bidrager til at beskytte og forbedre den enkeltes helbred. De kan gribe ind over for afvigende adfærd og være opmærksomme på de fleste faktorer i relation til livsstil. De kan lette adgangen til sundheds- og plejetjenester, yde en stor indsats angående uformel pleje og hjælpe med at afbøde virkningerne af negative begivenheder.

28 Denne figur er baseret på Dahlgren og Whiteheads arbejde (se Dahlgren og Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health; Institute for Future Studies, Stockholm 1991)

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", European Commission, DG EMPL.

30 Survey on working conditions in the candidate countries, 2001 – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Familien er fortsat den faste klippe, når det gælder pleje og omsorg for både børn og voksne i alle medlemsstater, og familiens rolle i den forbindelse opfattes som vigtig og positiv. I øjeblikket bruger 6% af alle EU-borgere en stor del af deres tid på at yde uformel langvarig pleje og omsorg til ældre eller voksne i den erhvervsaktive alder, som er syge eller handicappede. Familiernes fremtidige evne til at yde langvarig pleje og omsorg vil blive påvirket af udviklingen i kvinders aktivitetsniveau og familiestrukturerens voksende ustabilitet. Alle medlemsstater oplever en tendens i retning af en reduktion i husstandenes størrelse og en vækst i antallet af personer, der bor alene. Scenarier for EU-15 viser, at i 2020 vil 46% af alle personer på 85 år og derover bo alene, og 80% af disse vil være kvinder. Følgelig vil et stigende antal ældre formentlig få brug for formel pleje og omsorg, selv om antallet af handicappede ældre fortsætter med at falde.

Indsatserne til fremme af en sund adfærd kræver et stærkt engagement fra en bred vifte af berørte parter. For at skærpe offentlighedens opmærksomhed omkring og forståelse for helbredsrisici, er det nødvendigt at sikre en balance mellem det offentlige virke, lokalsamfundsinitiativer og individuelle bestræbelser. Potentialet i en lokalsamfundsindsats fra ikke-statslige organisationer, lokale grupper og anden side får også større betydning og bør indgå i overvejelserne.

De seneste tendenser, hvad angår social udstødelse, frembyder nye udfordringer for bekæmpelsen af sundhedsuligheder.

Det ser ud til, at der i fattige lande er en klar sammenhæng mellem indkomstniveau og dødelighed. Højere indkomst er ofte forbundet med et bedre helbred. Denne sammenhæng er mindre tydelig i rigere lande, hvor det lader til, at dødelighedsmønstrene er knyttet til indkomstulighed. Dette skyldes først og fremmest, at lav indkomst og fattigdom er forbundet med ringe bolig- og arbejdsforhold og dårlig levevis. I størsteparten af medlemsstaterne er der en langt større sandsynlighed for, at fattige beskriver deres helbred som dårligt eller særdeles dårligt, og for at de rapporterer om en højere grad af social isolation, om mindre potentiel støtte og om vanskeligere adgang til uformel pleje og omsorg.

Lav indkomst og fattigdom kan indebære ringere adgang til præventiv sundhedspleje (f.eks. konsultation) og kurativ behandling (f.eks. medicin og hospitalsindlæggelse) af tilstrækkelig kvalitet – f.eks. behandling, information og opfølgning. Der er større sandsynlighed for, at personer med en højere indkomst modtager speciallægebehandling, mens personer med en lavere indkomst i reglen går til en alment praktiserende læge³¹. De marginale helbredsforbedringer som følger af mindre indkomstulighed er særlig vigtige, når der også findes

fattigdom i samfundet. Politisk betyder dette, at bekæmpelse af fattigdom og nedbrydning af barriererne for adgang til sundhedssystemet er af stor sundhedsmæssig relevans.

De nye udfordringer er også knyttet til de helbredsmæssige virkninger af forskellige former for livsstil...

Livsstilen betyder meget for sundhedstilstanden. En række alvorlige og voksende sundhedsproblemer af epidemisk karakter er knyttet til u hensigtsmæssig levevis, hvad angår kost, motion og misbrug af alkohol, tobak og ulovlige stoffer.

Tobaksanvendelse er den største risikofaktor, idet den ifølge den seneste WHO-rapport³² tegner sig for ca. 12% af det samlede antal sygdoms- og ulykkestilfælde. Tobaksrygning er forbundet med en lang række – undertiden dødbringende – sygdomme, som ellers kunne være undgået (hjertelidelser, kræft- og lungesygdomme). Alt i alt erklærer en tredjedel af borgerne i EU-15, at de ryger regelmæssigt. Rygeprævalensen blandt mænd er højere end blandt kvinder i EU-15 (40% for mænd og 28% for kvinder), og den er voksende, især blandt yngre kvinder. Det er for Danmarks vedkommende dokumenteret, at lungekræft i tilknytning til et stort tobaksforbrug blandt kvinder er en af årsagerne til den relativt lave middellevevid hos danske kvinder³³.

Alkohol og blodtryk tegner sig for 9-10% af DALY³⁴ (og kolesterol og kropsmasse for 6-7% af DALY for begge køn. U hensigtsmæssig kost - dvs. et generelt dårligt spisemønster – har store følger på det socioøkonomiske plan, idet det skader helbredet eller resulterer i økonomiske og sociale og arbejdsmarkedsmæssige omkostninger. Ifølge Eurostat er ca. 17% af alle voksne i EU overvægtige, og ca. 6,5% er fede. Overvægt eller fedme øger risikoen for en række kroniske sygdomme som f.eks. hjerte-karsygdomme, visse former for kræft og diabetes type 2. Der kan konstateres en vækst i antallet af fede, især blandt børn.

...navnlig, når det gælder unge...

Forbedringen af de unges sundhed har ikke fulgt trit med forbedringen i samfundet som helhed, og unge, navnlig unge mænd, har i dag en høj dødelighed, der er forbundet med adfærd og livsstil. Stofmisbrug, herunder alkohol, er ofte årsag til det alt for høje dødstal blandt unge, som skyldes ydre årsager: primært bilulykker, hvad angår unge mænd mellem 15 og 30 år, men også andre former for voldsom død såsom selvmord, der er den næsthøypigste dødsårsag blandt unge mænd. Desuden er brugen af ulovlige stoffer hovedsagelig koncentreret hos unge voksne, specielt mænd i bymiljøer: Prævalensen blandt unge voksne er henvend det dobbelte af prævalen-

31 Spørgsmålet om adgang til sundhedspleje af høj kvalitet, også for alle sårbare grupper, blev drøftet i den fælles rapport om social integration, som blev vedtaget på Det Europæiske Råd i Laeken i december 2001.

32 World Health Report – 2002: Reducing risks, promoting healthy life.

33 Se også rapport fra GD Sundhed og Forbruger Beskyttelse: "The health status of the European Population" EF 2001

34 DALY eller "Disability Adjusted Life Years", er et udtryk for sygdomsomfang beregnet som antal sunde leveår tabt på grund af for tidlig død eller alvorlige og vedvarende handicap. En DALY tabt er et sundt leveår mindre.

sen blandt samtlige voksne. Hertil kommer at seksualadfærden – for eksempel utilsigtede svangerskaber eller risikoen for seksuelt overførbare sygdomme – er et væsentligt sundhedsproblem blandt unge.

...og i de tiltrædende stater.

Tobaksforbruget er kilde til betydelige problemer, og der er et stigende antal rygere blandt unge og kvinder. Alkoholforbruget er en anden livsstilefaktor, der spiller en rolle i mange årsager til dødelighed. Alkohol er sandsynligvis en væsentlig medvirkende faktor til flere tilfælde af pludselig hjertesvigt³⁵ og cirrose i de central- og østeuropæiske tiltrædende stater end i EU. Dødeligheden som følge af kvæstelser, specielt trafikulykker, drukning og ildsvåde samt drab og selvmord er også højere i disse lande, hvilket nok delvis kan tilskrives alkoholforbrugsmønstrene.

2.4 Sundhedsplejeordninger

Sundhedssystemerne er vigtige for sundhedsresultaterne og økonomien i alle medlemsstater...

Sundhedssystemerne spiller en vigtig rolle i bekæmpelsen af dårligt helbred og bidrager i væsentlig grad til sundhedsresultaterne. Endvidere er sundhedssektorens og de langvarige pleje- og omsorgsordningers betydning for økonomien og beskæftigelsen betragtelig. I gennemsnit udgør beskæftigelsen i sundheds- og socialektoren i de 15 medlemsstater knap 10% af den samlede beskæftigelse. Sundhedssektoren er også en meget dynamisk og hurtigt voksende økonomisk sektor med betydelige muligheder for at bidrage til økonomisk vækst og beskæftigelse. Sundheds- og socialektoren bidrog til 18% af nettojobskabelsen i EU i perioden 1995-2001³⁶.

...som trods store forskelle i opbygningen af sundhedssystemet står over for de samme udfordringer.

Der er store forskelle mellem medlemsstaterne i den måde, hvorpå sundhedssystemerne organiseres, reguleres, finansieres, indsættes og anvendes. Ikke desto mindre er der mange lighedspunkter i de problemer, sundhedssystemerne bliver sat til at løse. Befolkningens aldrig udgør en særlig vigtig fælles udfordring. At sikre adgang for alle til en bæredygtig sundhedspleje og langvarig pleje og omsorg af høj kvalitet, endog på det tidspunkt da befolkningens aldring toppe, anses almindeligvis for et fælles mål, som medlemsstaterne tilstræber i deres sundhedspolitik.

Medlemsstaterne anvender store beløb på sundhedspleje...

I 1999 lå de samlede sundhedsudgifters andel af BNP på en skala fra 10,3% i Tyskland til 6,1% i Luxembourg med

et vægtet gennemsnit på 8,4%. De samlede sundhedsudgifter som en andel af bruttonationalproduktet er på nuværende tidspunkt størst i Tyskland efterfulgt af Frankrig og Belgien. I USA udgjorde de samlede sundhedsudgifter 13% af BNP i 2000 med en offentlig andel på 44%³⁷. I Canada svarer tallene mere til EU-gennemsnittet med sundhedsudgifter på 9,1% af BNP og en offentlig andel på 71%.

Sundhedssystemerne i EU er afhængige af en blanding af finansieringskilder. Det største bidrag i alle medlemsstater kommer fra det offentlige (i gennemsnit 75%), som fremskaffes gennem skatter og bidrag til sociale sikringsordninger. Private udgifter (via kontantbetalinger og private sygesikringsordninger) tegner sig for mindre end 30% af de samlede sundhedsudgifter undtagen i Grækenland, Italien og Portugal. Kontantbetalingernes andel i EU's samlede sundhedsudgifter steg ganske let i 1990'erne, og i 1998 lå EU-gennemsnittet på 16%. I Italien og Portugal udgør kontantbetalingers andel af de samlede sundhedsudgifter over 30%. Det ser mod forventning ud til, at væksten i de samlede sundhedsudgifter ikke hæmmes, selvom udgifterne i stigende grad dækkes via private finansieringskilder.

...og på langvarig pleje og omsorg.

Det er vanskeligt at fastslå både udgifter og nationale tendenser for langvarig pleje og omsorg, da disse ydelser ofte er fordelt på forskellige offentlige strukturer og budgetter – normalt sundhedsbudgettet og budgettet for sociale ydelser. De bedst tilgængelige skøn over offentlige udgifter til langvarig pleje og omsorg peger i retning af et vægtet EU-gennemsnit på 1,3% af BNP i 2000 på en skala fra 0,7% i Frankrig, Irland og Østrig til 3% i Danmark og 2,8% i Sverige³⁸.

Der er stor forskel på, hvorledes langvarig pleje og omsorg for ældre er organiseret i de forskellige medlemsstater. Danmark har et stort antal sengepladser, som er beregnet på langvarig pleje, mens middelhavsmedlemsstaterne ligger betydeligt under EU-gennemsnittet; dette hænger sammen med forskellene i familienetværkets rolle, når det gælder uformel pleje. Sektoren undergår hurtige ændringer, da tjenesterne omorganiseres eller fornyes i de nordlige og centrale medlemsstater og udvides i de sydlige delvis som følge af ændringer i familiemønstrene. Almennyttige institutioner spiller en voksende rolle i sundheds- og socialektoren.

I sundhedsvæsenet har balancen mellem primær-, sekundær- og tertiærsektoren³⁹ gradvis forrykket sig. Sekundærsektoren (primært hospitalspatienter) har mistet noget af sin betydning hovedsagelig på grund af fremskridtene inden for terapeutiske behandlinger og forbedringer i primærsektoren og dagplejen. Dette skabte behov for en større decentralisering af leveringen af

35 Britton, A. & McKee, M. 2000 'The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe' Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332.

36 Employment in Europe, 2002.

37 OECD Health Data – 2002.

38 Budgetary Challenges posed by ageing populations - Economic Policy Committee (2001).

39 Sekundærsektoren dækker pleje af hospitalspatienter; tertiærsektoren dækker langvarig pleje og omsorg.

sundhedsydelse og for en ny koordinering mellem de berørte parter på nationalt, regionalt og lokalt plan. Ændringerne i relationerne mellem staten, markedet og socialøkonomien på sundhedsområdet, hvor den private sektor tegner sig for en voksende andel, skaber nye udfordringer med hensyn til reguleringen og forvaltningen af leveringen af sundhedsydelser og opfyldelsen af målsætningerne om lighed.

De fleste medlemsstater sikrer en universel adgang...

Alle medlemsstater opererer med en universel eller næsten universel ret til sundhedspleje. Dette har udgjort en stor landvinding i EU i de seneste tiår. Med indførelsen af en universel dækning i januar 2000 yder Frankrig nu i lighed med Danmark, Finland, Grækenland, Irland, Italien, Luxembourg, Portugal, Sverige og Det Forenede Kongerige en universel lovfæstet dækning på sygesikringsområdet, hvilket er ensbetydende med en kraftig mindskelse af risikoen for social udelukkelse fra sundhedstjenester. Til sammenligning skønnes det, at 40 mio. amerikanere svarende til 14% af den amerikanske befolkning ikke har nogen sygeforsikring⁴⁰.

Men til trods for den lovfæstede sygesikrings universelle eller næsten universelle karakter er der stadig i alle medlemsstater problemer med hensyn til adgangen på grund af forskellige huller i dækningen. Disse problemer skyldes to forhold: udelukkelsen af særlige behandlinger fra den lovfæstede sygesikringsdækning eller øget anvendelse af brugerbetaling.

...og udvikler kvalitetsnormer.

De fleste medlemsstater har gjort fremskridt, når det gælder fastsættelse af kvalitetsnormer for sundhedsplejen⁴¹. Dette har dog vist sig vanskeligt på visse områder, f.eks. hvad angår ambulante patienter og med hensyn til indførelsen af resultatrelaterede normer. Presset for at forbedre kvaliteten af patientplejen er fortsat stigende; det samme gælder presset for at begrænse udgifterne. En øget opmærksomhed på det forhold, at udgifter til ineffektive teknologier pålægger andre patienter "skygeomkostninger", har bidraget til et øget krav om dokumentation for indsatsens budgetvirkning og omkostningseffektivitet som et led i en vurdering af sundhedsteknologien. Alle EU-lande har indført en eller anden form for evaluering af sundhedsydelsernes kvalitet⁴².

Der kan konstateres et andet mønster i de tiltrædende stater og kandidatlandene.

Størsteparten af de tiltrædende stater og ansøgerlandene anvender en mindre andel af bruttonationalproduktet på sundhedspleje end EU-gennemsnittet. Andelen spænder fra 2,6% i Rumænien til over 8% på Malta. Der lader til at være en relativt stærk tendens til hospitalsindlæggelse i disse lande, hovedsagelig fordi sundhedsvæsenets primærsektor ikke er særlig udviklet⁴³. Der er imidlertid færre læger og andet medicinsk personale pr. indbygger i mange af disse lande, og de øvrige sundhedsplejefaciliteter er forholdsvis økonomisk trængte. I teorien er retten til sundhedsydelser fortsat universel og dækningen er omfattende i de fleste lande. Men i praksis er ydelserne begrænsede, og uformel betaling er ikke ualmindelig⁴⁴. Der er en vis tendens i retning af privatisering af sundhedsydelserne i en række tiltrædende stater. Samtidig anvendes der flere private økonomiske midler på sundhedspleje både i kraft af kontantbetalinger og via risikodækning gennem privat sygeforsikring.

2.5 Fremtidige udfordringer til sundhedsplejesystemerne

Sundhedssystemerne står over for nye udfordringer til finansiel bæredygtighed, kvalitet og adgang som følge af sociale forandringer og øgede forventninger...

Efterspørgslen efter sundhedspleje samt langvarig pleje og omsorg er vokset i de seneste tiår hovedsagelig som følge af fremskridtet inden for medicinsk teknologi og behandling og de voksende forventninger til vores rigere samfund. De politiske beslutningstagere er også tvunget til at forholde sig til den nye strukturelle tendens, som består i stigende forventninger hos forbrugerne af sundhedsydelser. Ændringer i livsstil, arbejdsmønstre, uddannelsesniveauer og familiestrukturer ændrer folks holdning til sundhedspleje. Informationssamfundet giver også enhver med adgang til internettet øjeblikkelig adgang til viden om de allernyeste behandlingsmetoder; således hører sundhedsrelaterede netsteder blandt de hyppigst besøgte på internettet. Holdningsændringerne indebærer en øget opmærksomhed omkring patientrettigheder og ansvar, en lavere tolerancetærskel i tilfælde af forskelsbehandling og mindre autoritetstro til læger og andet medicinsk personale. Der kan konstateres et udbredt ønske om større valgmuligheder og en mere individualiseret service og om adgang til et langt større udvalg af lægebehandlinger – inklusive dem, der rækker ud over sundhedssystemernes traditionelle grænser. Følgelig er det vigtigt at identificere

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 For en diskussion af kvalitetsstandarder henvises til Meddelelse fra Kommissionen vedrørende: "Sundhedspleje og ældreomsorg-fremme af nationale foranstaltninger til sikring af højere social deltagelse" (2003)

42 En detaljeret gennemgang af sundhedsteknologi vurdering indeholdes i sektion 2.3 af GD Beskæftigelse, sociale anliggender og arbejdsmarkedsvilkår publikation: Den sociale situation i den Europæiske Union 2003.

43 Se C.Wallace,C.Haerpfer,L.Mateeva: (Institute for advanced studies, Vienna) "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries"; August 2002, p8.

44 Social Protection System in the 13 candidate countries – A Report to the European Commission, DG Employment and Social Affairs – november 2002.

og vurdere befolkningens underliggende sundhedsbehov korrekt da dette kan medvirke til at undgå ineffektive og ligefrem skadelige behandlingsmetoder.

... udviklingen i teknologi og behandlingsformer...

Fremskridtene inden for medicinsk teknologi og lægebehandling har være en medvirkende årsag til udgiftsstigningerne i de seneste tiår. Ny teknologi kan dels nedsætte udgifterne til behandling af visse sygdomme, men også forhøje udgifterne, hvis den anvendes til behandling af lidelser, for hvilke der ikke tidligere fandtes nogen - eller kun mindre effektiv - behandling, eller hvis teknologien foreskrives for lidelser, hvor billigere behandlingsalternativer er til stede. Det er vanskeligt at forudsige den nye teknologis følger for fremtidige sundhedsudgifter, men en mere systematisk vurdering af medicinsk teknologi og lægebehandling ville bidrage til at sikre, at øgede udgifter alene er et resultat af egentlige fremskridt, og muligheden for besparelser ikke forsømmes. En sådan vurdering - samt udveksling og virkeliggørelse af resultater - er afgørende for opfyldelsen af de tre mål som "adgang, kvalitet og bæredygtighed" udgør. Men i øjeblikket beror overvågningen i stor udstrækning på kvaliteten af sundhedsdataene. Der kan stadig konstateres store svagheder på EU-plan både med hensyn til data-tilgængelighed og standardisering af definitioner og indsamlingsmetoder.

Informations- og kommunikationsteknologierne (IKT) har gjort deres indtog i sundhedssystemerne, ligesom det er tilfældet med de andre dele af økonomien. De kan i væsentlig grad forbedre organiseringen af leveringen af sundhedsydelser. Nogle sundhedsmyndigheder oplyser, at de i dag anvender 20% af deres budget for investeringsudstyr på IKT. Udbredelsen af IKT kan skabe nye barrierer for dårligt stillede grupper med hensyn til adgangen til sundhedspleje af en høj kvalitet, hvis dette forudsætter bestemte digitale færdigheder af patienten.

... befolkningens aldring...

Som følge af vedvarende lave fødselstal og en stigende middellevetid er EU's befolkning aldrende. De første store årgange vil gå på pension i løbet af de næste 10-15 år, hvilket i første omfang vil medføre øgede pensionsudgifter. Ti år senere, når disse årgange begynder at indtræde i den fjerde alder, vil de alene på grund af deres størrelse formentlig medføre en øget efterspørgsel efter sundhedsydelser - og især langvarig pleje og omsorg. Men behovet for omsorg vil til en vis grad bero på effektiviteten af tidligere og kommende sundhedsfremmende strategier.

Det er vanskeligt at forudsige den demografiske aldrings virkninger på de fremtidige sundhedsudgifter⁴⁵. Den er

forbundet med både efterspørgslen efter og udbuddet af sundhedspleje og er helt klart knyttet til levevilkår, livsstil, støtte fra familien og den socioøkonomiske situation. For sundhedsplejen er den vigtigste demografiske tendens det voksende antal meget gamle (over 80 år), samtidig med at husstandene skrumper ind, og familierne måske bliver mindre i stand eller villige til at imødekomme pleje- og omsorgsbehov. På den ene side vil sundhedssystemerne skulle tilpasse sig ændringerne i sygdomsmønstre og i pleje- og omsorgsbehov, idet den geriatriske medicin og pleje af personer med kroniske sygdomme udvides og opprioriteres. På den anden side er de formelle sundhedssystemer nødt til at forberede sig på en situation, hvor de må opfylde en væsentlig større andel af plejebehovene, da familiens rolle med hensyn til at yde pleje og omsorg mindskes. Desuden forholder det sig således, at selv om andelen af meget gamle med behov for langtidspleje og -omsorg formentlig bliver mindre som følge af en bedre sundhedstilstand og færre handicap, vil det absolutte antal efter alt at dømme øges.

...og aldringen blandt læger og andet medicinsk personale.

Problemerne med rekruttering og med at holde på læger og andet medicinsk personale, som allerede er mærkbare i nogle medlemsstater, vil sandsynligvis forværres som følge af den generelle tendens i retning af arbejdsstyrkens aldring og mindskelse i denne sektor, hvilket betyder, at konkurrencen om arbejdskraft bliver hårdere. Begge tendenser kunne øge udgifterne. Sundhedssektoren må således nødvendigvis tilpasse sig aldringens virkning på såvel personale som patienter. Dette gælder især sygeplejersker: I syv medlemsstater er 40% af sygeplejerskerne allerede over 45 år, og i andre fem medlemsstater har knap en ud af to sygeplejersker nået denne alder. To yderligere faktorer bidrager i væsentlig grad til manglen på sygeplejersker: "Stop-go"-tendenser i ansættelsespolitikken og, hvad der er vigtigere: De krævede arbejdsvilkår kombineret med en beskeden løn medfører en høj personaleudskiftning. Rekrutteringen af immigranter for at dække sektorens behov vil sandsynligvis tiltage i betydning.

Udvidelsen kan medføre nye udfordringer på personalefronten. Den dag, hvor arbejdskraftens frie bevægelighed gælder fuldt ud for de tiltrædende stater, vil der muligvis opstå nye udfordringer for leveringen af behandling og ydelser i disse lande, da det kan tænkes, at folk søger lægebehandling i andre medlemsstater, og at læger og andet medicinsk personale tiltrækkes af højere lønninger i de nuværende EU-medlemsstater.

⁴⁵ Ifølge prognoser, der er baseret på Eurostats demografiske referencescenario vil de samlede gennemsnitlige sundhedsudgifter i EU alt andet lige stige med knap 0,6% om året i faste priser som følge af ændringer i befolkningens aldersstruktur i løbet af det næste kvarte århundrede. Hertil kommer, at Udvalget for Økonomisk Politik har skønnet, at væksten i offentlige udgifter til sundhedspleje samt langvarig pleje og omsorg som følge af befolkningens aldring i perioden 2000-2050 vil stige til 2-3 procentpoint af BNP. Disse prognoser skal dog behandles med forsigtighed, da de refererer til meget lange tidsrum og hviler på en række antagelser om fremtidige økonomiske og adfærdsmæssige tendenser.

Som modsvar må sundhedssektoren undergå en løbende forandringsproces og skabe et bedre samspil med andre politikområder.

Den kombinerede virkning af teknologiske fremskridt, øgede indtægter og forventninger samt befolkningens aldring vil strukturelt set medføre stigende sundhedsudgifter. En vigtig udfordring i den fremtidige sundhedspolitik vil derfor være at gøre sundhedsvæsenet så effektivt og omkostningseffektivt, at den brede adgang til sundhedsydelser samt pleje og omsorg af høj kvalitet bliver fuldt ud bæredygtig, selv i betragtning af disse tendenser. Dette kræver en energisk indsats for bedre styring og konsekvensanalyse, hvad angår sundhedsydelser, behandlinger og teknologi.

Aldringen vil medføre et større pres på sundhedsydelser samt langvarig pleje og omsorg. Tilpasningen til pludselige ændringer i sygdomsmønstrene samtidig med at behovet i det lange løb for arbejdskraft, bæredygtighed, kvalitet og adgang skal opfyldes, stiller de politiske beslutningstagere og administratorer over for en kompleks blanding af udfordringer.

Der kan i alle medlemsstater konstateres en tæt sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer (nemlig uddannelsesniveau, familiemønstre, kønsskævheder, indkomst og beskæftigelse) og helbred, og ulighederne i sundhedstilstanden er stadig store. Selv om de ikke er helt uden forbindelse til sundhedssystemernes karakter, er disse uligheder primært knyttet til de bredere samfundsmæssige uligheder, som afspejler sig i de socioøkonomiske sundhedsfaktorer. Ud fra disse betragtninger kunne man hævde, at en politik, der fremmer beskæftigelse, forbedrer jobkvaliteten eller mindsker uligheden, kan resultere i væsentlige forbedringer i befolkningens sundhedstilstand. En af konstateringerne i denne rapport er da også, at ud over sundhedspolitikken kan social- og beskæftigelsespolitikken kombineret med økonomisk politik yde væsentlige bidrag til skabelsen og bevarelsen af et godt helbred. En anden stor udfordring vil således bestå i at finde metoder, der sikrer en bedre udnyttelse af samspillet mellem sundhedspolitik og andre politikområder, som påvirker de socioøkonomiske og miljømæssige sundhedsfaktorer, for at sikre alle EU-borgere gode og sunde levevilkår i alle faser af deres livscyklus⁴⁶.

46 Meddelelse fra Kommissionen om konsekvensanalyse KOM(2002) 276 endelig er relevant i denne sammenhæng.

3 Den europæiske sociale models holdbarhed

Da Det Europæiske Råd i 1993 rejste spørgsmålet, hvorfor EU's vækstpotentiale, konkurrenceevne og beskæftigelse sakkede bagud i forhold til andre store økonomiske områder, mente flere at den dårligere formåen havde rod i grundlæggende svagheder ved den eksisterende europæiske samfundsmodel. Andre hævdede, at den europæiske samfundsmodel ville være fuldt ud forenelig med bestræbelserne på i væsentlig grad at forbedre EU's overordnede formåen. Ti år senere synes indikatorer, indsamlet med henblik på rapporten om "Den sociale situation i Den Europæiske Union", at bekræfte hensigtsmæssigheden i, at EU og medlemsstaterne besluttede at fortsætte en strategi til sikring af solidaritet og social samhørighed⁴⁷.

De indikatorer for beskæftigelse, uddannelse, sundhed og generelt god livskvalitet, som findes i denne rapport, bekræfter, at der er opnået væsentlige fremskridt, og at EU i lige så høj grad som andre store økonomier er i stand til at sikre det brede flertal af sine borgere gode levevilkår.

I løbet af de sidste ti år er beskæftigelsesfremme og modernisering af den sociale sikring i stigende grad blevet centrale prioriteter i EU's generelle strategi. Beskæftigelses- og socialpolitikken har undergået en hurtig udvikling i medlemsstaterne, og der er gennemført en indhentnings- og konvergensproces. Vi har følgelig været vidne – ikke til at den europæiske strategi, som bygger på en kombination af markedsdynamik og offentlige bestræbelser er sygnet hen – men til en styrkelse og videreudvikling af den europæiske sociale model.

Det er nu almindeligt anerkendt, at en kvalitetspræget socialpolitik som støtte for beskæftigelsen kan forbedre den økonomiske formåen. Sundhedssektoren er et godt eksempel på dette samspil mellem den sociale og den

økonomiske dimension. På den ene side bidrager sektoren til livskvaliteten, og et bedre helbred giver sig udslag i en bedre økonomisk formåen (højere produktivitet, mindre fravær, mindre behov for sundhedspleje osv.). På den anden side er sektorens udbygning en drivkraft for beskæftigelsesvækst. I perioden 1995-2001 blev over 2 mio. nye job - svarende til 18% af den samlede jobskabelse – oprettet i sundheds- og socialsektoren, som nu beskæftiger knap 10% af den samlede arbejdsstyrke.

Som fremhævet i dette års synteserapport⁴⁸, er medlemsstaterne med de bedste resultater for alle vigtige indikatorer også dem, hvori principperne for aktive vel-færdsstater iværksættes med den største konsekvens og vilje. Disse medlemsstaters formåen viser, at der er mulighed for yderligere fremskridt, som bør udnyttes bedre i de kommende år. Den europæiske beskæftigelsesstrategi og de nye processer for modernisering af social sikring og fremme af social integration er tilrettelagt således, at de tillader alle medlemsstater at trække på den fælles fond af viden om, hvorledes Europa kan gøre yderligere fremskridt på vejen frem mod økonomisk og social bæredygtighed.

Der er naturligvis stadig store problemer, og EU's udfordringer vil formentlig blive endnu større i det kommende tiår, end de var i det foregående. Udsigterne f.eks. for den yngre generation giver stadig anledning til bekymring, som det understreges flere steder i rapporten om den sociale situation: vedvarende arbejdsløshed, specifik dødelighed og arbejdsrelaterede ulykkestal samt manglende faglig uddannelse. Den fortsatte forekomst af fattigdomsfælder må også bekymre. Men vejen fremad, som de mest resultatige medlemsstater viser, går stadig gennem forbedring og modernisering af den europæiske sociale models funktionsmåde.

47 Vækst, konkurrenceevne, beskæftigelse – Udfordringer og veje ind i det 21. århundrede; Kommissionen, 1993.

48 At vælge at vokse: Viden, innovation og job i et sammenhængende samfund" – Rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde den 21. marts 2003 om Lissabon-strategien for økonomisk, social og miljømæssig fornyelse, KOM(2003) 5 endelig.

Bilag

Befolkningens aldring

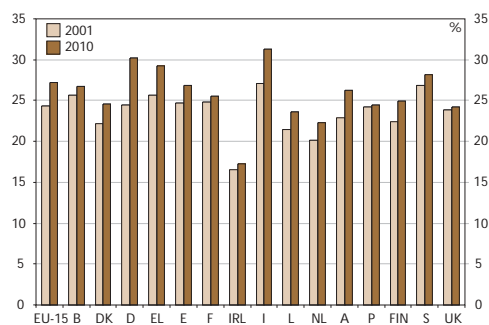
I 2001 var der i EU 62 mio. mennesker på 65 år og derover mod kun 34 mio. i 1960. I dag udgør de ældre 16 % af den samlede befolkning eller 24 % af befolkningen i den erhvervsaktive alder (15-64 år). I 2010 forventes dette tal at være steget til 27 %. I de næsten 15 år vil antallet af "meget gamle" (80 år og derover) stige med næsten 50 %.

Nøgleindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ældreforsørgerbyrden (Personer på 65 år og derover udtrykt i % af befolkningen i den erhvervsaktive alder (15-64 år), pr. 1. januar.																
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

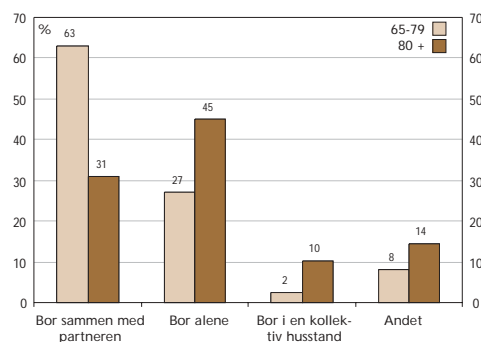
Kilde: Eurostat - Demografiske statistikker.

Figur 6 Ældreforsørgerbyrden 2001 og 2010



Kilde: Eurostat - Demografiske statistikker. EU-15, data fra 2000 for EL og UK.

Figur 7 De ældres husstandssituation efter alder, EU-15, 2010



Kilde: Eurostat - Basisscenerier for husstandene, 1995-data

Migration og asyl

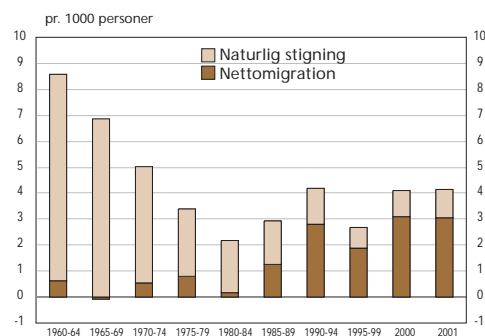
Siden 1989 har nettomigrationen været den vigtigste faktor for ændringen i befolkningstallet fra år til år i EU. I 2001 var den årlige nettomigration 3,1 pr. 1000 indbyggere, hvilket svarer til ca. 74 % af den samlede befolkningstilvækst. I 2000 var ca. 5 % af befolkningen i EU ikke statsborgere i det land, hvor de havde fast bopæl (3,4 % var ikke EU-statsborgere og 1,5 % var borgere fra et andet EU-land), og der fandtes lidt mere end 363 asylansøgere i de femten medlemsstater.

Nøgleindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Nettomigration (pr. 1000 personer)																
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
Gennemsnitlig årlig nettomigration																
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

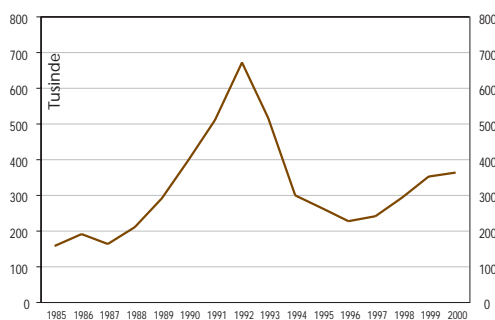
Kilde: Eurostat - Demografiske statistikker

Figur 8 Gennemsnitlig årlig befolkningsændring efter årsag, EU-15, 1960-2001



Kilde: Eurostat - Demografiske statistikker

Figur 9 Asylansøgnings, EU-15, 1985-2000



Kilde: Eurostat - Migrations statistikker

Uddannelsesniveaue

Befolkningens uddannelsesniveaue er blevet betydeligt højere i de sidste 30 år, især for kvindernes vedkommende. I dag har over 75 % af alle unge (25-29 år) i EU en uddannelse på gymnasieniveaue eller tilsvarende. Men samtidig forlader 19% af de 18-24-årige uddannelsessystemet med, hvad der i bedste fald svarer til folkeskolens afgangsprøve.

Nøgleindikator

Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse (Procentvis andel af 18-24-årige med, hvad der svarer til folkeskolens afgangsprøve (ISCED 0-2), og som ikke er under uddannelse)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

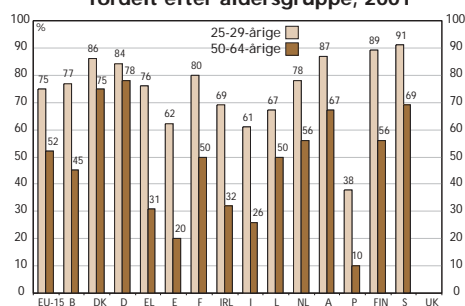
De 18-24-årige fordelt efter aktivitet (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Under uddannelse og i beskæftigelse	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Under uddannelse og ikke i beskæftigelse	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Ikke under uddannelse, men i besk.	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Ikke under uddannelse og ikke i besk.	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

Note: 1997-data for IRL. UK - ingen data for unge med kort skolegang. Manglende enighed om en definition på "upper secondary attainment".

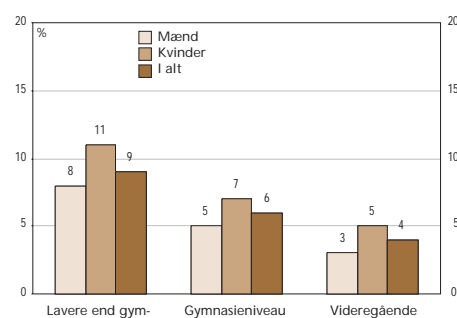
Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen

Figur 10 Procentdel af befolkningen, der har afsluttet en uddannelse på mindst gymnasieniveaue, fordelt efter aldersgruppe, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen. Note: 1997-data for IRL. UK - ingen data. Manglende enighed om en definition på "upper secondary attainment".

Figur 11 Arbejdsløshed blandt de 25-64-årige, fordelt på køn og uddannelsesniveaue, EU-15, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen. Note: UK - GCSE "O-levels" er inkluderet under gymnasieniveaue eller tilsvarende (ISCED 3)

Livslang læring

I hele EU havde 8 % af de 25-64-årige i 2001 modtaget almen/erhvervsrettet undervisning (inden for de seneste fire uger). Sådanne uddannelsesaktiviteter synes at være mere almindelige i de nordiske lande, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Ældre mennesker modtager sjældnere undervisning end yngre. Der er større sandsynlighed for, at højt kvalificerede personer deltager i sådanne uddannelser end folk med kortere uddannelser.

Nøgleindikator

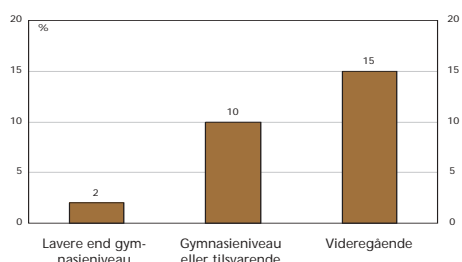
Livslang læring (procentvis del af befolkningen mellem 25 og 64 år, der deltager i uddannelse de sidste 4 uger før undersøgelsen), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
I alt 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

Note: F - Læring må finde sted på interviewtidspunktet for indgå, 1997-data for IRL.

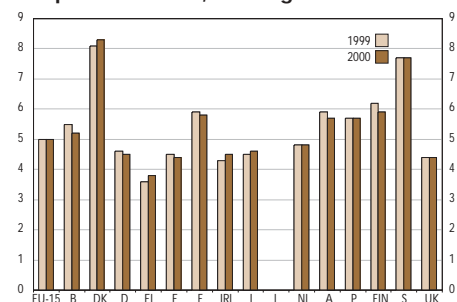
Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen

Figur 12 Livslang læring (procentvis del af befolkningen mellem 25 og 64 år, der deltager i uddannelse de sidste 4 uger før undersøgelsen), 2001 efter uddannelsesniveaue, EU-15, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen. Note: F - Læring må finde sted på interviewtidspunktet for indgå. 1997-data for IRL. Note: UK - GCSE "O-levels" er inkluderet under gymnasieniveaue eller tilsvarende (ISCED 3)

Figur 13 Udgifter til menneskelige ressourcer Samlede offentlige udgifter til uddannelsessektoren i procent af BNP, 1999 og 2000



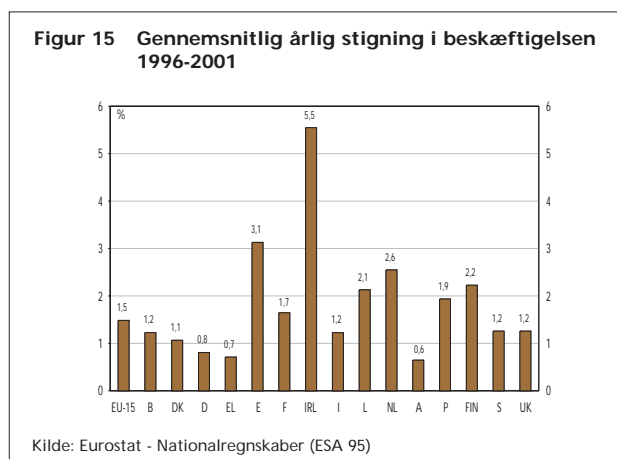
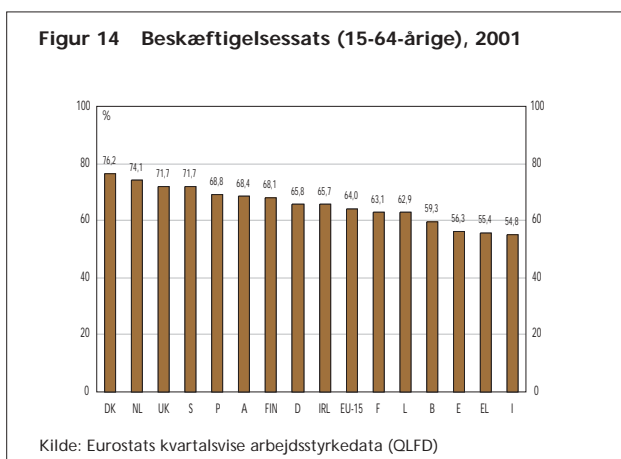
Kilde: Eurostat - Uddannelsesstatistik.

Beskæftigelse

I 2001 skønnede man, at 168 mio. personer var i beskæftigelse i EU, hvilket var en stigning på over 12 mio. siden 1996. Det svarer til en stigning i beskæftigelsen på ca. 1,5 % om året. I 2001 steg beskæftigelsen med 1,2 %. Beskæftigelsessatsen for befolkningen mellem 15-64 år var på 64 % i 2001.

Nøgleindikator	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Beskæftigelsessats, 15-64-årige																
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
Tendens i beskæftigelsen																
Samlet beskæftigelse 2001 (mio.)	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
Samlet beskæftigelse 2000 (mio.)	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
Samlet beskæftigelse 1996 (mio.)	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 (gennemsnitlig årlig stigning i beskæftigelsen i %)	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 (årlig stigning i beskæftigelsen i %)	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

Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

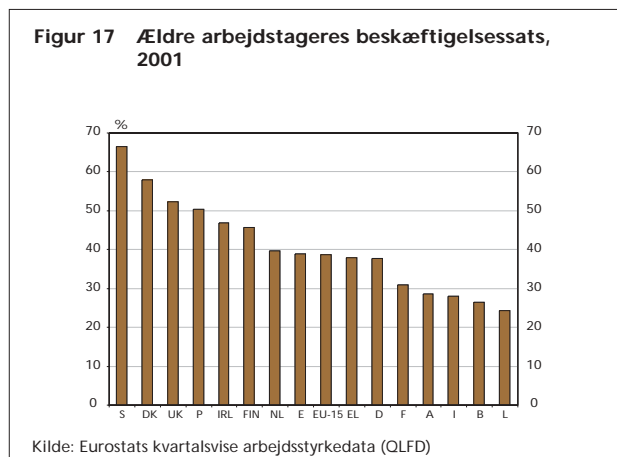
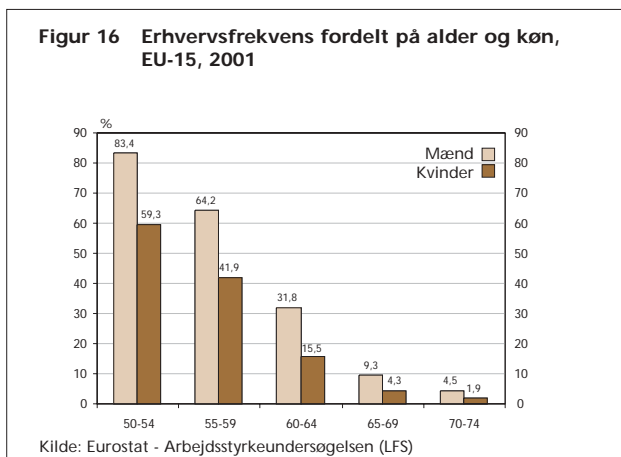


Ældre arbejdstageres beskæftigelsessituation

Selvom beskæftigelsessatsen i de seneste fire år for 55-64-årige mænd steg med 1,5 % til 48,7 % i 2001, er den stadigvæk lavere end tallet for 1991 (51,2 %). Derimod steg beskæftigelsessatsen blandt kvinderne støt til 29 % i 2001. Sammenlagt var 38,6 % af de 55-64-årige i beskæftigelse i 2001. I 2001 forlod mænd arbejdsmarkedet gennemsnitligt i en alder af 60,5 år, mens kvinder forlod arbejdsmarkedet ca. 1,5 år tidligere. Den generelle pensionsalder var på 60 år.

Nøgleindikator	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Gennemsnitsalder ved pensionering (gennemsnitlig alder ved pensionering vægtes med sandsynligheden for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet), 2001																
I alt	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
Mænd	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
Kvinder	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
Gennemsnitsalder ved pensionering (gennemsnitlig alder ved pensionering vægtes med sandsynligheden for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet), 2001																
I alt	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
Mænd	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
Kvinder	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
55-64-årige i beskæftigelse, 2001 (1000)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240

Kilde: Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen (LFS), Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)



Arbejdsløshed

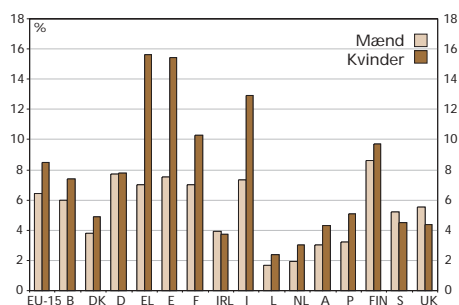
I 2001 faldt antallet af arbejdsløse i EU til 12,8 mio. Det udgør 7,4 % af arbejdsstyrken. Det er det laveste tal siden 1992. Fra 2000 til 2001 registrerede Spanien, Frankrig, Finland og Sverige det største fald i deres arbejds-løshedstal, men Spanien har fortsat den højeste arbejdsløshed (10,6 %), lige over Grækenland (10,5 %). Arbejdsløsheden faldt i samtlige EU-lande undtagen Portugal, hvor den forblev uændret nede på 4,1 %.

Nøgleindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Arbejdsløshedssatsen (samlede arbejdsløse som en del af den aktive befolkning. Harmoniserede serier.)																
2001 - i alt	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 - mænd	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 - kvinder	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 - i alt	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 - i alt	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
Arbejdsløshed (1000²), 2001	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

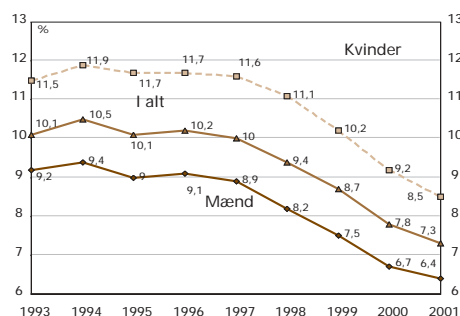
Kilde: Eurostat - Arbejdsløshedssatser (ILO-definition)

Figur 18 Arbejdsløshed fordelt på køn, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsløshedssatser (ILO-definition)

Figur 19 Arbejdsløshedssatser fordelt på køn, EU-15, 1993-2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsløshedssatser (ILO-definition)

Ungdomsarbejdsløshed

I EU som helhed var 7,3 % af de unge (15-24 år) arbejdsløse i 2001. Arbejdsløsheden (i procent af arbejdsstyrken) blandt de unge var 14,7 %. Forskellene mellem disse to procentsatser varierer betydeligt mellem landene og kan delvis forklares af den omstændighed, at et stort antal i denne aldersgruppe er under uddannelse. Ungdomsarbejdsløsheden mellem 2000 og 2001 har ikke fulgt den generelle faldende tendens i arbejdsløsheden, idet den steg i fem medlemsstater.

Nøgleindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ungdomsarbejdsløshed i forhold til den samlede befolkning																
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

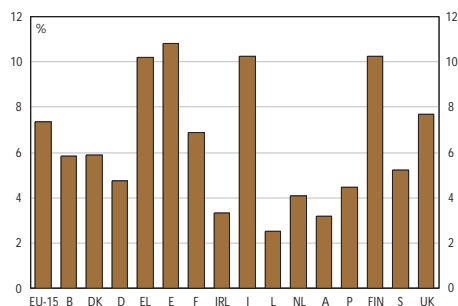
Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata

Ungdomsarbejdsløshedssats

2001 - i alt	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 - mænd	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 - kvinder	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 - i alt	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 - i alt	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

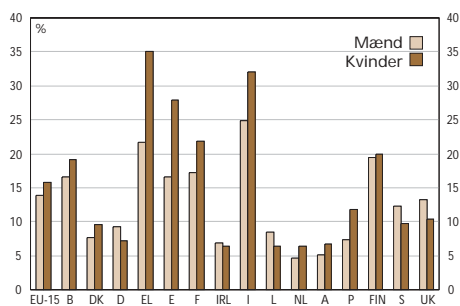
Kilde: Eurostat - Arbejdsløshedssatser (ILO-definition)

Figur 20 Ungdomsarbejdsløshed i forhold til den samlede befolkning (15-24-årige), 2001



Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Figur 21 Ungdomsarbejdsløshedssats (15-24-årige) fordelt på køn, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsløshedssatser (ILO-definition)

Langtidsledighed

3,3 % af arbejdsstyrken i EU-15 var langtidsledige i 2001. Sagt på anden måde havde 44 % af de arbejdsløse ikke haft job i mindst et år. Langtidsledigheden er faldet i de senere år, men er stadig på mindst 5 % i Grækenland, Spanien og Italien. 6,9 % af de unge mellem 15 og 24 år havde været arbejdsløse i mindst seks måneder (som procentdel af arbejdsstyrken).

Nøgleindikator

Langtidsledighedsats	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(samlet langtidsledighed (over 12 måneder) som en procentdel af den samlede aktive befolkning - harmoniserede serier)																
2001 - i alt	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 - mænd	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 - kvinder	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

Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Langtidsledige (et år eller mere) i procent af samtlige arbejdsløse

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

Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen (LFS), Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Langtidsledighed blandt unge (6 måneder eller mere)

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

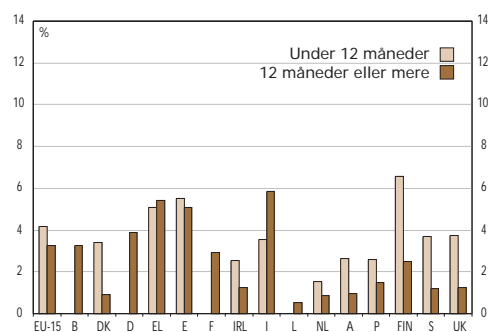
Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen (LFS)

Ungdomsarbejdsløshedssats (6 måneder eller mere) i procent af samtlige unge arbejdsløse

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

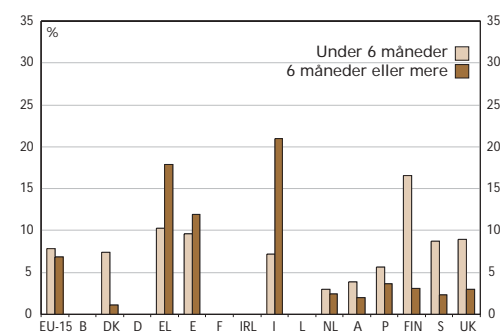
Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen (LFS)

Figur 22 Arbejdsløshed efter varighed, 2001



Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Figur 23 Ungdomsarbejdsløshed efter varighed, 2001



Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen (LFS)

Udgifter og indtægter i forbindelse med social sikring

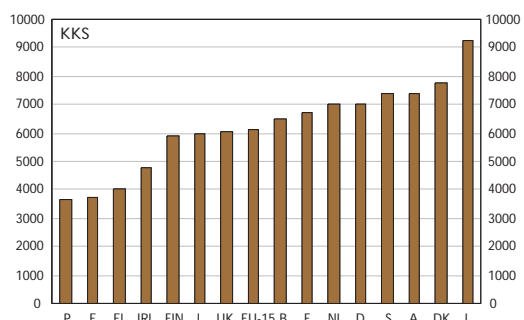
I 2000 faldt udgifterne til social sikring i reelle tal i EU. De udgør 27,3 % af BNP, et tal, der er faldet med næsten et procentpoint siden 1996. Der er betydelige forskelle mellem medlemsstaterne, idet forholdet mellem udgifter pr. indbygger i KKS var på 2,5 mellem det land med de største og det land med de mindste udgifter. Systemet til finansiering af den sociale sikring indeholder forskelle, alt efter hvilket land der er tale om, hvorvidt der er tale om sociale bidrag eller om offentlige bidrag.

Nøgleindikator

Udgifter til social sikring i procent af BNP	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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

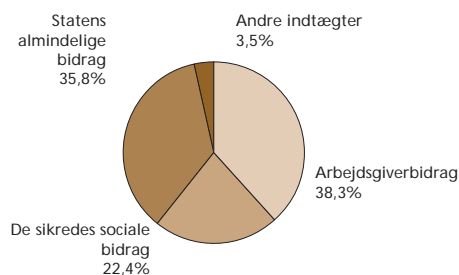
Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Figur 24 Udgifter til social sikring pr. indbygger, 2000



Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Figur 25 Indtægter vedrørende socialsikring efter type i procent af de samlede indtægter, EU-15, 2000



Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Sociale ydelser

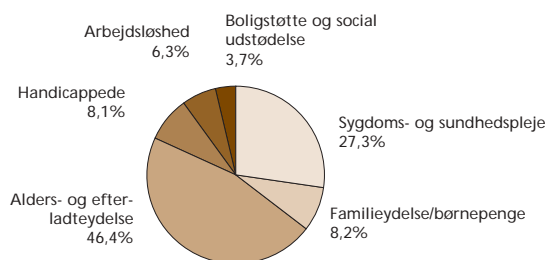
I 2000 gik størstedelen af medlemsstaternes sociale ydelser til alderdoms- og efterladtepenionser. Det var især tilfældet i Italien (63, 4% af alle ydelserne mod et gennemsnit i Europa på 46,4 %). På europæisk plan steg ydelserne til disse to grupper med 12 % i reelle tal pr. indbygger mellem 1995 og 2000, mod +9 % for de samlede ydelser. Denne stigning forklares hovedsageligt gennem den demografiske udvikling. Endvidere påvirker den politik, som landene følger i forbindelse med pensionsordninger også udviklingen af disse ydelser.

Nøgleindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Alders- og efterladteydelser i procent af de samlede sociale ydelser																
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

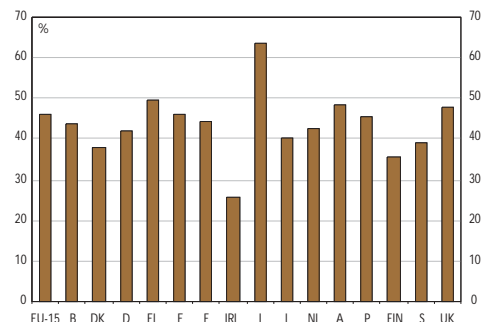
Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Figur 26 Sociale ydelser fordelt på type i procent af de samlede ydelser, EU-15, 2000



Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Figur 27 Alders- og efterladteydelser i procent af de samlede sociale ydelser, 2000



Kilde: Eurostat - Det Europæiske System af Integreerede Statistikker for Social Sikring (ESSPROS)

Udgifter i forbindelse med arbejdsmarkedspolitikken

I 2000 udgjorde de samlede udgifter til arbejdsmarkedspolitikken 2,04 % af BNP, hvoraf 0,68% anvendtes til aktiv arbejdsmarkedspolitik (AP). Der er betydelige forskelle mellem EU-landene, men ikke en klar opdeling mellem Nord og Syd. To lande brugte mere end 3 % af BNP (Belgien og Danmark), seks lande brugte mellem 2 % og 3 % (Tyskland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Finland og Sverige), og seks lande brugte mere end 2 % (Grækenland, Irland, Italien, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige).

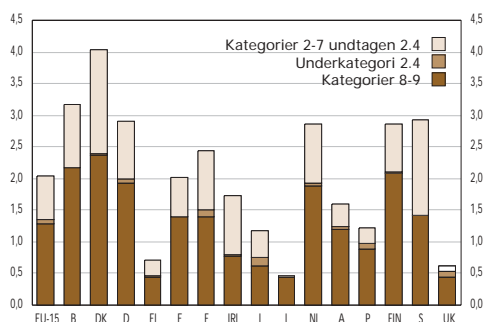
Nøgleindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Offentlige udgifter til aktiv AP i procent af BNP, - 2000																
Kategorier 2-7 undtagen 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
Underkategori 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
Kategorier 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
I alt	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

Kategorier 2-7: Uddannelse - jobrotation og jobdeling - beskæftigelsesincitamenter - integrering af handicappede - direkte jobskabelse - incitamenter til iværksættelse
 Underkategori 2.4 Særlig hjælp til lærlingeuddannelse. Kategorier 8-9: Indkomststøtte i tilfælde af arbejdsløshed - tidlig tilbagetrækning

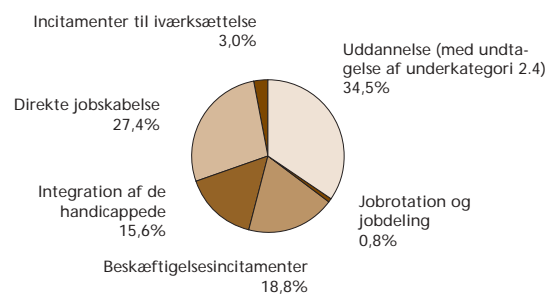
Kilde: Eurostat - Database til arbejdsmarkedspolitik

Figur 28 Offentlige udgifter til aktiv AP i procent af BNP, 2000



Kilde: Eurostat - Database til arbejdsmarkedspolitik

Figur 29 Udgifter til arbejdsmarkedspolitik efter aktionstype (kategorier 2-7), EU-15, 2000



Kilde: Eurostat - Database til arbejdsmarkedspolitik

Indkomstfordeling

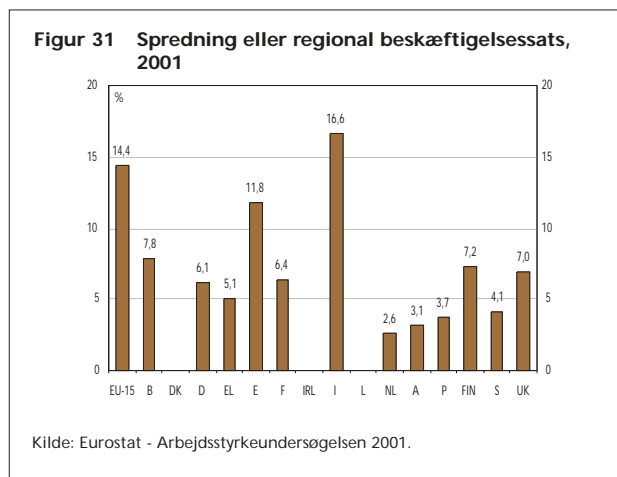
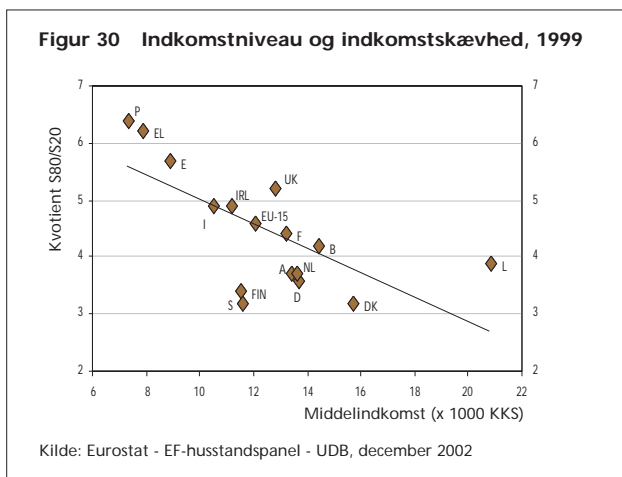
Gennemsnitligt (vægtet efter befolkningsstørrelse) modtog de rigeste 20% af befolkningen i EU-medlemsstaterne 4,6 gange mere af den samlede indkomst end de fattigste 20%. Denne kløft mellem de fattigste og de rigeste er mindst i Danmark og Sverige (3,42), efterfulgt af Tyskland, Nederlandene og Østrig. Den er størst i de sydlige medlemsstater, Det Forenede Kongerige og Irland.

Nøgleindikator

Ulig indkomstfordeling (indkomst kvintil sats)

1999 EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

- Forholdet mellem den del af den samlede indkomstmasse som 20% af befolkningen med højeste indkomst (top kvintil) modtager i forhold indkomstmassen hos de 20% af befolkningen med laveste indkomst (bund kvintil). Ved indkomst forstås ækvaliseret disponibel indkomst
Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2002



Husstande med lav indkomst

Ser man på den samlede befolkning, havde ca. 15 % af EU-borgerne en ækvivalent indkomst på under 60 % af den nationale middelindkomst i 1999. Dette tal svarer til ca. 56 mio. mennesker. Hvis man sætter 60 % af den nationale middelindkomst som fattigdomsgrense, var andelen af "fattige" forholdsvis høj (over 21%) i Grækenland og Portugal og relativt lavere i Belgien, Danmark, Tyskland, Luxembourg, Nederlandene, Østrig og Finland (11-13 %). Tallet var særligt lavt i Sverige (9). De sociale ydelser reducerer andelen af fattige i alle EU-landene, men i meget forskelligt omfang: reduktionen spænder fra 5% i Grækenland til næsten 70 % i Sverige.

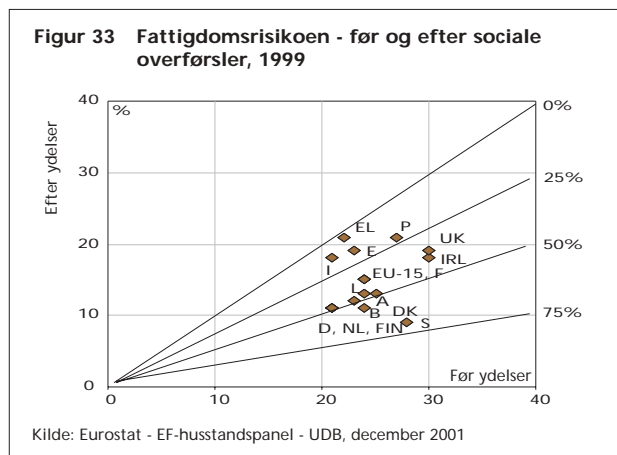
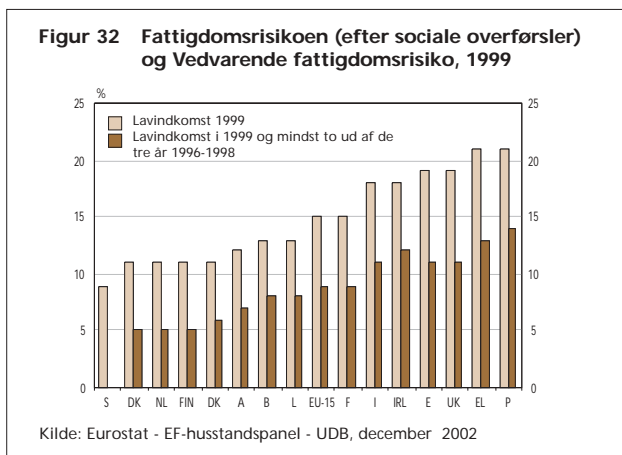
Nøgleindikator

Fattigdomsrisikoen - før sociale overførsler. Andelen af personer med en ækvaliseret disponibel indkomst før sociale overførsler under fattigdomsgrensen som svarer til 60% af den nationale middel disponible indkomst (efter sociale overførsler). Alders- og efterladte pension er indregnet i indkomsten før overførsler og indgår ikke i overførslerne.
1999 EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

Fattigdomsrisikoen - efter sociale overførsler. Andelen af personer med en ækvaliseret disponibel indkomst under fattigdomsgrensen som svarer til 60% af den nationale middel disponible indkomst.
1999

60 % af den årlige middelindk. (nat.val.) 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 % af den årlige middelindk. (KKS) 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

Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2002



Husstande uden job

En væsentlig årsag til fattigdom og social udstødelse er manglende job eller lavtlønnet beskæftigelse. I 1999 var "fattigdomsrisikoen" blandt personer, der levede i husstande, hvor ingen i den erhvervsaktive alder var i beskæftigelse, næsten 51 % - dvs. Næsten 3 gange højere end for personer i husstande, hvor mindst én person var i arbejde.

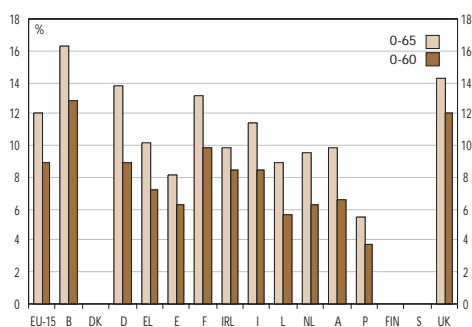
Nøgleindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Befolkning i husstande uden job – personer på 0-65 år (excl. personer i husstande hvor alle er under 18 år, eller 18-24 år og under uddannelse, eller 65 år og derover som ikke arbejder).																
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

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Befolkning i husstande uden job – personer på 0-60 år (personer i husstande, hvor ingen er i beskæftigelse, i forhold til den samlede befolkning (excl. personer i husstande hvor alle er under 18 år, eller 18-24 år og under uddannelse, eller 60 år og derover som ikke arbejder)).																
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

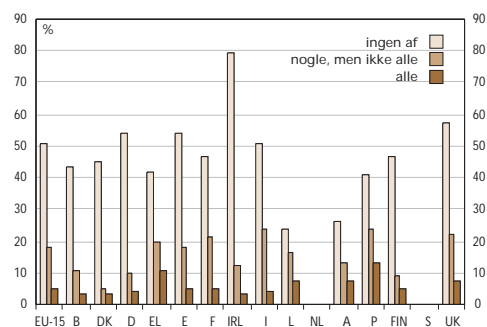
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Fattigdomsrisiko sats (%) blandt personer i husstande, hvor ... af medlemmerne i erhvervsaktiv alder er i beskæftigelse, 1999																
... ingen af ...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... nogle, men ikke alle ...	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
... alle ...	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

Figur 34 Befolkning i husstande uden job, 2002



Kilde: Eurostat - Arbejdsstyrkeundersøgelsen 2002.

Figur 35 Fattigdomsrisiko sats blandt personer, der lever i husstande, hvor ... af medlemmerne i erhvervsaktiv alder er i beskæftigelse, 1999



Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2002

Kvinder og mænd i beslutningsprocessen

På EU-plan er kvindernes repræsentation i Europa-Parlamentet steget støt ved hvert valg siden 1984 og er nu oppe på 30 %. I de nationale parlamenter er kvinderne fortsat underrepræsenteret i samtlige EU-lande, idet kvinderne her udgør mellem 9 % i Grækenland og 44 % i Sverige.

Nøgleindikator

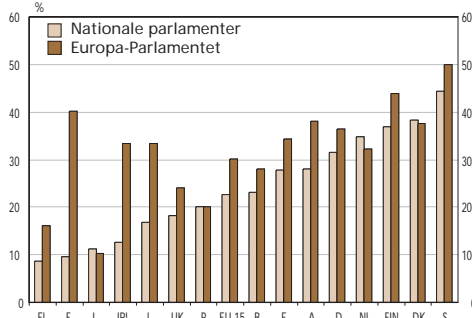
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Procentvis andel af pladser besat med kvinder i nationale parlamenter, foråret 2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Procentvis andel af pladser besat med kvinder i Europa-Parlamentet, valget i juni 1999	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Procentvis andel af kvinder i nationale regeringer, foråret 2001	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

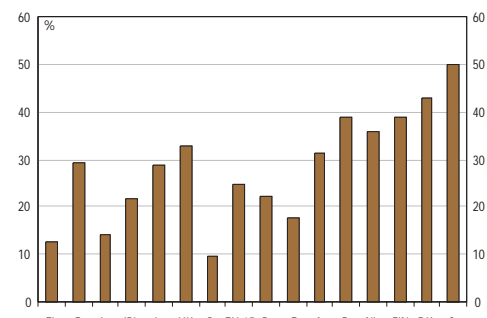
Kilde: Europæisk database - Kvinder i beslutningsprocessen

Figur 36 Kvindernes repræsentation i parlamenter, 2001



Kilde: Europæisk database - Kvinder i beslutningsprocessen

Figur 37 Procentvis andel af kvinder i nationale regeringer, foråret 2001



Kilde: Europæisk database - Kvinder i beslutningsprocessen

Beskæftigelse af kvinder og mænd

Mellem 1996 og 2001 steg beskæftigelsesraten for mænd i EU med næsten 3 procentpoint. I samme periode steg beskæftigelsesraten for kvinder imidlertid med 5 procentpoint, hvorved forskellen mellem de to køn mindskedes. Beskæftigelsesraten blandt mænd (73 %) er dog fortsat væsentlig højere end for kvinder (54,9 %). Kvindernes beskæftigelsesrate er højest i de tre nordiske lande, Det Forenede Kongerige og Nederlandene.

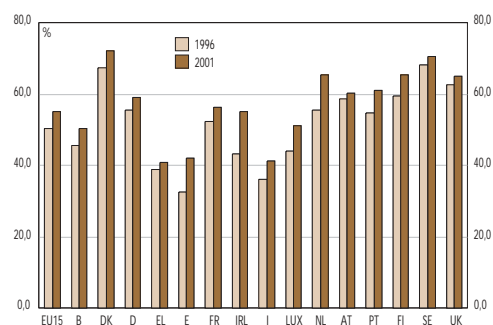
Nøgleindikator

Beskæftigelsesrate, 15-64-årige, 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Kvinder	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
Mænd	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

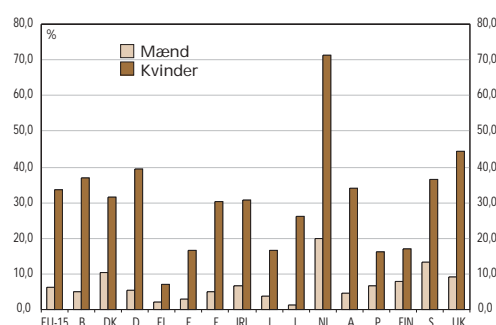
Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Figur 38 Kvinders beskæftigelsesrate (15-64-årige), 1996 og 2001



Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Figur 39 Procentdel af personer, der arbejder på deltid, fordelt på køn, 2001



Kilde: Eurostats kvartalsvise arbejdsstyrkedata (QLFD)

Mænds og kvinders indtjening

Det anslås, at kvinders bruttoindtjening pr. time i 1999 i EU som helhed var 16 % lavere end mænds bruttoindtjening. De mindste forskelle findes i Portugal, Italien, Belgien og Frankrig, de største i Det Forenede Kongerige og Irland. Forskellene er på EU-plan de samme som i 1998, 1997 og 1996. For at mindske de kønsbetingede lønforskelle mellem mænd og kvinder må både den direkte lønrelaterede forskelsbehandling og den indirekte forskelsbehandling, der er knyttet til deltagelse på arbejdsmarkedet samt valg af beskæftigelse og karriereudvikling tages i betragtning.

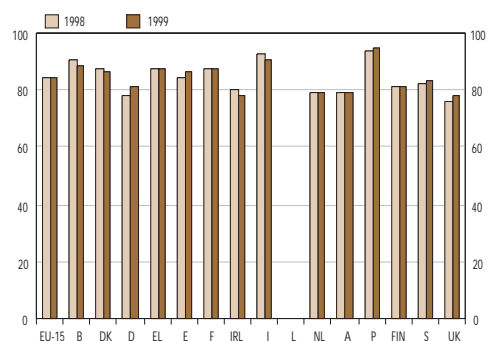
Nøgleindikator

Kønsbetinget lønforskel, ikke justeret (gennemsnitlig bruttoindtjening pr. time for kvinder som en procentdel af den gennemsnitlige bruttoindtjening pr. time for mænd. Befolkningen består af alle lønmodtagere mellem 16 og 64 år, der arbejder mindst 15 timer om ugen)

	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

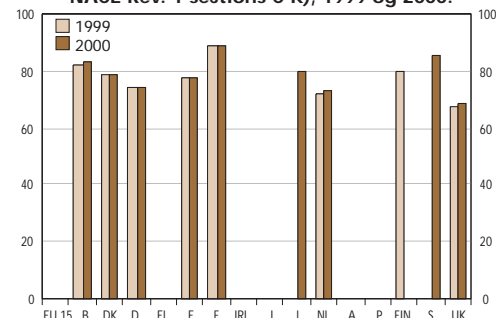
Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2002 (undtagen F: Arbejdsstyrkeundersøgelsen, NL og S: Undersøgelse af indkomststrukturen)

Figur 40 Kønsbetinget lønforskel, ikke justeret 1998 og 1999



Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2002 (undtagen F: Arbejdsstyrkeundersøgelsen, NL og S: Undersøgelse af indkomststrukturen)

Figur 41 Gennemsnitlig årlig bruttoindtjening for kvinder som en procentdel af den gennemsnitlige årlige bruttoindtjening for mænd (fuldtidsansatte, NACE Rev. 1 sections C-K), 1999 og 2000.



Kilde: Eurostat - Harmoniserede indkomststatistikker

Forventet levealder og sundhedstilstand

Den forventede levetid stiger stadig og er nu mindst 81 år for kvinder og 75 år for mænd. Kvinder lever længere end mænd i alle EU-landene. I EU som helhed kan kvinder forvente at leve til det 66. år og mænd til det 63. år uden at pådrage sig handicap.

Nøgleindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Forventet levetid ved fødslen, 2000																
Mænd	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
Kvinder	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

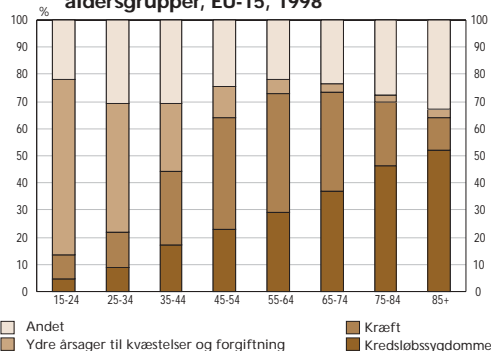
Bemærkning: 1999 data for D og EL
Kilde: Eurostat - Demografiske statistikker

Leveår med godt helbred (forventet handicapfri levetid ved fødslen), 1996

Mænd	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Kvinder	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

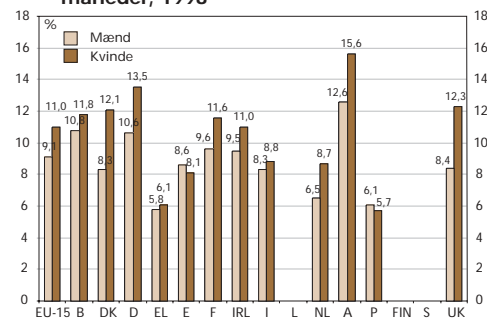
Kilde: Eurostat - Dødelighedsstatistikker og EF-husstandspanel

Figur 42 De vigtigste dødsårsager fordelt på aldersgrupper, EU-15, 1998



Kilde: Eurostat - Dødelighedsstatistikker

Figur 43 Procentdel af befolkningen, der har været hospitalindlagt inden for de seneste 12 måneder, 1998



Kilde: Eurostat - EF-husstandspanel - UDB, december 2001

Ulykker og erhvervsrelaterede sundhedsproblemer

Ca. 4 % af arbejdstagerne i EU var i 2000 ude for en arbejdsulykke, der resulterede i mere end tre dages fravær, mod 6,3 % for arbejdsulykker, der indebærer ingen eller højst tre dages fravær. Siden 1994 er antallet af arbejdsulykker med over tre dages fravær faldet med 11 % (værdien af 1998-indeksstallet = 100 var 99 i 2000 og 111 i 1994). I 1998-99 havde 5,4 % af alle lønmodtagere hvert år erhvervsrelaterede sundhedsproblemer. I alt ca. 510 mio. arbejdsdage gik tabt i 1999 på grund af arbejdsulykker (160 mio. dage) og erhvervsrelaterede sundhedsproblemer (350 mio. dage). Antallet af trafikdræbte hvert år er faldet med ca. 46 % siden 1970, selvom der blev alligevel registreret ca. 40 000 trafikdræbte på vejene i EU i 2001.

Nøgleindikator

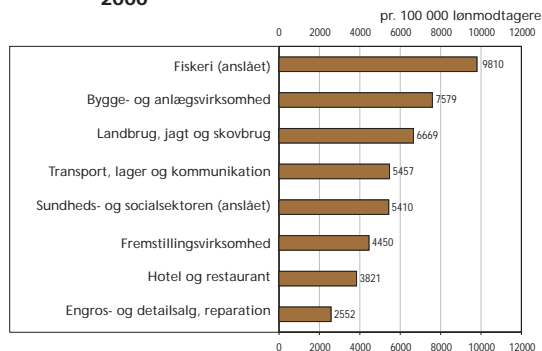
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Alvorlige arbejdsulykker (indeks over antallet af alvorlige arbejdsulykker pr. 100 000 i beskæftigelse (1998=100)), 2000																
I alt	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
18-24	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
45-5	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Dødelige arbejdsulykker (indeks over antallet af dødelige arbejdsulykker pr. 100 000 i beskæftigelse (1998=100)), 2000.

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

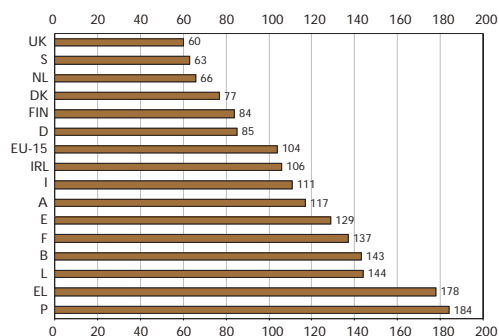
Kilde: Eurostat - Europæiske arbejdsulykkesstatistikker (ESAW)

Figur 44 Arbejdsulykker fordelt på erhverv, EU-15, 2000



Kilde: Eurostat - Europæiske arbejdsulykkesstatistikker (ESAW)

Figur 45 Antallet af trafikdræbte pr. 1 mio., 2001



Kilde: CARE (EF-databank vedrørende arbejdsulykker) og Eurostat - demografiske statistikker. Bemærkninger: B, I og UK: data fra nationale kilder 2000. Alle data fra 2001 er anslået.

Sociale nøgleindikatorer i medlemsstaterne

Nr	Nøgleindikator	Enhed	År	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Ældreforsørgerbyrden	%	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	Nettomigration pr. 1000 personer		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	Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - i alt	%	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	Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - mænd	%	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	Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - kvinder	%	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	Livslang læring - i alt	%	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	Livslang læring - mænd	%	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	Livslang læring - kvinder	%	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	Beskæftigelsesats (jf. nr. 19m & 19f)	%	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	Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - i alt	%	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	Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - mænd	%	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	Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - kvinder	%	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	Gennemsnitsalder ved pensionering - i alt	År	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	Gennemsnitsalder ved pensionering - mænd	År	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	Gennemsnitsalder ved pensionering - kvinder	År	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	Arbejdslededsats i % - i alt	%	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	Arbejdslededsats i % - mænd	%	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	Arbejdslededsats i % - kvinder	%	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	Ungdomsarbejdslededs i forhold til den samlede befolkning	%	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	Langtidsarbejdslededsats - i alt	%	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	Langtidsarbejdslededsats - mænd	%	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	Langtidsarbejdslededsats - kvinder	%	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	Udgifter til social sikring i procent af BNP.	%	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	Alders- og efterladteydelse i % af de samlede sociale ydelser	%	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	Offentlige udgifter til foranstaltninger i forbindelse med aktiv arbejdsmarkedspolitik i procent af BNP	%	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	Forskelle i indkomstfordeling	Sats	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	Fattigdomsrisiko før sociale overførsler	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Fattigdomsrisiko efter sociale overførsler	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Husstande uden job (0-65 År)	%	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	Husstande uden job (0-60 År)	%	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	Antallet af kvinder i de nationale parlamenter	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Beskæftigelsesats - mænd (jf. nr. 7)	%	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	Beskæftigelsesats - kvinder (jf. nr. 7)	%	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	Kønsbetingede lønforskelle, ikke-justeret	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82*	79	79	95	81	83	78
21am	Forventet levetid ved fødslen - mænd	År	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	Forventet levetid ved fødslen - kvinder	År	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	Leveår med godt helbred - mænd	År	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Leveår med godt helbred - kvinder	År	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Alvorlige arbejdsulykker - i alt indeks (1998 = 100)		2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Alvorlige arbejdsulykker - mænd indeks (1998 = 100)		2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Alvorlige arbejdsulykker - kvinder indeks (1998 = 100)		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Dødelige arbejdsulykker indeks (1998 = 100)		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

* = se kommentar under det tilsvarende punkt. Tallet kan stamme fra et andet år (det senest mulige) eller kan have en anden begrænsning

Forklarende noter til nøgleindikatorerne se side 36

Sociale nøgleindikatorer i de tiltrædende stater og kandidatlandene

Nr, Nøgleindikator	Unit	Year	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3 Ældreforsørgerbyrden	%	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 Nettomigrationpr. 1000 personer		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 Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - i alt	%	2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - mænd	%	2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f Personer med kort skolegang, og som ikke er i gang med anden almen/erhvervsfaglig uddannelse - kvinder	%	2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t Livslang læring - i alt	%	2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m Livslang læring - mænd	%	2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f Livslang læring - kvinder	%	2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7 Beskæftigelsesats (jf. nr. 19m & 19f)	%	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 Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - i alt	%	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 Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - mænd	%	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 Beskæftigelsesatsen blandt ældre arbejdstagere - kvinder	%	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 Gennemsnitsalder ved pensionering - i alt	years	2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m Gennemsnitsalder ved pensionering - mænd	years	2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f Gennemsnitsalder ved pensionering - kvinder	years	2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t Arbejdsløshedssats i % - i alt	%	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 Arbejdsløshedssats i % - mænd	%	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 Arbejdsløshedssats i % - kvinder	%	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 Ungdomsarbejdsløshed i forhold til den samlede befolkning	%	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 Langtidsarbejdsløshedssats - i alt	%	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 Langtidsarbejdsløshedssats - mænd	%	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 Langtidsarbejdsløshedssats - kvinder	%	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 Udgifter til social sikring i procent af BNP	%	2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13 Alders- og efterladteydelse i % af de samlede sociale ydelser	%	2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14 Offentlige udgifter til foranstaltninger i forbindelse med aktiv arbejdsmarkedspolitik i procent af BNP	%	2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15 Forskelle i indkomstfordeling	Sats	1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a Fattigdomsrisiko før sociale overførsler	%	1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b Fattigdomsrisiko efter sociale overførsler	%	1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a Husstande uden job (0-65 År)	%	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 Husstande uden job (0-60 År)	%	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*	:
18Antallet af kvinder i de nationale parlamenter	%	1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m Beskæftigelsesats - mænd (jf. nr. 7)	%	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 Beskæftigelsesats - kvinder (jf. nr. 7)	%	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 Kønsbetingede lønforskelle, ikke-justeret	%	1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am Forventet levetid ved fødslen - mænd	År	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 Forventet levetid ved fødslen - kvinder	År	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 Leveår med godt helbred - mænd	År	1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf Leveår med godt helbred - kvinder	År	1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at Alvorlige arbejdsulykker - i alt indeks (1998 = 100)		2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am Alvorlige arbejdsulykker - mænd indeks (1998 = 100)		2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af Alvorlige arbejdsulykker - kvinder indeks (1998 = 100)		2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b Dødelige arbejdsulykker indeks (1998 = 100)		2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

Forklarende noter til nøgelindikatorerne

- 3 På EU-plan svarede antallet af personer over 65 år til 24,3 % af det, som anses for at være befolkningen i den erhvervsdygtige alder (15-64 år) i 2001.
- 4 Nettomigrationen for EU i 2001 var på 3,1 pr. 1000 indbyggere.
- 5t I 2001 forlod 19,4 % af aldersgruppen 18-24 år i EU uddannelsessystemet uden at fuldføre en uddannelse ud over grunduddannelsen.
- 6t I hele EU havde 8,4 % af de 25-64-årige modtaget almen/erhvervsfaglig undervisning inden for de seneste fire uger før undersøgelsen i 2001.
- 7 I 2001 var 64 % af de 15-64-årige i beskæftigelse.
- 8at I 2001 var 38,6 % af de 55-64-årige i beskæftigelse.
- 8bt Gennemsnitsalderen ved pensionering fra arbejdsmarkedet var i 2001 59,9 år.
- 9t 7,4 % af arbejdsstyrken i EU (både den arbejdende del og den arbejdssøgende del) var ledige i 2001.
- 10 I 2001 var 7,3 % af EUs befolkning blandt de 15-24-årige ledige.
- 11t 3,2 % af arbejdsstyrken i EU (både den arbejdende del og den arbejdssøgende del) havde været ledig i mindst et år i 2001.
- 12 I 2000 udgjorde udgifterne til social sikring i EU 27,3 % af bruttonationalproduktet (BNP).
- 13 På EU-plan udgør ydelser i forbindelse med alderdom og dødsfald den største del af udgifterne til social sikring (46,4 % af de samlede ydelser i 2000).
- 14 I 2000 udgjorde de offentlige udgifter i forbindelse med aktiv arbejdsmarkedspolitik i EU 0,681 % af bruttonationalproduktet (BNP).
- 15 Som et gennemsnit i EU-medlemsstaterne i 1999 modtog de rigeste 20 % af en medlemsstats befolkning 4,6 gange så meget af medlemsstatens samlede indkomst som de fattigste 20 % af en medlemsstats befolkning.
- 16a På EU-plan før indregning af de sociale overførsler ville 24 % af befolkningen have levet under fattigdomsgrænsen i 1999.
- 16b På EU-plan efter indregning af de sociale overførsler ville 15 % af befolkningen have levet under fattigdomsgrænsen i 1999.
- 17a På EU-plan levede 12,1% af befolkningen i alderen 0-65 år i husstande hvoringen medlemmer var i beskæftigelse (bortset fra husstande hvoralle medlemmer var under 18 år, eller 18-24 år og underuddannelse eller 65 og derover aden beskæftigelse).
- 18 På EU-plan var 23 % af pladserne i de nationale parlamenter i 2001 besat med kvinder.
- 19 I 2001 var der 73 % /54,9 % mænd/kvinder i EU i aldersgruppen 15-64-årige i beskæftigelse.
- 20 På EU-plan var den gennemsnitlige indtjening pr. time for kvinder 84 % af den gennemsnitlige indtjening pr. time for mænd i 1999. Befolkningen består af alle lønmodtagere mellem 16 og 64 år, der arbejder mindst 15 timer om ugen).
- 21a I 2000 var den gennemsnitlige forventede levetid ved fødslen for en mand / for en kvinde i EU på 73,3 / 81,4 år.
- 21b En mand / kvinde i EU bør gennemsnitligt kunne leve indtil 63 / 66 uden handicap (tal fra 1996).
- 22at På EU-plan var der i 2000 1 % færre alvorlige arbejdsulykker (med mere end tre dages fravær) pr. 100 000 personer i beskæftigelse end i 1998.
- 22b På EU-plan var der i 2000 21 % færre dødelige arbejdsulykker pr. 100 000 personer i beskæftigelse end i 1998.

Eurostat Datashops

Belgique/ België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

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

Man taler følgende sprog:
ES, DE, EN, FR

France

INSEE Info service

Eurostat Datashops
195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Tlf. (33) 1 53 17 88 44
Fax (33) 1 53 17 88 22
E-mail: datashop@insee.fr
Member of the MIDAS Net

Man taler følgende sprog:
F

Danmark

DANMARKS STATISTIK

Bibliotek og Information
Eurostat Datashops
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tlf. (45) 39 17 30 30
Fax (45) 39 17 30 03
E-mail: bib@dst.dk
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Man taler følgende sprog:
DA, EN

Italia - Roma

Centro di informazione statistica — Sede di Roma

Eurostat Datashops
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tlf. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Member of the MIDAS Net

Man taler følgende sprog:
I

Deutschland

Statistisches Bundesamt Eurostat Data Shop Berlin

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

Man taler følgende sprog:
DE, EN

Italia - Milano

Ufficio regionale per la Lombardia

Eurostat Datashops
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tlf. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Member of the MIDAS Net

Man taler følgende sprog:
I

España

INE

Eurostat Datashops
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tlf. (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/>
Member of the MIDAS Net

Man taler følgende sprog:
ES, EN, FR

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tlf. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-2221
E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Member of the MIDAS Net

Man taler følgende sprog:
ES, DE, EN, FR, IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

Eurostat Data Shop — Voorburg
Postbus 4000
2270 JM Voorburg
Nederland
Tlf. (31-70) 337 49 00
Fax (31-70) 337 59 84
E-mail: datashop@cbs.nl

Man taler følgende sprog:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

INE/Serviço de Difusão
Av. António José de Almeida, 2
P-1000-043 Lisboa
Tlf. (351) 21 842 61 00
Fax (351) 21 842 63 64
E-mail: data.shop@ine.pt

Man taler følgende sprog:
EN, FR, PT

Norge

Statistics Norway

Library and Information Centre
Eurostat Datashops
Kongens gate 6
Boks 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Tlf. (47) 21 09 46 42/43
Fax (47) 21 09 45 04
E-mail: Datashop@ssb.no

Man taler følgende sprog:
EN, NO

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

Eurostat DataShop Helsinki
Tilastokirjasto
PL 2B
FIN-00022 Tilastokeskus
Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki
P. (358-9) 17 34 22 21
F. (358-9) 17 34 22 79
Sähköposti: datashop@stat.fi
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Man taler følgende sprog:
EN, FI, SV

Schweiz/Suisse

/ Svizzera

Svizzera

Statistisches Amt des Kantons Zürich

Eurostat Datashops
Bleicherweg 5
CH-8090 Zürich
Tlf. (41) 1 225 12 12
Fax (41) 1 225 12 99
E-mail: datashop@statistik.zh.ch
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Man taler følgende sprog:
DE, EN

Sverige

STATISTICS SWEDEN

Information service
Eurostat Datashops
Karlavägen 100
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Tlf. (46-8) 50 69 48 01
Fax (46-8) 50 69 48 99
E-post: info@scb.se
Internet:
<http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp>

Man taler følgende sprog:
EN, SV

USA

HAVER ANALYTICS

Eurostat Datashops
60 East 42nd Street
Suite 3310
New York, NY 10165
Tlf. (1-212) 986 93 00
Fax (1-212) 986 69 81
E-mail: eurodata@haver.com

Man taler følgende sprog:
EN

United Kingdom

Eurostat Data Shop

Office for National Statistics
Room 1.015
Cardiff Road
Newport
South Wales
NP10 8XG
data based on company ...
Tlf: (44) 1633 813369
Fax: (44) 1633 813333
E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk

Man taler følgende sprog:
EN

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