

2003

Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση

- Περίληψη -



Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση - 2003

– Περίληψη –

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	5
1 Βασικές κοινωνικές εξελίξεις	7
1.1 Η κοινωνική κατάσταση: Ευκαιρίες και προκλήσεις	7
1.2 Η δυναμική του πληθυσμού	7
1.3 Πρόσφατες εξελίξεις στην απασχόληση	8
1.4 Συνθήκες διαβίωσης	9
1.5 Τάσεις στην κατανομή του εισοδήματος	10
1.6 Τάσεις στις υποψήφιες χώρες	11
2 Υγεία και υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση	12
2.1 Η υγεία των Ευρωπαίων και η τρέχουσα Ευρωπαϊκή Ατζέντα	12
2.2 Πληθυσμός και υγεία	14
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού	15
2.4 Συστήματα υγειονομικής περίθαλψης	18
2.5 Μελλοντικές προκλήσεις για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης	20
3 Η ανθεκτικότητα του Ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου	22
Παραρτήματα	
Οι δείκτες	
Γήρανση του πληθυσμού	24
Μετανάστευση και άσυλο	24
Εκπαίδευση και τα αποτελέσματά της	25
Δια βίου μάθηση	25
Απασχόληση	26
Απασχόληση των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων	26
Ανεργία	27
Ανεργία των νέων	27
Μακροχρόνια ανεργία	28
Δαπάνες και έσοδα της κοινωνικής προστασίας	28
Κοινωνικές παροχές	29
Δαπάνες για την πολιτική της αγοράς εργασίας	29
Κατανομή του εισοδήματος	30
Νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα	30
Νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενους και με χαμηλόμισθους	31
Γυναίκες και άνδρες σε θέσεις λήψης αποφάσεων	31
Απασχόληση γυναικών και ανδρών	32
Αποδοχές γυναικών και ανδρών	32
Προσδόκιμο επιβίωσης και υγείας	33
Ατυχήματα και προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία	33
Βασικοί κοινωνικοί δείκτες ανά κράτος	34
Βασικοί κοινωνικοί δείκτες ανά προσχωρούσα /υποψήφια χώρα	35
Κέντρα διάθεσης εκδόσεων Eurostat (Datashops)	37

Πρόλογος

Η Έκθεση Κοινωνικής Κατάστασης ασχολείται με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ζουν στην Ευρώπη. Παρέχει μια ολιστική άποψη του πληθυσμού και των κοινωνικών του συνθηκών ως υπόβαθρο για την χάραξη κοινωνικής πολιτικής, επιπλέον, συμβάλλει στην παρακολούθηση των εξελίξεων του κοινωνικού τομέα σε όλα τα Κράτη-μέλη.

Η έκδοση αυτή αποτελεί περίληψη της έκθεσης. Διαιρείται σε δύο κύρια κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρέχει μια ανασκόπηση των κύριων κοινωνικών και οικονομικών τάσεων στην Ευρώπη, με την υποστήριξη στοιχείων και αριθμών. Στο δεύτερο κεφάλαιο, υπάρχει μια σύνθεση του ειδικού θέματος της χρονιάς, που αναφέρεται στηνκοινωνική διάσταση της

υγείας, και ιδίως στα ερωτήματα σχετικά με το πώς και γιατί βελτιώθηκε η υγεία των Ευρωπαίων πολιτών και σε ορισμένες πιθανές μελλοντικές προκλήσεις. Η έκδοση τελειώνει με μια σύντομη εξέταση του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου.

Όπως και τα προηγούμενα έτη, τα παραρτήματα της παρούσας έκδοσης παρουσιάζουν μια σειρά εναρμονισμένων κοινωνικών δεικτών για κάθε κράτος μέλος και για πρώτη φορά τους αντίστοιχους δείκτες για τα κράτη που προσχωρούν και τις υποψήφιες χώρες. Οι δείκτες παρέχουν μια πρώτη επισκόπηση της κοινωνικής κατάστασης. Επιπλέον, παρέχουν ένα ισχυρό εργαλείο για τη παρακολούθηση των κοινωνικών εξελίξεων διαχρονικά.



Κυρία Α. Διαμαντοπούλου
Μέλος της Επιτροπής
Απασχόληση και κοινωνικές
υποθέσεις



Κύριος Ρ. Solbes Mira
Μέλος της Επιτροπής
Οικονομικές και χρηματοδοτικές
υποθέσεις, Eurostat

1 Βασικές κοινωνικές εξελίξεις

1.1 Η κοινωνική κατάσταση: Ευκαιρίες και προκλήσεις

Η κοινωνική κατάσταση διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μακροχρόνιων εξελίξεων στη δομή του πληθυσμού και των βραχυπρόθεσμων ή μεσοπρόθεσμων αλλαγών στην οικονομία.

Μετά από μια πενταετία ισχυρής οικονομικής μεγέθυνσης, κατά την οποία δημιουργήθηκαν 12 εκατομμύρια θέσεις εργασίας και το ποσοστό απασχόλησης αυξήθηκε κατά τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες σε 64,0% του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, οι προοπτικές σήμερα είναι λιγότερο αισιόδοξες. Το 2001 το ποσοστό της οικονομικής μεγέθυνσης μειώθηκε σε 1,5%, δηλ. στο ήμισυ του επιπέδου που είχε επιτευχθεί το 2000, ενώ το 2002 η ανάκαμψη υπήρξε μάλλον αργή. Η απασχόληση ωστόσο, εξακολούθησε να αυξάνεται, αν και με αργό ρυθμό.

Στο μεταξύ, οι μεσοπρόθεσμες οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η κοινωνία από τη συνεχιζόμενη γήρανση του πληθυσμού της Ευρώπης γίνονται σαφέστερες. Σύντομα, η αύξηση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας στην Ευρώπη, η οποία διήρκεσε ολόκληρο τον περασμένο αιώνα, θα σταματήσει. Σε λιγότερο από μια δεκαετία ο αντίκτυπος από τη συνταξιοδότηση της γενιάς του baby-boom θα αρχίσει να γίνεται αισθητός σε όλη του την έκταση.

Οι διαρθρωτικές βελτιώσεις που πραγματοποιήθηκαν από το 1996 και μετά, καθώς και η επιτυχημένη έναρξη της κυκλοφορίας του ενιαίου νομίσματος οδήγησαν σε καλύτερες οικονομικές επιδόσεις σε ό,τι αφορά τη νομισματική και δημοσιονομική πολιτική και αύξησαν την ευελιξία στην αγορά εργασίας. Πέρα από τις καταφανείς συνεισφορές στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, κατά την περίοδο αυτή διευρύνθηκαν οι δυνατότητες άσκησης πολιτικής σε έναν αριθμό τομέων. Δημιουργήθηκαν νέες δυνατότητες αντιμετώπισης των διαρθρωτικών προβλημάτων στην απασχόληση, όπως είναι π.χ. η ανεργία των νέων και τα χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας των γυναικών και των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας. Η αυξημένη απασχόληση ελάφρυνε επίσης τις πιέσεις στα συστήματα κοινωνικής προστασίας και δημιούργησε μεγαλύτερα περιθώρια ελιγμών στη μεταρρύθμιση των συντάξεων. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου ευημερίας οι ανισότητες δεν αυξήθηκαν, ενώ τα αυξανόμενα ποσοστά απασχόλησης και οικονομικής μεγέθυνσης δημιούργησαν νέες ευκαιρίες για να αντιμετωπισθούν τα παρατεταμένα προβλήματα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Κατά την ίδια περίοδο υπήρξαν σημαντικές βελτιώσεις στην ικανότητα των κρατών μελών να υποστηρίζονται από την ΕΕ στην άσκηση πολιτικής. Η συνεργασία για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας έχει προστεθεί στις διαδικασίες που αφορούν το μακροοικονομικό συντονισμό και την απασχόληση, διαμόρφωνοντας ένα δυναμικό τρίγωνο αμοιβαίας ενίσχυσης των οικονομικών πολιτικών, των πολιτικών για την απασχόληση και των κοινωνικών πολιτικών.

Εξακολουθούν να υπάρχουν μείζονες προκλήσεις, ενώ με τη διέυρυνση δημιουργούνται και νέες. Απαιτείται αποφασιστική δράση έτσι ώστε να διατηρηθούν τα επιτεύγματα των προηγούμενων πέντε έως διαττά ετών και να αξιοποιηθούν οι

ευκαιρίες που δημιουργήθηκαν ώστε να συνεχιστεί η πορεία προς τη βιώσιμη ανάπτυξη και την απρόσκοπτη βελτίωση της κοινωνικής κατάστασης¹.

1.2 Η δυναμική του πληθυσμού

Οι εξελίξεις στη δημογραφική κατάσταση στην Ευρώπη αναμένεται ότι θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνική κατάσταση και θα δημιουργήσουν μείζονες προκλήσεις για την ευρωπαϊκή οικονομία.

Ο πληθυσμός της ΕΕ γερνάει

Ο πληθυσμός της ΕΕ γερνάει και τα ποσοστά εξάρτησης της τρίτης ηλικίας θα αυξηθούν. Παρόλο που η γονιμότητα αυξήθηκε ελαφρά από 1,45 παιδιά ανά γυναίκα το 1999 σε 1,47 το 2001, εξακολουθεί να βρίσκεται κάτω από το ποσοστό αντικατάστασης του 2,1%. Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται και η θνησιμότητα συγκεντρώνεται όλο και περισσότερο στην τρίτη ηλικία. Καθώς η γενιά του baby-boom αρχίζει να συνταξιοδοτείται, ο αριθμός των ατόμων στις ηλικιακές ομάδες της τρίτης ηλικίας τείνει να αυξάνεται. Σήμερα, τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν το 16% του συνόλου του πληθυσμού και τα άτομα κάτω των 15 ετών αντιπροσωπεύουν το 17% περίπου. Έως το 2010, τα ποσοστά αυτά θα μεταβληθούν σε 18% και 16%. Η εντυπωσιακότερη αύξηση θα σημειωθεί στον αριθμό των "ατόμων πολύ μεγάλης ηλικίας" (80 ετών και άνω), ο οποίος την επόμενη 15ετία θα αυξηθεί κατά 50% περίπου.

... και παρά τη μικρότερη ηλικιακή δομή στις χώρες που προσχωρούν, η διέυρυνση δεν θα μεταβάλει την τάση αυτή.

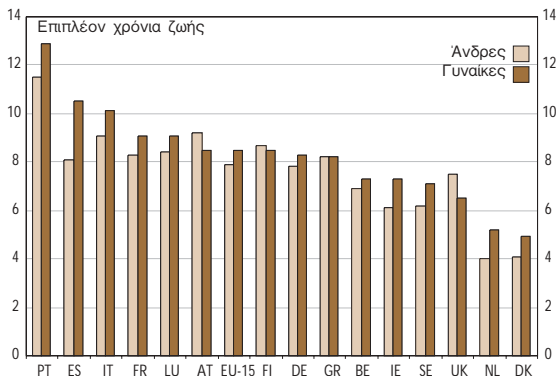
Λόγω των υψηλών επιπέδων γονιμότητας στις δεκαετίες του '70 και του '80, οι χώρες που προσχωρούν διαθέτουν σήμερα νεότερη ηλικιακή δομή από ό,τι η ΕΕ των 15 (ο πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών ανέρχεται σε 13% ενώ τα παιδιά κάτω των 15 ετών αποτελούν το 19%). Κατά συνέπεια η διέυρυνση θα έχει ως συνέπεια τη μείωση του μέσου όρου ηλικίας. Η επίπτωση όμως αυτή θα είναι ταυτόχρονα μικρή και προσωρινή. Μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, οι χώρες που προσχωρούν θα ενισχύσουν την τάση μείωσης του πληθυσμού της ΕΕ. Με δεδομένη τη διατήρηση εξαιρετικά χαμηλών επιπέδων γονιμότητας, η αναλογία των παιδιών στον πληθυσμό μειώνεται με ταχύ ρυθμό και έως το 2020 το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας θα προσεγγίσει στα Κράτη αυτά τα επίπεδα της ΕΕ των 15.

Ταυτόχρονα, η σταθερότητα της οικογένειας κλονίζεται και το μέγεθος των νοικοκυριών μειώνεται

Τα αυξανόμενα ποσοστά εξάρτησης της τρίτης ηλικίας θα επηρεάσουν την ικανότητά μας να αντιμετωπίσουμε τις ανάγκες περιθαλψής, οι οποίες ενδέχεται επίσης να αυξηθούν λόγω των εξελίξεων στη δομή της οικογένειας και των νοικοκυριών. Σήμερα πραγματοποιούνται λιγότεροι γάμοι και σε μεγαλύτερη ηλικία από ό,τι παλαιότερα, καθώς επίσης και περισσότερα διαζύγια. Το 2001 συνάφθηκαν μόνο 5 γάμοι ανά 1.000 κατοίκους της ΕΕ των 15 σε σύγκριση με σχεδόν 8 γάμους το 1970. Επιπροσθέτως, το εκτιμώμενο ποσοστό

¹ Μια πλήρης αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις αρχές του 2003 παρέχεται στο έγγραφο "Επιλέγοντας τη μεγέθυνση: Γνώση, καινοτομία και θέσεις εργασίας σε μια κοινωνία με συνοχή" Έκθεση στο εαρινό Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της 21ης Μαρτίου 2003 σχετικά με τη στρατηγική της Λισσαβώνας για την οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική ανανέωση, COM (2003)5 τελικό.

Σχήμα 1 Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μεταξύ 1960 και 2000



Πηγή: Eurostat - Στοιχεία 2000: εκτιμημένες τιμές για ΕΕ-15. Στοιχεία 1999 για ΓΕ και ΕΛ. Τα στοιχεία του 1960 για ΓΕ δεν περιλαμβάνουν την πρώην Αν. Γερμανία.

διαζυγίων για τους γάμους που συνάφθηκαν το 1960 είναι 15%, ενώ για τους γάμους που συνάφθηκαν το 1980 ο αριθμός σχεδόν διπλασιάστηκε και έφθασε το 28%. Η τάση για μείωση του μεγέθους των νοικοκυριών με αύξηση των ατόμων που ζουν μόνο σε όλες τις ηλικίες συνεχίζεται. Υπάρχει επίσης εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των παιδιών που ζουν με έναν ενήλικο, καθώς και μείωση του αριθμού των ζευγαριών με παιδιά. Το 2000, το 10% των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών ζούσαν με μόνο έναν ενήλικο σε σύγκριση με 6% το 1990. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των μόνων γονέων είναι γυναίκες. Με εξαίρεση την Πολωνία και την Κύπρο, η σταθερότητα του θεσμού της οικογένειας έχει διαταραχθεί σε σημαντικό βαθμό στις χώρες που προσχωρούν.

... ενώ οι μεταναστευτικές ροές διαδραματίζουν ολοένα σημαντικότερο ρόλο στην εξέλιξη του πληθυσμού.

Για περισσότερο από μια δεκαετία η καθαρή μετανάστευση υπήρξε ο κύριος παράγοντας αύξησης του πληθυσμού στην Ένωση. Σήμερα, όλα τα Κράτη μέλη δέχονται σημαντικές μεταναστευτικές ροές και το 2001 το ποσοστό της καθαρής μετανάστευσης ήταν 3,1 ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό που αντιπροσωπεύει περίπου το 74% της συνολικής αύξησης του πληθυσμού. Σε μερικές από τις χώρες που προσχωρούν η μετανάστευση είχε σημαντική επίπτωση στη δημογραφική τους κατάσταση. Ειδικότερα, στις χώρες της Βαλτικής ο συνολικός πληθυσμός σημείωσε μείωση λόγω της μεταναστευτικών εκρμών.

Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο τις επιπτώσεις της γήρανσης...

Η ευαισθητοποίηση σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού και οι αναμενόμενες επιπτώσεις της στην απασχόληση και την κοινωνική πολιτική αυξήθηκαν σημαντικά την τελευταία διετία. Τα κράτη μέλη έχουν δεσμευθεί να εργαστούν για το ζήτημα της γήρανσης στο πλαίσιο διαμόρφωσης υγιών δημόσιων οικονομικών, της προώθησης της απασχόλησης και της κοινωνικής προστασίας (δηλ. των συντάξεων, της υγείας και της μακροχρόνιας περίθαλψης) ενώ ταυτόχρονα θα

επανεξετάσουν τις εθνικές τους πολιτικές. Τα Κράτη που προσχωρούν ακολουθούν στενά σε πολλούς τομείς αυτές τις νέες συνεργασίες σχετικά με το ζήτημα της πληθυσμιακής γήρανσης.

... και λαμβάνουν μέτρα για να τις αντιμετωπίσουν σε εθνικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο ΕΕ.

Η γενική αξιολόγηση των σημερινών πολιτικών προσπαθειών είναι ότι τα περισσότερα Κράτη μέλη - και τα Κράτη που προσχωρούν - σκοπεύουν να εκμεταλλευθούν την ευκαιρία που αντιπροσωπεύει το χρονικό περιθώριο μέχρις ότου τα μεγάλα τμήματα της γενιάς του baby-boom αρχίσουν να συνταξιοδοτούνται. Έχουν την πρόθεση να προετοιμάσουν τα συνταξιοδοτικά τους συστήματα² και τα συστήματα υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης³ ώστε να εξακολουθήσουν την απρόσκοπτη επιδίωξη των κοινωνικών τους στόχων και να διατηρήσουν την οικονομική τους βιωσιμότητα όταν οι πιέσεις λόγω της γήρανσης θα αυξηθούν. Ηδη έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μειζόνες μεταρρυθμίσεις ενώ προετοιμάζονται και πολλές άλλες.

1.3 Πρόσφατες εξελίξεις στην απασχόληση

Το 2002 η ανεργία αυξήθηκε ελαφρά για πρώτη φορά από το 1996. Ωστόσο, παρά την οικονομική επιβράδυνση οι αγορές εργασίας έδειξαν σημαντική ανθεκτικότητα. Περισσότερες θέσεις εργασίας δημιουργήθηκαν παρά απωλέσθηκαν και το τελικό αποτέλεσμα ήταν μια ελαφρά αύξηση της απασχόλησης.

Αυτό σημαίνει ότι η ανάπτυξη και η εφαρμογή της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση και η νέα έμφαση στην προώθηση της κοινωνικής ένταξης βοήθησαν την Ένωση να οδηγηθεί σε μια πορεία βιώσιμης και υψηλότερης αύξησης της απασχόλησης που ανέρχεται σε 1,3% το χρόνο από το 1996⁴. Το ποσοστό της απασχόλησης αυξήθηκε σε 64% το 2001 και αναμένεται να φθάσει το 64,5% το 2002, το ποσοστό της ανεργίας μειώθηκε σε 7,4%, το χαμηλότερο ποσοστό της δεκαετίας, και παρόλο που αυξήθηκε το 2002, η αύξηση σε 7,6% ήταν ανεπαίσθητη⁵.

Παρόλο που το συνολικό ποσοστό απασχόλησης στη διευρυσμένη Ένωση θα είναι κάπως χαμηλότερο απ' ό,τι στην ΕΕ των 15, οι διαρθρωτικές αδυναμίες είναι σε μεγάλο βαθμό κοινές στα σημερινά και προσχωρούντα Κράτη μέλη, αν και η κλίμακά τους ενδέχεται να είναι διαφορετική. Οι μεγάλες προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν τα προσχωρούντα Κράτη μέλη είναι η ανάγκη για αύξηση της συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό και την απασχόληση, η διευκόλυνση της ροής εργατικού δυναμικού από τη γεωργία και τη βιομηχανία προς τις υπηρεσίες χωρίς να αυξηθούν οι περιφερειακές ανισότητες μεσοπρόθεσμα, και η αναβάθμιση και ενθάρρυνση των δεξιοτήτων σύμφωνα με τις ανάγκες των σύγχρονων οικονομιών της αγοράς που βασίζονται στη γνώση.

Η περαιτέρω πρόοδος στην επίτευξη της ατζέντας της Λισσαβώνας, συμπεριλαμβανομένης της πλήρους απασχόλησης απαιτεί αποφασιστική δράση για να αυξηθεί η συμμετοχή και η απασχόληση, να ενθαρρυνθεί η ποιότητα και η παραγωγικότητα της εργασίας και να δοθεί προώθηση στη συνοχή.

2 Πρόταση της Επιτροπής για μια κοινή έκθεση Επιτροπής-Συμβουλίου για επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις, COM (2002)774 τελικό.
 3 Πρόταση για μια κοινή έκθεση Επιτροπής-Συμβουλίου με θέμα: η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους: Στήριξη των εθνικών στρατηγικών για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας, COM (2002)774 τελικό.
 4 Για μια πληρέστερη αξιολόγηση των εξελίξεων όσον αφορά την απασχόληση στην περίοδο αυτή βλ. "ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΝΤΕ ΕΤΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ", COM (2002) 416 τελικό.
 5 Μια πρόταση για μια μελλοντική στρατηγική για την απασχόληση με βάση τις σημερινές αβεβαιότητες παρέχεται στο έγγραφο "Το μέλλον της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση (ΕΣΑ)" μια στρατηγική για την πλήρη απασχόληση και καλύτερες θέσεις εργασίας για όλους" COM (2003) τελικό .

Η διατήρηση της προσφοράς εργασίας θα εξαρτάται όλο και περισσότερο από την αύξηση των ποσοστών δραστηριότητας και απασχόλησης των γυναικών...

Μεταξύ του 1996 και του 2001, το ποσοστό απασχόλησης στην ΕΕ για τους άνδρες και τις γυναίκες αυξήθηκε κατά σχεδόν τρεις και πέντε ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα, μειώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων σε 18 ποσοστιαίες μονάδες. Σε ό,τι αφορά την ανεργία, και εδώ ενώ το χάσμα μεταξύ των φύλων μειώθηκε, παρέμεινε πάντως σημαντική ήτοι 2,3 ποσοστιαίες μονάδες το 2001. Αυτές οι πρόσφατες μειώσεις της απόστασης μεταξύ των φύλων αποτελούν ενθαρρυντική ένδειξη ότι η αντίστοιχη διαφορά στα ποσοστά ανεργίας θα μπορούσε να εκλείψει στο προσεχές μέλλον.

Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων παρατηρείται και στις χώρες που προσχωρούν. Ωστόσο, η αναλογία των γυναικών στο εργατικό δυναμικό είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι στα Κράτη μέλη της ΕΕ (46% σε σύγκριση με 42%). Η αναλογία των γυναικών που απασχολούνται σε διευθυντικές θέσεις είναι επίσης μεγαλύτερη: το 38% των διευθυντικών στελεχών στις χώρες που προσχωρούν είναι γυναίκες, σε σύγκριση με 34% στην ΕΕ. Ακόμη, στις χώρες που προσχωρούν, η εργασία με μερική απασχόληση είναι λιγότερο διαδεδομένη και πιο ισόρροπα κατανομημένη μεταξύ των φύλων: 6% των ανδρών (7% στην ΕΕ) και 9% των γυναικών (32% στην ΕΕ) εργάζονται με μερική απασχόληση.

...και των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας...

Συνολικά, το 38,5% του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 55-64 ετών εργαζόταν το 2001. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά χαμηλότερο από το στόχο της Στοκχόλμης για απασχόληση του 50% του πληθυσμού έως το 2010. Η μέση ηλικία κατά την οποία οι εργαζόμενοι εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας το 2001 ήταν τα 59,9 έτη. Η πρόκληση είναι να αυξηθεί η ηλικία αυτή κατά περίπου πέντε χρόνια έως το 2010 σύμφωνα με το αίτημα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου στη Βαρκελώνη. Οι πρόσφατες βελτιώσεις στην απασχόληση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας σε μερικά Κράτη μέλη δείχνουν ότι η τάση μείωσης της συμμετοχής στην απασχόληση μπορεί να αντιστραφεί εάν καταβληθούν εντονότερες προσπάθειες. Στις χώρες που προσχωρούν τα ποσοστά απασχόλησης των εργαζομένων ηλικίας 55-64 ετών είναι ακόμα χαμηλότερα, αλλά την τελευταία διετία σταθεροποιήθηκαν και άρχισαν να βελτιώνονται.

Από μια διαφορετική οπτική γωνία -δηλ. με δεδομένη την τρέχουσα και μελλοντική δυναμική που οδηγεί σε συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας- είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι τα περισσότερα Κράτη μέλη διαθέτουν σημαντικά αποθέματα εργατικού δυναμικού μεταξύ των γυναικών και των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας. Υπό την προϋπόθεση ότι τα εμπόδια που υπάρχουν για συμμετοχή των κατηγοριών αυτών θα εκλείψουν, θα υπάρξει κάποια δυνατότητα αντιστάθμισης της επίπτωσης από την πληθυσμιακή γήρανση στο μέγεθος του εργατικού δυναμικού.

...καθώς και από το μέγεθος και τη μορφή της μετανάστευσης και της ενσωμάτωσης των μεταναστών.

Τα δημογραφικά σενάρια με βάση την υπόθεση για σταθερές μεταναστευτικές εισροές και υπό την προϋπόθεση ότι οι στόχοι απασχόλησης που ορίστηκαν στη Λισσαβόνα θα επιτευχθούν, δείχνουν ότι, μετά το 2010, ο συνολικός όγκος της απασχόλησης στην ΕΕ των 15 θα μειώνεται λόγω της συρρίκνωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Περισσότερο από ό,τι στο παρελθόν, η αύξηση της παραγωγικότητας θα διαδραματίζει ένα ακόμη πιο ζωτικό ρόλο για την οικονομική μεγέθυνση. Η μετανάστευση θα αποτελέσει επίσης σημαντικό παράγοντα από αυτή την άποψη, ιδιαίτερα μετά την πλήρη απορρόφηση των σημερινών αποθεμάτων εργατικού δυναμικού εντός του υπάρχοντος πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Είναι φανερό ότι οι θετικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες της μετανάστευσης εξαρτώνται από την ικανότητα των Κρατών μελών να εξασφαλίσουν την πλήρη ενσωμάτωση των νεοεισερχομένων και των παιδιών τους στην απασχόληση και στον ευρύτερο κοινωνικό ιστό των ευρωπαϊκών κοινωνιών. Η επιτυχημένη ενσωμάτωση των μεταναστών μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της οικονομικής μεγέθυνσης και να ενισχύσει την κοινωνική συνοχή.

Η αύξηση της απασχόλησης συνεπάγεται, επίσης, την δημιουργία περισσότερων ποιοτικών θέσεων εργασίας<

Πάνω από τα δύο τρίτα των νέων θέσεων εργασίας που δημιουργήθηκαν μεταξύ του 1996 και του 2001 απαιτούσαν υψηλές δεξιότητες, καθώς η οικονομία της γνώσης έγινε καθήμερη πραγματικότητα. Σήμερα, σε πάνω από το 50% του συνόλου των θέσεων εργασίας απαιτείται η χρήση υπολογιστή. Πράγματι, οι πρόσφατες εργασίες της Επιτροπής έδειξαν ότι οι οικονομίες της ΕΕ με μερίδια θέσεων εργασίας υψηλότερης ποιότητας έχουν επίσης καλύτερες επιδόσεις και από άποψη απασχόλησης και παραγωγικότητας. Υπάρχει όμως και ένας σημαντικός αριθμός θέσεων εργασίας χαμηλότερης ποιότητας. Παρόλο που, για τους νέους και τα άτομα με υψηλές δεξιότητες, αυτές οι θέσεις εργασίας λειτουργούν συχνά ως εφελπτήριο προς τη σταθερότερη απασχόληση, δεν συμβαίνει το ίδιο για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας και τους ανειδίκευτους. Όταν αυτές οι ομάδες εργάζονται με προσωρινές συμβάσεις εργασίας ή με μερική απασχόληση παρά τη θέλησή τους ή σε θέσεις εργασίας που δεν τους παρέχουν κατάρτιση, παραμένουν παγιδευμένοι σε κύκλους ανεργίας, αεργίας και απασχόλησης με χαμηλές δεξιότητες. Για το λόγο αυτό η προσπάθεια για την προώθηση της κινητικότητας προς θέσεις εργασίας με υψηλότερες δεξιότητες και καλύτερη ποιότητα αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την προώθηση υψηλότερων και περισσότερο βιώσιμων επιπέδων απασχόλησης.

1.4 Συνθήκες διαβίωσης

Με βάση μετρήσεις των εξελίξεων στο εισόδημα και την κατανάλωση, φαίνεται ότι οι συνθήκες διαβίωσης εξακολουθούν να βελτιώνονται. Η μέση ετήσια αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος κυμαίνονταν γύρω στο 1,5% στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ενώ η διάμεσος του ετήσιου καθαρού εισοδήματος στην ΕΕ των 15 ήταν περίπου 11.700 ΜΑΔ⁶ το 1998. Είναι φανερό ότι αυτή η διάμεσος καλύπτει σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών μελών καθώς και σημαντικές ανισότητες στο εσωτερικό των κρατών μελών. Το "βόρειο" ήμισυ της Ένωσης αναφέρει υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος και τείνει να παρουσιάζει μικρότερες ανισότητες ως προς το

6 Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης για τη διόρθωση των διαφορών ως προς την αγοραστική δύναμη μεταξύ των χωρών που εξετάστηκαν

εισόδημα από ό,τι τα Κράτη μέλη του νότου. Ομοίως η μέση κατανάλωση έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Στη Γερμανία, παραδείγματος χάρη, που αποτελεί τυπικό παράδειγμα μεταξύ των Κρατών μελών από αυτή την άποψη, η μέση κατανάλωση αυξήθηκε κατά περίπου 2,6% το χρόνο σε επίπεδο νοικοκυριού.

Οι συνθήκες διαβίωσης αντικατοπτρίζονται στην αντίληψη που έχουν οι πολίτες για την ποιότητα της ζωής τους.

Το 2002, οι Ευρωπαίοι ήταν πολύ ή αρκετά ευχαριστημένοι με τη ζωή τους γενικά (78% σε σύγκριση με 77% πριν από δύο χρόνια) και από αυτούς το 20% περίπου (σε σύγκριση με το 17% το 2000) δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι. Οι περισσότερο ικανοποιημένοι πολίτες ζουν στη Σουηδία (95%) και στη Δανία (94%) ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σημειώνονται στην Πορτογαλία (50%) και στην Ελλάδα (49%). Όπως και κατά τα προηγούμενα χρόνια, φαίνεται ότι οι άνδρες είναι πιο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους από ό,τι οι γυναίκες, και οι νέοι περισσότερο ικανοποιημένοι από ό,τι οι ηλικιωμένοι. Μεγάλο μέρος των διακρίσεων ως προς την αντίληψη της ποιότητας ζωής στην ΕΕ των 15 μπορεί να εξηγηθεί από τις διαφορές ως προς την αντίληψη της κατάστασης της υγείας.

Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και εκείνα που έχουν υψηλότερο εισόδημα εμφανίζονται πιο ικανοποιημένα σε ό,τι αφορά την αντίληψη για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους, και αυτό αντικατοπτρίζει τις ανισότητες ως προς την κοινωνικοοικονομική θέση. Επιπλέον, η αντίληψη για την υγεία είναι γενικά χαμηλότερη μεταξύ των ηλικιωμένων.

Τα περισσότερα άτομα που απάντησαν στο Ευρωβαρόμετρο 2002 έδωσαν μεγαλύτερη προτεραιότητα στη δημόσια δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη από ό,τι για άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση ή η κοινωνική μέριμνα, και θεωρούν ότι η ποιότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ένα από τα τρία σημαντικότερα θέματα που αντιμετωπίζει η κοινωνία μας σήμερα.

1.5 Τάσεις στην κατανομή του εισοδήματος

Το εισόδημα αποτελεί ένα από τους κύριους παράγοντες καθορισμού του επιπέδου ζωής. Η κατανομή του εισοδήματος είναι επίσης σημαντική σε σχέση με τη σχετική φτώχεια και τους κινδύνους του κοινωνικού αποκλεισμού. Το Κράτος Πρόνοιας παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακατανομή του πρωτογενούς εισοδήματος, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τις ανισότητες και τη φτώχεια.

Μια πρόσφατη έκθεση⁷ αποκαλύπτει ότι υπήρξαν μεγάλες αλλαγές σε ό,τι αφορά τις ανισότητες του εισοδήματος στο εσωτερικό πολλών κρατών μεταξύ του 1980 και του 1997 - στις περισσότερες περιπτώσεις οι εισοδηματικές ανισότητες διευρύνθηκαν. Στη διάρκεια της οικονομικής μεγέθυνσης στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του '90 είναι άξιο προσοχής το γεγονός ότι η ανισότητα κατά μέσο όρο παρουσίασε κάποιες τάσεις μείωσης.

Όπως είναι φανερό, το γεγονός αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η πρόσφατη οικονομική μεγέθυνση είχε ως κινητήρια δύναμη, κατά μεγάλο μέρος, την απασχόληση. Οι εργαζόμενοι έχουν τις λιγότερες πιθανότητες να απειληθούν από τη φτώχεια⁸ και

οι άνεργοι τις περισσότερες (είναι πέντε φορές πιθανότερο να απειλούνται από τη φτώχεια από ό,τι οι εργαζόμενοι). Το 1998, οι συνταξιούχοι και οι αυτοαπασχολούμενοι είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να απειληθούν από τη φτώχεια από ό,τι οι εργαζόμενοι, τα παιδιά είχαν τρεις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες και οι λοιπές ομάδες οικονομικά αέργων τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες.

Ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού παραμένει υψηλός...

Παρά τις σημαντικές αναδιανεμητικές συνέπειες της κοινωνικής προστασίας, η καταπολέμηση της φτώχειας και η προώθηση της κοινωνικής ένταξης εξακολουθούν να συγκαταλέγονται στις βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ένωση. Τα πρόσφατα αποτελέσματα της έρευνας του Ευρωβαρομέτρου το 2001 δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό ατόμων εξακολουθούν να θεωρούν τον εαυτό τους φτωχό υπό την έννοια ότι το καθαρό τους εισόδημα είναι χαμηλότερο από το ποσοστό που τα ίδια κρίνουν απολύτως αναγκαίο. Αυτή η υποκειμενική έννοια εκτίμησης της φτώχειας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών -μεταξύ 9% στη Δανία και 66% στην Πορτογαλία. Η έρευνα δείχνει επίσης ότι η διάρκεια της φτώχειας σε ατομικό επίπεδο τείνει να είναι μεγαλύτερη στις χώρες του νότου -δεκατέσσερα ή δεκαπέντε χρόνια περίπου- σε σύγκριση με τις χώρες του βορρά όπου κυμαίνεται στα δύο έως τρία χρόνια. Το Ευρωβαρόμετρο επιπλέον δείχνει ότι η φτώχεια συνδέεται στενά με την κοινωνική απομόνωση και ότι επηρεάζεται ισχυρά από τη χαμηλή ποιότητα της απασχόλησης, και ιδίως της χαμηλής ποιότητας των επαγγελματικών καθηκόντων, τον επισφαλή χαρακτήρα της εργασίας και την ανεπαρκή κατάρτιση.

Η κοινωνική ένταξη συνδέεται στενά με την απασχόληση ή/και το εισόδημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην κοινωνία της γνώσης οι νέες τεχνολογίες αντιπροσωπεύουν ταυτόχρονα ευκαιρία και απειλή για την ένταξη των μειονεκτούντων ατόμων. Οι εργασίες της ESDIS (ομάδα υψηλού επιπέδου για την οικονομική και κοινωνική διάσταση της κοινωνίας της πληροφορίας) τόνισαν το γεγονός αυτό, το οποίο έλαβε και πολιτική προτεραιότητα με τα ψηφίσματα του Συμβουλίου για την ψηφιακή ένταξη (e-inclusion) τον Οκτώβριο του 2001 και την ψηφιακή προσβασιμότητα (e-accessibility) για άτομα με αναπηρία το 2002.

... και διαφοροποιείται σημαντικά στην Ένωση...

Τα ποσοστά φτώχειας των νοικοκυριών διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των Κρατών μελών (με βάση το 60% του διαμέσου εθνικού ισοδύναμου εισοδήματος ως κατώφλι της φτώχειας). Το 1998 η διαφορά μεταξύ των Κρατών μελών με το υψηλότερο και το χαμηλότερο ποσοστό φτώχειας ήταν 14 ποσοστιαίες μονάδες. Μεταξύ του 1995 και του 1998, έξι από τα δώδεκα Κράτη μέλη που διαθέτουν στοιχεία για τα δύο αυτά έτη μείωσαν τα ποσοστά φτώχειας τους. Παρόλα αυτά, το συνολικό ποσοστό φτώχειας στην ΕΕ των 15 το 1998 ήταν το ίδιο όπως το 1995.

Γενικά, τα Κράτη μέλη του νότου έχουν το χαμηλότερο διάμεσο καθαρό ισοδύναμο εισοδήματος σε ΜΑΔ αλλά ταυτόχρονα και το υψηλότερο επίπεδο ανισότητας του εισοδήματος σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας για τις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής

7 Βλ. "Οι εξελίξεις του εισοδήματος", έκθεση για την κατανομή του εισοδήματος, τη φτώχεια και την ανακατανομή, Υπηρεσία κοινωνικού και πολιτισμικού προγραμματισμού των Κάτω Χωρών, που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ΓΔ Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων (σειρά μελετών E1 2002). http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move.html

8 Η απειλή της φτώχειας ορίζεται ως εισόδημα χαμηλότερο του 60% του διαμέσου ισοδύναμου εισοδήματος.

Κοινοτήτας (ECHP) για το 1998. Τα κράτη μέλη της Σκανδιναβίας παρουσιάζουν τη χαμηλότερη ανισότητα, ενώ το υψηλότερο καθαρό ισοδύναμο εισόδημα (μετρούμενο με τη διάρκεια) καταγράφεται στο Λουξεμβούργο, στο Βέλγιο και στις Κάτω Χώρες.

... αλλά στην ΕΕ των 15 θα ήταν πολύ υψηλότερα χωρίς τον αναδιανεμητικό αντίκτυπο των κοινωνικών παροχών.

Το αναδιανεμητικό αποτέλεσμα⁹ των παροχών κοινωνικής προστασίας υπερβαίνει σημαντικά το αναδιανεμητικό αποτέλεσμα των φόρων. Οι κοινωνικές παροχές μειώνουν την ανισότητα του εισοδήματος, βάσει μετρήσεων με το συντελεστή Gini¹⁰, κατά 30% έως 40% περίπου. Η προοδευτικότητα των παροχών είναι σχετικά μεγάλη στη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες, το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτό σημαίνει ότι τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα στις χώρες αυτές λαμβάνουν σχετικά υψηλότερο ποσοστό κοινωνικών παροχών απ' ό,τι τα νοικοκυριά στη Φινλανδία, τη Δανία και τη Σουηδία. Στην περίπτωση όμως της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, η μείωση της ανισότητας μεταξύ της κατανομής του ακαθάριστου και του εγγυημένου από την αγορά εισοδήματος είναι μάλλον μέτρια. Αυτό συμβαίνει επειδή το μερίδιο της κοινωνικής ασφάλισης στο εθνικό εισόδημα σε αυτές τις χώρες είναι σχετικά χαμηλό.

Υπάρχουν παροχές σε πολλές κατηγορίες και διαφέρουν ως προς τον αριθμό των αποδεκτών και ως προς τα ποσά. Η μείωση της φτώχειας με βάση όλες τις παροχές, αν μετρηθεί με απλή σύγκριση του εισοδήματος "πριν και μετά τις παροχές", είναι 25 ποσοστιαίες μονάδες¹¹. Το κύριο μέρος της μείωσης της φτώχειας οφείλεται στις παροχές σύνταξης και επιζώντων (15 μονάδες). Οι παροχές ανεργίας, οι οικογενειακές παροχές και οι παροχές ασθένειας/αναπηρίας έχουν ίσες συνέπειες στη μείωση της φτώχειας -κατά τρεις περίπου μονάδες η κάθε μία.

1.6 Τάσεις στις υποψήφιες χώρες

Παρόλο που τα περισσότερα κράτη που προσχωρούν έκαναν πρόοδο κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του '90, ως προς τη μείωση της διαφοράς στο εισόδημα σε σχέση με τα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι διαφορές εξακολουθούν να είναι σημαντικές. Το 2000, σε οκτώ από τις χώρες που προσχωρούν, το κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ ήταν κάτω από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ, με βάση τη μέτρηση σε μονάδες αγοραστικής δύναμης.

Επιπροσθέτως, η κατανομή του εισοδήματος στις χώρες που προσχωρούν έτεινε να παρουσιάζει μεγαλύτερες ανισότητες. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις οκτώ χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης¹². Την τελευταία δεκαετία, στην Ανατολική Ευρώπη σημειώθηκαν σημαντικές αυξήσεις της φτώχειας και των ανισοτήτων. Το τελευταίο χρονικό διάστημα η κατάσταση έχει σταθεροποιηθεί. Οι ανισότητες και η φτώχεια δεν αυξάνονται πλέον, αλλά οι κοινωνικές επιπτώσεις από την ταχεία αύξηση των ανισοτήτων κατά την πρώτη φάση της μεταβατικής περιόδου χρειάζονται περαιτέρω προσοχή.

... αυξάνεται η ευαισθητοποίηση για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων...

Η φτώχεια βρίσκεται στην ατζέντα της πολιτικής όλων των χωρών που προσχωρούν, αλλά η ευρύτερη έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού που υποκρύπτει την πολλαπλή στέρηση δεν καλύπτεται επαρκώς. Ωστόσο, στον κοινωνικό αποκλεισμό αποδόθηκε προτεραιότητα τα τελευταία χρόνια, συχνά αντικατοπτρίζοντας την χάρση της σχετικής πολιτικής από την πλευρά της ΕΕ. Οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι η ανεργία, η διάλυση της οικογένειας και η περιορισμένη ικανότητα της κοινωνικής προστασίας και της απασχόλησης να εξασφαλίσουν επαρκές εισόδημα και πόρους σε πολλές από τις υποψήφιες χώρες. Επιπλέον, η κάλυψη και οι επιδόσεις των προγραμμάτων κοινωνικής βοήθειας καθιστούν ιδιαίτερα δυσχερή την αντιμετώπιση των προβλημάτων κοινωνικού αποκλεισμού.

... όπως και οι δυνατότητες στήριξης από τη συνεργασία στα πλαίσια της ΕΕ.

Η σημασία της αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων υπογραμμίστηκε πρόσφατα, το Δεκέμβριο του 2002, από το Συμβούλιο, το οποίο ενέκρινε αναθεωρημένους κατάλληλους στόχους της ΕΕ για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι αναθεωρήσεις ενισχύουν τους στόχους που εγκρίθηκαν για πρώτη φορά στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Νίκαια το 2000 αλλά ταυτόχρονα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διάσταση του φύλου, στις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και στην ανάγκη μείωσης του αριθμού των ατόμων που απειλούνται από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτοί οι στόχοι θα αποτελέσουν τα θεμέλια για την προετοιμασία μιας δεύτερης γενιάς διετών εθνικών σχεδίων δράσης κατά της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, που αναμένεται να καταρτιστούν από όλα τα Κράτη μέλη έως τον Ιούλιο του 2003. Ο στόχος είναι να υπάρξει εκμετάλλευση και παγίωση της προόδου που συντελέστηκε για την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό χάρη στην ανοικτή μέθοδο συντονισμού που άρχισε να εφαρμόζεται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Λισσαβόνα το 2000.

Σήμερα, η διεύρυνση από την ΕΕ των 15 στην ΕΕ των 25 είναι γεγονός. Μαζί με τη διεύρυνση μπορούμε να περιμένουμε σημαντικές αλλαγές στη γενική κοινωνική κατάσταση της Ένωσης. Αναμένεται να αυξηθούν οι πολιτικές προκλήσεις σε ό,τι αφορά την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και διαφόρων μορφών ανισοτήτων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας. Οι περιφερειακές ανισότητες και τα προβλήματα κοινωνικής συνοχής θα είναι μεγαλύτερα. Επομένως, από τη στιγμή που οι διαφορές μεταξύ των κρατών μελών θα αυξηθούν σημαντικά θα υπάρξει επιτακτική ανάγκη για όργανα συνεργασίας ικανά να γεφυρώσουν τέτοιου είδους διαφορές με εποικοδομητικό τρόπο.

9 Τα αποτελέσματα προέρχονται από την έκθεση "οι εξελίξεις του εισοδήματος" και αναφέρονται κυρίως στα στοιχεία του ECHP για το 1997.

10 Ο συντελεστής Gini είναι ένας δείκτης σύγκρισης της τρέχουσας κατανομής του εισοδήματος σε ολόκληρο το φάσμα του εισοδήματος με ένα είδος θεωρητικά ιδανικής κατανομής κατά την οποία όλοι διαθέτουν το ίδιο εισόδημα (gini = 0 τοις εκατό). Ένα gini ίσο με 100 τοις εκατό σημαίνει ότι ένα και μόνο άτομο διαθέτει το σύνολο του εισοδήματος.

11 Το ποσοστό αυτό είναι ενδεικτικό του μεγέθους. Πάντως δεδομένου ότι υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν τις δύο καταστάσεις δεν θα πρέπει να αποδοθεί η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο συντελεστών Gini μόνο στις επιπτώσεις από τις κοινωνικές παροχές.

12 Ευρωπαϊκή Επιτροπή, "Για την επιτυχία της διεύρυνσης", έγγραφο στρατηγικής και έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την πρόοδο προς την προσχώρηση που πραγματοποιήθηκε από κάθε μια από τις υποψήφιες χώρες, σ. 13

2 Υγεία και υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση

2.1 Η υγεία των Ευρωπαίων και η τρέχουσα Ευρωπαϊκή Ατζέντα

Η υγεία αποτελεί το ειδικό θέμα της εφειτηνής έκθεσης. Η υγεία και η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν θέματα με πολύ μεγάλη προτεραιότητα για τους Ευρωπαίους (Ευρωβαρόμετρο 2002). Η παρούσα έκθεση παρουσιάζει τη σημερινή κατάσταση της υγείας των Ευρωπαίων και προσδιορίζει τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας τους.

Παρόλο που ο τομέας της υγείας παίζει πρωταρχικό ρόλο στη θεραπεία των ασθενειών και τη διατήρηση της καλής υγείας, η συνολική κατάσταση της υγείας των πολιτών διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από τις κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες και από τον τρόπο ζωής. Η οργάνωση της υγείας και της μακροχρόνιας περίθαλψης παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στην Ένωση. Πέρα από αυτές τις διαφορές υπάρχουν και ουσιαστικές ομοιότητες και -όπως δείχνει η έκθεση- τα Κράτη μέλη αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό ταυτόσημες σημερινές και μελλοντικές προκλήσεις στο χώρο των πολιτικών για τον τομέα της υγείας. Δύο από τις προκλήσεις αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον: από τη μία, υπάρχει μια συνεχής ανάγκη αριστοποίησης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στις ισχυρές δυνάμεις που δημιουργούν διαρθρωτικές αλλαγές όπως η γήρανση και οι νέες τεχνολογίες στον τομέα της υγείας. Από την άλλη, υπάρχει ένα ευρύ πεδίο για την ανάπτυξη δημιουργικότερης συνέργιας μεταξύ των πολιτικών υγείας και των άλλων πολιτικών που επηρεάζουν τους περιβαλλοντικούς και τους κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία.

Η υγεία είναι πλούτος

Η κατάσταση της υγείας των πολιτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα της παραγωγικής ικανότητας της κοινωνίας και οι βελτιώσεις στον τομέα της υγείας μπορούν να βελτιώσουν τη δυνατότητα ανάπτυξης.¹³ Αυτό συμβαίνει επειδή η καλύτερη υγεία περιέχει ένα δυναμικό υψηλότερης παραγωγικότητας, μεγαλύτερης διάρκειας της επαγγελματικής ζωής και χαμηλότερου κόστους (λιγότερες απουσίες λόγω ασθένειας, μειωμένες ανάγκες θεραπείας, λιγότερες αναπηρίες, κ.ο.κ.¹⁴).

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μέρος των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στα Κράτη μέλη. Από τη θέση αυτή αποτελεί ένα από τα θέματα της νέας συνεργασίας¹⁵ για τον εκσυγχρονισμό και της βελτίωσης της κοινωνικής προστασίας, που εντάσσεται στην ευρύτερη στρατηγική της Λισσαβώνας. Η προσβασιμότητα, η ποιότητα και η βιωσιμότητα έχουν αναγορευθεί σε κοινούς στόχους τους οποίους προσπαθούν να επιτύχουν τα Κράτη μέλη με τις πολιτικές τους για την υγειονομική περίθαλψη. Είναι επίσης σαφές ότι οι συνέπειες

διατήρησης του εισοδήματος που έχουν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας βοηθούν στη διατήρηση της κατάστασης της υγείας των πολιτών. Παραδείγματος χάρη, τα συνταξιοδοτικά συστήματα συμβάλλουν κατά μεγάλο βαθμό στη διατήρηση της υγείας των πολιτών μεγαλύτερης ηλικίας, συμβάλλοντας στη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου ζωής μετά τη συνταξιοδότηση.

Είναι φανερό ότι οι συνέπειες των επενδύσεων στην υγεία δεν εξαρτώνται μόνο από το ύψος των ποσών που δαπανώνται, αλλά και από το πού, πότε και πώς δεσμεύονται οι πόροι. Η απόδοση των επενδύσεων για καλύτερη υγεία μπορεί -μεταξύ άλλων- να είναι ιδιαίτερα αυξημένη εάν οι προσπάθειες κατευθύνονται προς κοινωνικές ομάδες ή περιοχές όπου η μέση κατάσταση υγείας είναι κακή ή ιδιαίτερα απειλούμενη. Οι ανισότητες ως προς την κατάσταση της υγείας συνδέονται με ευρύτερες ανισότητες της κοινωνίας. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό πλήττονται ιδιαίτερα από προβλήματα υγείας. Οι πολιτικές των κρατών μελών που στοχεύουν στην καταπολέμηση της φτώχειας, τη μείωση των ανισοτήτων και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης, καθώς και η νέα ευρωπαϊκή συνεργασία για τα θέματα αυτά, έχουν θετική επίδραση στην κατάσταση της υγείας των φτωχών και βελτιώνουν το επίπεδο συνοχής της κοινωνίας.

Κατά συνέπεια, η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη βρίσκονται στο σημείο τομής μεταξύ της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση και των προσπαθειών της Ένωσης για εκσυγχρονισμό και βελτίωση της κοινωνικής προστασίας.

Οι συνθήκες για την διατήρηση της υγείας σε καλή κατάσταση και για την κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενειών έχουν βελτιωθεί σημαντικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση στις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό οφείλεται σε δημόσιες και ιδιωτικές προσπάθειες μέσω άμεσων επενδύσεων για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλο που τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παίζουν ζωτικό ρόλο στην καταπολέμηση και την πρόληψη των ασθενειών και άλλες πολιτικές όπως η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, έχουν σημαντική επίπτωση στη σημερινή και μελλοντική κατάσταση της υγείας των πολιτών.

13 Μια αξιολόγηση αυτής της σχέσης σε παγκόσμιο επίπεδο παρέχεται από την έκθεση της Επιτροπής για τη μακροοικονομία και την υγεία -με πρόεδρο τον Jeffrey D. Sachs (2001): Μακροοικονομία και υγεία: επενδύοντας στην υγεία για την οικονομική ανάπτυξη. ΠΟΥ, Γενεύη.

14 Μία Αμερικανική επιστημονική έκθεση της τελευταίας δεκαετίας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι Αμερικανοί εργαζόμενοι που διαθέτουν καλή υγεία κερδίζουν 15% έως 30% περισσότερα από τους συναδέλφους τους με άσημη υγεία: 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 Πρόταση της Επιτροπής για κοινή Έκθεση Επιτροπής-Συμβουλίου για επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις COM(2002) 737 τελικό. Επίσης, βλέπε πρόταση για κοινή Έκθεση Επιτροπής-Συμβουλίου για την Υγειονομική περίθαλψη και την φροντίδα των ηλικιωμένων: Υποστηρίζοντας τις εθνικές στρατηγικές για την εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας COM(2002) 774 τελικό

Η ευρωπαϊκή ατζέντα της πολιτικής για την υγεία

Οι εξελίξεις της πολιτικής στη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας έφεραν τα θέματα υγείας στην κορυφή της ευρωπαϊκής ατζέντας.

Στη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1993) η δημόσια υγεία απέκτησε για πρώτη φορά νομική βάση (άρθρο 129) ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των Κρατών μελών, τη πρόληψη των ασθενειών, και τα μέτρα παροχής κινήτρων. Δεν έχει συμπεριληφθεί η εναρμόνιση των νομοθεσιών και των κανονισμών. Ανταποκρινόμενη στις νέες αυτές υποχρεώσεις, η Επιτροπή παρουσίασε "Ανακοίνωση για το πλαίσιο δράσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας"¹⁶ που θεμελιώνεται στην ίδρυση οκτώ προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Η προτεινόμενη αξία της κοινοτικής δράσης είχε τη μορφή στήριξης των προσπαθειών που καταβάλλουν τα Κράτη μέλη, και διάδοσης των "πληροφοριών σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές" με στόχο τη συνεχή ενίσχυση των ρυθμίσεων για την προστασία της υγείας σε ολόκληρη την Κοινότητα.

Στα τέλη της δεκαετίας του 90, το γενικό πλαίσιο της πολιτικής για την υγεία τροποποιήθηκε. Η Συνθήκη του Άμστερνταμ επέκτεινε την ισχύ της Κοινότητας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Το Άρθρο 129 αναθεωρήθηκε με την προσθήκη νέων ρυθμίσεων και μετονομάστηκε "Άρθρο 152". Με βάση το άρθρο 152 οι δράσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας θα πρέπει: να συμβάλλουν ώστε να επιτευχθεί ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, να βελτιώσουν την υγεία, να προλάβουν τις ανθρωπίνες ασθένειες, να προλάβουν τις εστίες κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία και να εξασφαλίζουν ότι όλες οι πολιτικές της Κοινότητας προστατεύουν την υγεία.

Σ' αυτό το γενικό πλαίσιο, τον Μάιο του 2000, η Επιτροπή πρότεινε μία νέα στρατηγική¹⁷ για την υγεία, που προωθεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση για τις δράσεις που συνδέονται με την υγεία σε επίπεδο Κοινότητας. Ένα στοιχείο κλειδί αυτής της στρατηγικής ήταν η πρόταση ενός νέου προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας¹⁸. Το πρόγραμμα θα επικεντρωθεί σε τρεις βασικές δράσεις:

- βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για μία καλύτερη δημόσια υγεία
- ενίσχυση της δυνατότητας άμεσης και συντονισμένης αντίδρασης στις απειλές κατά της υγείας.
- εστίαση των δράσεων για την πρόωθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

Επί πλέον, η Επιτροπή δημιούργησε ένα Ευρωπαϊκό Φόρουμ για την Υγεία που συγκεντρώνει τις αρμόδιες ευρωπαϊκές οργανώσεις. Το έκτο Πρόγραμμα Πλαίσιο της Έρευνας υποστηρίζει επίσης ερευνητικές δραστηριότητες προσανατολισμένες και στην κοινωνική πολιτική, και ειδικότερα στην εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Ατζέντας¹⁹.

Η αρμοδιότητα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και χρηματοδότησης εμπίπτει στα Κράτη μέλη. Ωστόσο, η αρμοδιότητα αυτή δεν θίγει τις βασικές ελευθερίες -όπως η ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, η ελεύθερη κυκλοφορία φαρμακευτικών προϊόντων και εργαζομένων- ή άλλες κοινοτικές πολιτικές, που εφαρμόζονται στον τομέα αυτόν.

Επιπροσθέτως, η υγεία αποτελεί θέμα με πολλαπλές αναφορές στην ευρωπαϊκή κοινωνική ατζέντα. Αποτελεί επίσης σημαντικό ζήτημα της στρατηγικής της ΕΕ για την αειφόρο ανάπτυξη, δύο σημαντικών στοιχείων της στρατηγικής της Λισσαβώνας. Τέλος, η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί επίσης θέμα που συνδέεται με τη διασυνοριακή κινητικότητα και τη προσπάθεια βελτίωσης των δημόσιων οικονομικών.

Η ποιότητα και η βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναγνωριστεί ως ένα από τα βασικά ζητήματα για στενότερη συνεργασία μεταξύ των Κρατών μελών. Στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στο Γκέτεμποργκ (Ιούνιος 2001) η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας και η Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής κλήθηκαν να εξετάσουν τις προκλήσεις της γήρανσης της κοινωνίας και να προετοιμάσουν μια αρχική έκθεση για το εαρινό Συμβούλιο του 2002²⁰ σχετικά με τους προσανατολισμούς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας των ηλικιωμένων. Η έκθεση κατέληγε στο συμπέρασμα ότι οι σημερινοί δημογραφικοί, τεχνολογικοί και οικονομικοί παράγοντες παρουσιάζουν προκλήσεις για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίες επικεντρώνονται στα εξής:

- πρόσβαση όλων στην περίθαλψη, ανεξαρτήτως εισοδήματος ή πλούτου.
- υψηλό ποιοτικό επίπεδο της προσφοράς περίθαλψης.
- οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων περίθαλψης.

Οι τρεις αυτοί ευρείς στόχοι εγκρίθηκαν από το Συμβούλιο σε μια αρχική έκθεση προσανατολισμού σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τη μέριμνα για τους ηλικιωμένους προς στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Βαρκελώνη όπου τονίζεται επίσης ότι όλα τα συστήματα υγείας στην ΕΕ θεμελιώνονται στις αρχές της αλληλεγγύης και της ισότητας. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Βαρκελώνη ζήτησε από την Επιτροπή και το Συμβούλιο να εξετάσουν διεξοδικότερα τα ζητήματα της πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας. Με βάση ένα ερωτηματολόγιο το οποίο υπέβαλε στα Κράτη μέλη, η Επιτροπή πρότεινε μια κοινή έκθεση σχετικά με τις εθνικές στρατηγικές έτσι ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας.²¹ Δεδομένου ότι η υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει μεγάλο τμήμα της δημόσιας δαπάνης, τα θέματα της οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και οι μεταρρυθμίσεις τους είναι ιδιαίτερης σημασίας.

Η υγεία και η ασφάλεια στην εργασία αποτελούν μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής. Υγεία στην εργασία δεν σημαίνει μόνο έλλειψη ατυχημάτων ή επαγγελματικών ασθενειών, αλλά περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, στοιχεία σημαντικά για την ποιότητα της εργασίας και την παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού. Μια νέα κοινοτική στρατηγική για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία που αναπτύχθηκε για την περίοδο 2002-2006 συνεκτιμά τις αλλαγές στην κοινωνία και στον κόσμο της εργασίας²². Η στρατηγική αυτή υιοθετεί μια σφαιρική προσέγγιση της ευεξίας στην εργασία, με βάση μέτρα πρόληψης και τη δημιουργία εταιρικών σχέσεων μεταξύ όλων των συντελεστών στους τομείς της απασχόλησης, της υγείας και της ασφάλειας.

16 Νοέμβριος 1993

17 COM(2000)285 τελικό 16/5/2000

18 EE L 271/ 1 της 9.10.2002 Απόφαση 1786/EC

20 με βάση το έγγραφο COM (2001)723 τελικό: Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας.

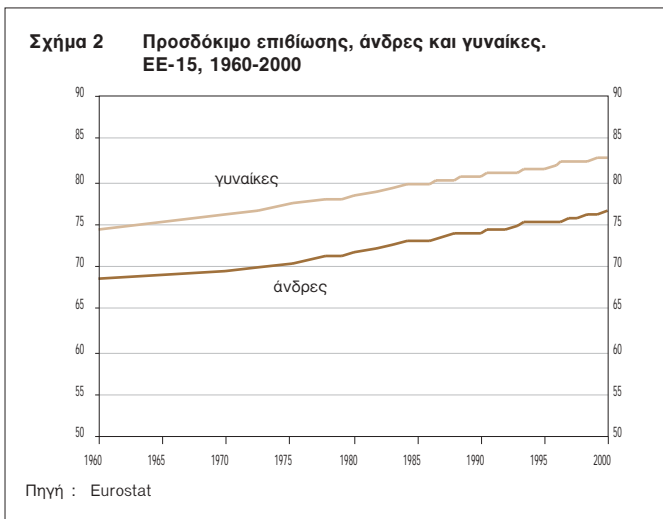
21 COM (2002)774 τελικό

22 COM (2002)118 τελικό: προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας και της κοινωνίας: μια νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας 2002-2006.

2.2 Πληθυσμός και υγεία

Η κατάσταση της υγείας των πολιτών έχει βελτιωθεί σε όλα τα Κράτη μέλη της ΕΕ τις τελευταίες δεκαετίες...

Η κατάσταση υγείας του μέσου πολίτη της ΕΕ βελτιώνεται. Το 2000 το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στην ΕΕ των 15 ήταν 78 έτη (75 για τους άνδρες και 81 για τις γυναίκες). Οι αριθμοί αυτοί είναι υψηλότεροι από τους αντίστοιχους των ΗΠΑ (74 για τους άνδρες, 80 για τις γυναίκες) αλλά χαμηλότεροι από τους αριθμούς της Ιαπωνίας (78 για τους άνδρες και 84 για τις γυναίκες). Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση δεν αποτελεί μόνο κοινωνικό δείκτη, αλλά και σημαντικό οικονομικό δείκτη. Η ανάλυση των μακροοικονομικών και της υγείας δείχνει ότι η κατάσταση της υγείας εξηγεί σημαντικό μέρος των διαφορών στα ποσοστά οικονομικής μεγέθυνσης.²³



Ο δείκτης του προσδόκιμου επιβίωσης παρουσίασε αύξηση στη διάρκεια του εικοστού αιώνα: Κατά τα πρώτα 60 έτη του αιώνα σημειώθηκε αύξηση κατά 25 έτη, ενώ τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες προστέθηκαν άλλα οκτώ έτη²⁴. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών αυξήθηκε από 68 έτη το 1970 σε 75 έτη το 2000²⁵. Στην ίδια περίοδο το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών αυξήθηκε κατά 6 έτη, από 75 έτη το 1970, σε 81 το 2000.

Το χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών οφείλεται στη παρατηρούμενη μεγαλύτερη ανδρική θνησιμότητα σε όλες τις ηλικίες, ένα γνώριμο φαινόμενο για όλα τα Κράτη μέλη αλλά και για τις περισσότερες χώρες του κόσμου. Αυτές οι ανισότητες λόγω φύλου, παρόλο που υπαγορεύονται από βιολογικούς παράγοντες, οφείλονται κατά κύριο λόγο σε κοινωνικά αίτια και σε ορισμένα πρότυπα τρόπου ζωής". Σήμερα που ο τρόπος ζωής των ανδρών και των γυναικών στην ΕΕ αρχίζει να προσομοιάζει, το προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών αρχίζει να συγκλίνει. Το φαινόμενο αυτό

έχει παρατηρηθεί σε επίπεδο ΕΕ των 15 (όπου το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση αυξήθηκε κατά 2,5 έτη για τους άνδρες μεταξύ του 1990 και του 2000, σε σύγκριση με 2 έτη για τις γυναίκες) και σε όλα τα Κράτη μέλη εκτός από την Ελλάδα, την Ισπανία, το Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία.

Λόγω του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης, σε συνδυασμό με τις αλλαγές της γονιμότητας, η ηλικία του πληθυσμού της ΕΕ διαρκώς αυξάνει. Αυτή η δημογραφική γήρανση σημαίνει ότι ο αριθμός των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας αυξάνει ενώ παράλληλα το μερίδιο των ατόμων σε ηλικία εργασίας (15-64 ετών) θα μειώνεται. Αυτές οι δημογραφικές τάσεις θα έχουν οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ορισμένους τομείς, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων υγείας και περίθαλψης.

Για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, μια από τις σημαντικότερες δημογραφικές τάσεις είναι το αυξανόμενο μέγεθος της ομάδας των ατόμων πολύ μεγάλης ηλικίας (άνω των 80 ετών). Ο αριθμός τους θα αυξηθεί κατά οκτώ εκατομμύρια μεταξύ του 2010 και του 2030, δηλ. θα παρουσιάσει αύξηση της τάξης του 44%, πράγμα που σημαίνει ότι η αύξηση θα είναι ακόμα μεγαλύτερη από εκείνη του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας γενικά. Σήμερα, τα περισσότερα από αυτά τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας χρειάζονται περίθαλψη και μέριμνα που παρέχονται είτε επίσημα είτε ανεπίσημα στο σπίτι από την οικογένεια φαινόμενο ιδιαίτερα συχνό στα νότια Κράτη μέλη. Στο μέλλον, το μέγεθος των νοικοκυριών θα μειωθεί και οι οικογένειες ενδέχεται να μην έχουν τις ίδιες ικανότητες να επωμιστούν τα αυξανόμενα καθήκοντα μέριμνας, καθιστώντας υψίστης σημασίας τον ρόλο των ατόμων που παρέχουν τυπικές ή άτυπες μορφές φροντίδας. Η διαδικασία της γήρανσης έχει μια ισχυρή διάσταση που συνδέεται με το φύλο: η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων μεγάλης ηλικίας θα είναι γυναίκες. Με τη γήρανση του πληθυσμού, τα προβλήματα υγείας των γυναικών θα αποκτήσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο πρότυπο των ασθενειών που χρειάζονται αντιμετώπιση και θεραπεία.

... και οδηγεί σε νέα πρότυπα σε ό,τι αφορά τις τάσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Επειδή τα άτομα ζουν περισσότερο, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα μετακινούνται προς όλο και μεγαλύτερες ηλικίες. Τα κύρια αίτια θανάτων είναι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος (περίπου 40% του συνόλου των θανάτων), καρκίνος (ένα τέταρτο του συνόλου των θανάτων), ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, ασθένειες του πεπτικού συστήματος και εξωτερικά αίτια τραυματισμών και δηλητηριάσεων, τα οποία συμπεριλαμβάνουν και τα τροχαία δυστυχήματα²⁶. Ένας στους πέντε θανάτους προξενείται από μια ασθένεια που μπορεί να προβλεφθεί. Ωστόσο, το γενικό αυτό πρότυπο παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με το φύλο και κυρίως ανάλογα με την ηλικία. Η θνησιμότητα στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε όλα τα Κράτη μέλη και τα σημερινά επίπεδα

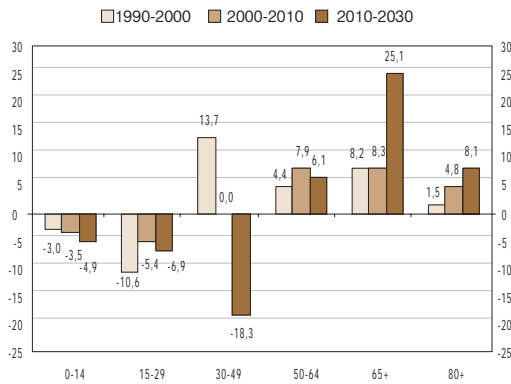
23 Έκθεση της Επιτροπής για τη μακροοικονομία και την υγεία -με πρόεδρο τον Jeffrey D. Sachs (2001): Μακροοικονομία και υγεία: επενδύοντας στην υγεία για την οικονομική ανάπτυξη. ΠΟΥ, Γενεύη (σ. 24): "συγκεκριμένα, κάθε 10 ποσοστιαίες μονάδες βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση συνδέονται με αύξηση της οικονομικής μεγέθυνσης κατά τουλάχιστον 0,3 έως 0,4 ποσοστιαίες μονάδες το χρόνο, εφόσον οι λοιποί παράγοντες μεγέθυνσης παραμείνουν αμετάβλητοι".

24 Η φύση του δείκτη εξηγεί εν μέρει αυτή την επιβράδυνση. Για ένα δεδομένο έτος, το προσδόκιμο επιβίωσης είναι η μέση ηλικία στην οποία αναμένεται να φθάσει ένα νεογέννητο εάν τα ποσοστά θνησιμότητας για το δεδομένο αυτό έτος παραμείνουν αμετάβλητα. Επειδή ο συνολικός αριθμός απώλειας ετών ζωής ενός ατόμου που πεθαίνει στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής είναι πολύ υψηλότερος από ό,τι η απώλεια ετών ζωής ενός ατόμου που πεθαίνει π.χ. στο 65ο έτος, το προσδόκιμο επιβίωσης είναι πιο ευαίσθητο ως προς τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας απ' ό,τι ως προς την αύξηση της μακροβιότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες.

25 Ωστόσο, σε μερικά κράτη μέλη της Νότιας Ευρώπης η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ανδρών σταμάτησε στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του '80 και στις αρχές της δεκαετίας του '90, λόγω της αύξησης της θνησιμότητας των νεαρών ανδρών από το AIDS και τα τροχαία δυστυχήματα.

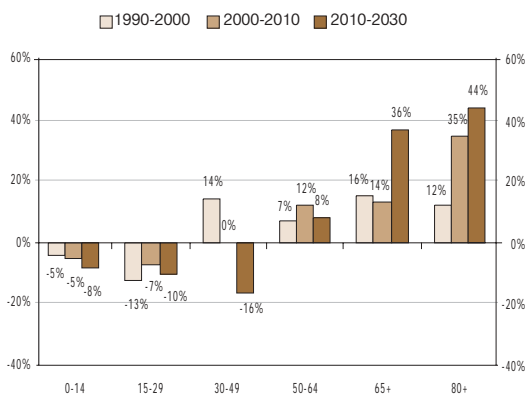
26 Πηγή Eurostat Βλέπε επίσης την Έκθεση "Η Κατάσταση της υγείας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού" EC 2001 της ΓΔ Υγείας και Προστασία του Καταναλωτή

Σχήμα 3 Μεταβολή του πληθυσμού (σε εκατομμύρια) ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΕ-15



Σημείωση: Β:1995, DK: 1996, EL: 1997, Ε, F, IRL, Ι, S,UK, EU: 1998
Πηγή: Eurostat

Σχήμα 4 Μεταβολή του πληθυσμού (σε %) ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΕ-15



Πηγή: Eurostat

είναι από τα χαμηλότερα στον κόσμο. Ωστόσο, δεδομένου ότι εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές ως προς τα τρέχοντα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ κοινωνικών ομάδων ή περιοχών, μπορούν να επιτευχθούν και περαιτέρω βελτιώσεις. Επειδή η βρεφική θνησιμότητα σήμερα είναι πολύ χαμηλή, οι περαιτέρω αυξήσεις του προσδόκιμου επιβίωσης στο εξής εξαρτώνται από τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Τα κυριότερα αίτια της νοσηρότητας είναι οι νευρολογικές εκφυλιστικές νόσοι (όπως η νόσος του Alzheimer και η άνοια), οι τραυματισμοί, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι μυοσκελετικές παθήσεις και ο καρκίνος²⁷. Επειδή οι περισσότερες από τις ασθένειες αυτές έχουν σχέση με την ηλικία, η γήρανση του πληθυσμού θα επηρεάσει το πρότυπο της νοσηρότητας και τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται, επίσης, όλο και πιο σημαντικά. Στην ΕΕ, το ένα τέταρτο περίπου των νέων παροχών αναπηρίας χορηγούνται για διανοητικές ασθένειες.

Η κατάσταση της υγείας αλλάζει επίσης στα προσχωρούντα Κράτη και στις υποψήφιες χώρες.

Η κατάσταση της υγείας βελτιώνεται στα προσχωρούντα Κράτη, αλλά, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι γενικά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των σημερινών Κρατών μελών της ΕΕ. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των προσχωρούντων Κρατών και των υποψηφίων χωρών, από τις οποίες η Μάλτα και η Κύπρος βρίσκονται στην καλύτερη κατάσταση (συγκρίσιμη, ή ακόμη και καλύτερη, από την κατάσταση σε ορισμένα σημερινά Κράτη μέλη), ακολουθεί η Σλοβενία, ενώ στα κράτη της Βαλτικής, τη Ρουμανία, τη Βουλγαρία και την Τουρκία η κατάσταση της υγείας δεν είναι ιδιαίτερα καλή. Αυτό αντικατοπτρίζεται στα υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και στο χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης, καθώς και στην υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μη μολυσματικών ασθενειών (ιδίως καρδιοπαθειών, ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος και καρκίνου), μολυσματικών ασθενειών (που περιλαμβάνουν, σε μερικές χώρες, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και φυματίωση) και βίαιων θανάτων.

Οι τάσεις της μελλοντικής μειονεξίας θα σχετίζονται περισσότερο με τους κινδύνους μεγάλης ηλικίας.

Ένα χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ζωής είναι ότι ο αριθμός των κάθε είδους γενετικών μειονεξιών τείνει να αυξάνεται με την ηλικία. Οι ασθένειες, ο επικίνδυνος τρόπος ζωής, τα ατυχήματα και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συνδυάζονται μεταξύ τους και δημιουργούν μια διολίσθηση "προς την αναπηρία" που έχει σωρευτικό αποτέλεσμα με την πάροδο του χρόνου. Δεν προξενεί, λοιπόν, έκπληξη το γεγονός ότι οι νέοι αποτελούν το 5% των ατόμων με αναπηρία ενώ τα άτομα σε ηλικία εργασίας αποτελούν το 46% ενώ το υπόλοιπο 49% των ατόμων που δηλώνουν αναπηρία είναι άνω των 60 ετών (σύμφωνα με στοιχεία του ECHP). Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αυξάνει και η συχνότητα των οπτικών και ακουστικών μειονεξιών, καθώς και οι νευρολογικές παθήσεις όπως η νόσος του Alzheimer και η άνοια. Ωστόσο, οι μελλοντικές τάσεις για τον κίνδυνο να εμφανίσει κάποιος μειονεξία λόγω ηλικίας, θα είναι βασικός παράγων για τον αριθμό ηλικιωμένων που θα χρειασθούν βοήθεια και περίθαλψη.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού

Οι εξελίξεις σε θέματα υγείας καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις περιβαλλοντικές συνθήκες...

Ο πληθυσμός της Ευρώπης αντιμετωπίζει κινδύνους για την υγεία από το φυσικό περιβάλλον. Οι κίνδυνοι αυτοί σε πολύ μεγάλο βαθμό οφείλονται στα πρότυπα ζωής που κυριαρχούν και στον τρόπο χρησιμοποίησης των πόρων. Η ανθρώπινη υγεία εξαρτάται από την διαθεσιμότητα και την ποιότητα της τροφής, του νερού, του αέρα και της στέγης. Επηρεάζεται επίσης από το θόρυβο, την κυκλοφορική συμφόρηση τα ατυχήματα και τα ανεπαρκή αποχετευτικά συστήματα. Η ταχεία αστικοποίηση έχει προκαλέσει ιδιαίτερα προβλήματα σε πολλές πόλεις με αποτέλεσμα την αύξηση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και τις συχνά απαράδεκτες συνθήκες στέγασσης. Άλλα προβλήματα υγείας συνδέονται με τη ρύπανση των υδάτων και των τροφίμων που προκαλεί

27 Πηγή Eurostat Βλέπε επίσης την Έκθεση "Η Κατάσταση της υγείας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού" EC 2001 της ΓΔ Υγεία και Προστασία του Καταναλωτή

Σχήμα 5 Κυριότεροι παράγοντες υγείας²⁸



μεταδοτικές ασθένειες. Ωστόσο, οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις αντιμετωπίζονται συνεχώς μέσω της αστικής ανανέωσης, της βελτίωσης των υποδομών, της παρακολούθησης των ρυπογόνων ουσιών και ενισχυμένων μέτρων για την ασφάλεια των τροφίμων τα οποία έχουν μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης τέτοιων προβλημάτων.

Την τελευταία δεκαετία, η ατμοσφαιρική ρύπανση στις αστικές περιοχές των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης μειώθηκε καθώς οι χώρες αυτές υιοθέτησαν αρκετά τεχνικά μέτρα αλλά και λόγω της στασιμότητας της οικονομίας. Ωστόσο, οι συνθήκες στέγασης εξακολουθούν να υπολείπονται σε σχέση με τα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα, ενώ τα κυκλοφοριακά προβλήματα επιδεινώνονται.

...και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες...

Είναι σαφές ότι η υγεία συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η έννοια αυτή ορίζεται συνήθως χρησιμοποιώντας έναν αριθμό αλληλένδετων δεικτών όπως το επάγγελμα, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης, εισοδήματος και πλούτου. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση κάθε ατόμου καθορίζει την πρόσβαση σε κοινωνικούς και υλικούς πόρους καθώς και την έκθεση σε κινδύνους για την υγεία.

Στο ατομικό επίπεδο φαίνεται ότι η εκπαίδευση αυξάνει τις κοινωνικές ικανότητες, επεκτείνει τις ευκαιρίες του ατόμου, αυξάνει την αυτοπεποίθηση, τις δεξιότητες και τις ικανότητες και προωθεί έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, αυξάνοντας την ευαισθητοποίηση ως προς τους κινδύνους. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, μόνο το 50% των ατόμων με χαμηλότερη από την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, σε σύγκριση με σχεδόν 75% των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση, θεωρούν την υγεία τους ως "καλή" ή "πολύ καλή".

Η απασχόληση και η ανεργία είναι και οι δύο σημαντικές για την κατάσταση της υγείας. Έχει αποδειχτεί ότι τα υψηλά ποσοστά απασχόλησης ή η χαμηλή ανεργία, μαζί με τον υψηλό μέσο όρο του εθνικού πλούτου, μειώνουν σημαντικά τα ποσοστά θνησιμότητας ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα²⁹. Επιπροσθέτως, πολλές μελέτες σε ατομικό επίπεδο δείχνουν ότι υπάρχει θετική σύνδεση μεταξύ της ανεργίας και της ασθένειας ή της αναπηρίας, τόσο σωματικής όσο και διανοητικής. Οι άνεργοι έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας και να

επισκεφθούν το γιατρό. Ο κίνδυνος θνησιμότητας των ανέργων είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο για τα άτομα με σταθερή απασχόληση. Υπάρχουν επίσης υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονιών μεταξύ των ανέργων νέων. Ωστόσο, τα κοινωνικά δίκτυα ή οι "άτυπες θέσεις εργασίας" μπορούν, μέχρι ένα βαθμό, να περιορίσουν τον αρνητικό αντίκτυπο της απώλειας της θέσης εργασίας. Αυτό το φαινόμενο "προστασίας" είναι συχνότερο σε μερικά Κράτη μέλη.

Η απασχόληση συνολικά έχει θετικό αντίκτυπο στη μακροβιότητα και την υγεία, υπό την προϋπόθεση ότι οι θέσεις εργασίας είναι υψηλής ποιότητας. Η χαμηλή ποιότητα της εργασίας έχει αποδειχθεί ότι δημιουργεί συγκεκριμένα προβλήματα επαγγελματικής υγείας (ατυχήματα, τραυματισμούς και επαγγελματικές ασθένειες). Τα κυριότερα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία είναι μυοσκελετικές παθήσεις και στη συνέχεια άγχος, πνευμονικές και καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο επαγγελματικός κλάδος και το επάγγελμα, ο τύπος της σύμβασης εργασίας (προσωρινή) ή του ωραρίου εργασίας (εργασία με βάρδιες), η ηλικία και το φύλο ασκούν επίδραση, όμως η συχνότητα εμφάνισης των ασθενειών ποικίλλει. Παρόλο που οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 46% του εργατικού δυναμικού, το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από επαγγελματικές ασθένειες είναι κατά μέσον όρο 18%, αν και ο αριθμός αυτός αντικατοπτρίζει και τις διαφορές ως προς το ωράριο εργασίας.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας εργασίας είναι πολύ σημαντικό. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για πρόληψη ή θεραπεία πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με τον αριθμό ημερών εργασίας που έχουν απολεσθεί λόγω εργατικών ατυχημάτων και προβλημάτων υγείας και την παρεπόμενη απώλεια παραγωγής και εισοδήματος. Συνολικά, τα ατυχήματα και τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία είχαν ως συνέπεια την απώλεια 500 εκατομμυρίων ημερών εργασίας στην ΕΕ στη διετία 1998/99.

Στα προσχωρούντα Κράτη το ποσοστό των εργαζομένων που θεωρούν ότι η υγεία και η ασφάλειά τους κινδυνεύουν λόγω της εργασίας είναι μεγαλύτερο: 40% σε σύγκριση με 27% στην ΕΕ³⁰. Στις χώρες αυτές υπάρχουν υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων που συνδέονται με την εργασία, κυρίως συνολική κόπωση και μυοσκελετικές παθήσεις. Τα συστήματα υγείας και ασφάλειας στα προσχωρούντα Κράτη θα πρέπει να προσαρμοστούν στην ευρωπαϊκή νομοθεσία. Σε πολλές από αυτές τις χώρες αυτές, η τριμερής εκπροσώπηση είναι αρκετά χαμηλή και η εξασφάλιση της συμβολής των εργαζομένων και των εργοδοτών στη βελτίωση του συστήματος παραμένει μείζων πρόκληση.

... και το εύρος και την ποιότητα των κοινωνικών δικτύων.

Η κοινωνική στήριξη είναι σημαντική για την υγεία και ιδιαίτερα σημαντική για την καλή υγεία στα δύο άκρα του κύκλου της ζωής. Τα κοινωνικά δίκτυα -που αποτελούνται από μέλη της οικογένειας, συγγενείς, ομάδες γνωστών και φίλων - συμβάλλουν στην προστασία και τη βελτίωση της υγείας των ατόμων. Ασκούν έλεγχο στις παρεκκλινουσες συμπεριφορές και στους περισσότερους από τους παράγοντες που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. Μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση στην υγεία και στις υπηρεσίες, να παρέχουν σημαντικό βαθμό άτυπης φροντίδας και να βοηθήσουν στη μείωση της επίδρασης των αρνητικών γεγονότων.

28 Αυτή το διάγραμμα στηρίζεται στην εργασία Dahlgreen and Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991)

29 Καθηγητής H. Brenner: "Ανεργία και δημόσια υγεία", Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων.

30 Έρευνα για τις συνθήκες εργασίας στις υποψήφιες χώρες, 2001 - Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας.

Η οικογένεια παραμένει το θεμέλιο της φροντίδας και της στήριξης για τα παιδιά και τους ενήλικους σε όλα τα Κράτη μέλη και ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας θεωρείται σημαντικός και θετικός. Σήμερα, το 6% των Ευρωπαίων αφιερώνουν μεγάλο μέρος του χρόνου τους στην παροχή άτυπης μακροχρόνιας περίθαλψης για ηλικιωμένους ή για ασθενείς ή ανάπηρους ενήλικους σε ηλικία εργασίας. Η μελλοντική ικανότητα των οικογενειών να παρέχουν μακροχρόνια περίθαλψη θα επηρεαστεί από τις εξελίξεις στα ποσοστά δραστηριότητας των γυναικών και από την αυξανόμενη αστάθεια των οικογενειακών δομών. Σε όλα τα Κράτη μέλη υπάρχει τάση για μείωση του μεγέθους των νοικοκυριών και για αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν μόνοι. Τα σενάρια για την ΕΕ των 15 δείχνουν ότι έως το 2020 το 46% των ατόμων άνω των 85 ετών θα ζουν μόνοι και το 80% των ατόμων αυτών θα είναι γυναίκες. Κατά συνέπεια, αναμένεται ότι ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων θα χρειάζεται φροντίδα από τους επίσημους φορείς παροχών, ακόμα και αν τα ποσοστά αναπηρίας των ηλικιωμένων εξακολουθήσουν να μειώνονται.

Οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην προώθηση της υγιεινής συμπεριφοράς χρειάζονται τη στενή συμμετοχή ενός ευρέος φάσματος ενδιαφερομένων. Για να αυξηθεί η δημόσια ευαισθητοποίηση και η κατανόηση των κινδύνων για την υγεία πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ της δράσης των κυβερνήσεων, των κοινοτήτων και των ατόμων. Το δυναμικό σε επίπεδο δράσης των τοπικών κοινοτήτων μέσω μη κυβερνητικών οργανώσεων, τοπικών ομάδων και άλλων, αναλαμβάνει επίσης έναν αυξημένο ρόλο στον οποίο πρέπει να δοθεί η δέουσα προσοχή.

Οι πρόσφατες τάσεις σε ό,τι αφορά τον κοινωνικό αποκλεισμό θέτουν νέες προκλήσεις για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Στις φτωχές χώρες φαίνεται ότι υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ του επιπέδου εισοδήματος και της θνησιμότητας. Συχνά το υψηλότερο εισόδημα συνδέεται με καλύτερη υγεία. Η σχέση αυτή γίνεται λιγότερο φανερή στις πλουσιότερες χώρες, στις οποίες τα πρότυπα θνησιμότητας φαίνεται να συνδέονται με το μέγεθος των ανισοτήτων ως προς το εισόδημα. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στο ότι το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια συνδέονται με κακές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας και ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Είναι πιθανότερο οι φτωχοί να περιγράψουν την υγεία τους ως κακή ή πολύ κακή στα περισσότερα Κράτη μέλη και να αναφέρουν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής απομόνωσης, λιγότερη δυνατότητα υποστήριξης και μικρότερη διαθεσιμότητα άτυπης περίθαλψης.

Το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια ενδέχεται να συνεπάγονται μικρότερη δυνατότητα πρόσβασης σε προληπτική ή θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη σε θέματα πρόληψης (π.χ. διάγνωση) και αποκατάστασης (π.χ. φάρμακα και νοσηλεία) δηλαδή θεραπεία, επικοινωνία και παρακολούθηση. Τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα έχουν περισσότερες δυνατότητες να απευθυνθούν σε ειδικούς γιατρούς ενώ τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα συνήθως προσφεύγουν σε υπηρεσίες γενικής ιατρικής³¹. Τα πρόσθετα πλεονεκτήματα που πηγάζουν από τη μείωση των ανισοτήτων

ως προς το εισόδημα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία εάν ταυτόχρονα υπάρχει φτώχεια στο εσωτερικό της κοινωνίας. Σε όρους πολιτικής αυτό σημαίνει ότι η καταπολέμηση της φτώχειας και η εξάλειψη των φραγμών σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν μείζονα προβλήματα υγείας.

Οι νέες προκλήσεις συνδέονται επίσης με την επιδραση των διαφορετικών τρόπων ζωής στην υγεία...

Ο τρόπος ζωής έχει σημαντική επίπτωση στην κατάσταση της υγείας. Ορισμένα σοβαρά και αυξανόμενα προβλήματα υγείας που έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας συνδέονται με ανθυγιεινούς τρόπους ζωής από άποψη διατροφής, άσκησης και κατάχρησης οιοπνευματωδών, καπνού και ναρκωτικών.

Η χρήση του καπνού είναι ο πρώτος παράγοντας κινδύνου, και αντιπροσωπεύει περίπου το 12% του συνόλου των ασθενειών και των τραυματισμών, σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της ΠΟΥ³². Το κάπνισμα συνδέεται με ένα τεράστιο φάσμα ασθενειών -μερικές φορές θανατηφόρων- που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (καρδιοαγγειακές παθήσεις, καρκίνος και πνευμονικές παθήσεις). Συνολικά, το ένα τρίτο του πληθυσμού της ΕΕ των 15 δηλώνει ότι καπνίζει συστηματικά. Η συχνότητα του καπνίσματος στους άνδρες είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη για τις γυναίκες στην ΕΕ των 15 (40% για τους άνδρες και 28% για τις γυναίκες) και τείνει να αυξηθεί, ιδίως μεταξύ των νεαρών γυναικών. Τα στοιχεία για τη Δανία δείχνουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα που συνδέεται με υψηλή κατανάλωση καπνού από τις γυναίκες αποτελεί ένα από τα αίτια του σχετικά χαμηλού προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών στη Δανία³³.

Τα οιοπνευματώδη και η υπέρταση αντιπροσωπεύουν το 9-10% των σταθμισμένων για αναπηρία ετών ζωής³⁴, ενώ η χοληστερίνη και η σωματική μάζα το 6-7% των αναπροσταθμισμένων ετών ζωής και για τα δύο φύλα. Η κακή διατροφή -δηλ. ένα ακατάλληλο συνολικό πρότυπο διατροφής - έχει σημαντικές επιπτώσεις από κοινωνικοοικονομική άποψη, είτε γιατί δημιουργεί προβλήματα υγείας είτε γιατί επιφέρει οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Τα στοιχεία της EUROSTAT δείχνουν ότι περίπου το 17% των ενηλίκων στην ΕΕ είναι υπέρβαροι και το 6,5% περίπου είναι παχύσαρκοι. Τα επιπλέον κιλά ή η παχυσαρκία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μερικών χρόνιων ασθενειών όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, ορισμένες μορφές καρκίνου και διαβήτη τύπου 2. Η παχυσαρκία, ιδίως μεταξύ των παιδιών, αυξάνεται.

... ιδίως για τους νέους...

Η βελτίωση της υγείας των νέων δεν έχει ακολουθήσει τους ίδιους ρυθμούς με την κοινωνία γενικότερα και οι νέοι, ιδιαίτερα οι νεαροί άνδρες, αντιμετωπίζουν σήμερα σχετικά υψηλά ποσοστά θανάτων που συνδέονται με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής. Η χρήση ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων των οιοπνευματωδών ποτών, βρίσκεται συχνά πίσω από τον ιδιαίτερα υψηλό αριθμό θανάτων των νέων από εξωτερικά αίτια: κυρίως τροχαία δυστυχήματα για τους νέους ηλικίας 15 έως 30 ετών, αλλά και άλλα είδη βίαιου θανάτου όπως αυτοκτονίες, που

31 Το ζήτημα της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη για όλες τις ευάλωτες ομάδες συζητήθηκε στην κοινή έκθεση για την κοινωνική ένταξη που εγκρίθηκε στο Λάκεν το Δεκέμβριο του 2001

32 Έκθεση για την παγκόσμια υγεία - 2002: Μείωση των κινδύνων, προώθηση της υγιούς ζωής.

33 Πηγή Eurostat Βλέπε επίσης την Έκθεση "Η Κατάσταση της υγείας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού" EC 2001 της ΓΔ Υγείας και Προστασίας του Καταναλωτή

34 Τα ΣΑΕΖ (Σταθμισμένα για αναπηρία έτη ζωής) αποτελούν μονάδες μέτρησης της επιβάρυνσης της αρρώστιας που λαμβάνει υπόψη τα έτη που χάνονται λόγω πρόωγου θανάτου ή τα έτη ζωής με αναπηρία ορισμένης βαρύτητας και διάρκειας. Ένα ΣΑΕΖ (χαμένο) αντιστοιχεί στην απώλεια ενός χρόνου υγιούς ζωής.

αποτελούν τη δεύτερη πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου για τους νεαρούς άνδρες. Επιπλέον, η χρήση παράνομων ουσιών είναι ιδιαίτερα κοινή μεταξύ των νεαρών ενηλίκων, ιδίως των ανδρών σε αστικές περιοχές: Η συχνότητα μεταξύ των νεαρών ενηλίκων είναι, περίπου, διπλάσιο από το αντίστοιχο για όλους τους ενηλίκους. Επί πλέον, η σεξουαλική συμπεριφορά -π.χ. ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και ο κίνδυνος μόλυνσης από ασθένειες σεξουαλικά μεταδιδόμενες - είναι ένας σημαντικός παράγων για την υγεία των νέων.

...και στα προσχωρούντα Κράτη.

Τα προβλήματα από την κατανάλωση καπνού είναι σημαντικά, καθώς ο αριθμός των καπνιστών μεταξύ των νέων και των γυναικών αυξάνεται. Η κατανάλωση οιοπνευματωδών αποτελεί έναν άλλο παράγοντα που συσχετίζεται με τον τρόπο ζωής που ευθύνεται για πολλές αιτίες θνησιμότητας³⁵. Φαίνεται ότι τα οιοπνευματώδη αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα για τα υψηλότερα ποσοστά αιφνίδιου θανάτου από καρδιακή ανακοπή³¹ και κίρρωση που παρατηρείται στα προσχωρούντα Κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης σε σχέση με την ΕΕ. Γενικώς τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω τραυματισμού, ιδίως από τροχαία δυστυχήματα, πνιγμούς και πυρκαγιές, καθώς και από δολοφονίες και αυτοκτονίες, είναι επίσης υψηλότερα σε αυτές τις χώρες, και ενδέχεται να οφείλονται εν μέρει στα πρότυπα της κατανάλωσης οιοπνευματωδών.

2.4 Συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικά για τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και την οικονομία σε όλα τα Κράτη μέλη...

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικά για την καταπολέμηση των προβλημάτων υγείας και συνεισφέρουν ουσιαστικά στη διατήρηση της υγείας. Επιπροσθέτως, η συμμετοχή του τομέα της υγείας και της μακροχρόνιας περίθαλψης στην οικονομία και την απασχόληση είναι σημαντική. Κατά μέσον όρο, η απασχόληση στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών των δεκαπέντε Κρατών μελών αντιπροσωπεύει σχεδόν το 10% της συνολικής απασχόλησης. Ο τομέας της υγείας αποτελεί επίσης πολύ δυναμικό και ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα της οικονομίας με ουσιαστικό δυναμικό για περαιτέρω συμβολή στην οικονομική μεγέθυνση και στις ευκαιρίες απασχόλησης. Ο τομέας της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών συνέβαλε στο 18% της καθαρής δημιουργίας απασχόλησης στην ΕΕ κατά την περίοδο 1995-2001³⁶.

... τα οποία παρά τις μεγάλες διαφορές ως προς την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία μεταξύ των Κρατών μελών ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οργανώνονται, ρυθμίζονται, χρηματοδοτούνται, προσφέρουν υπηρεσίες και χρησιμοποιούνται. Υπάρχουν ωστόσο πολλές ομοιότητες ως προς τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική κοινή πρόκληση. Η εξασφάλιση της πρόσβασης

όλων σε υψηλής ποιότητας και βιώσιμη υγεία και μακροχρόνια περίθαλψη, ακόμη και με δεδομένη τη γήρανση του πληθυσμού, θεωρείται γενικά ως ο κοινός στόχος που επιδιώκουν τα Κράτη μέλη με τις πολιτικές τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα Κράτη μέλη δαπανούν μεγάλα ποσά για την υγειονομική περίθαλψη ...

Το 1999, το μερίδιο των συνολικών δαπανών υγείας στο ΑΕγχΠ κυμαινόταν μεταξύ 10,3% στη Γερμανία και 6,1% στο Λουξεμβούργο, με σταθμισμένο μέσο όρο 8,4%. Το σύνολο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ως αναλογία του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος σήμερα είναι υψηλότερο στη Γερμανία και ακολουθούν η Γαλλία και το Βέλγιο. Στις ΗΠΑ, η συνολική δαπάνη για την υγεία ανήλθε στο 13% του ΑΕγχΠ το 2000, με μερίδιο 44% στη δημόσια δαπάνη³⁷. Στον Καναδά, όπου οι αριθμοί προσεγγίζουν το μέσο όρο της ΕΕ, οι δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 9,1% του ΑΕγχΠ και μερίδιο 71% στη δημόσια δαπάνη.

Στην Ευρώπη, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θεμελιώνονται σε ένα μίγμα πηγών χρηματοδότησης. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης σε όλα τα Κράτη μέλη είναι η δημόσια δαπάνη (κατά μέσον όρο 75%) που συγκεντρώνεται μέσω της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Η ιδιωτική δαπάνη (από δαπάνες που βαρύνουν τους ασθενείς και ιδιωτική ασφάλιση υγείας) αντιπροσωπεύει ποσοστό χαμηλότερο του 30% της συνολικής δαπάνης υγείας, με εξαίρεση την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία. Το μερίδιο των δαπανών που βαρύνουν τους ασθενείς εντός των συνολικών δαπανών υγείας της ΕΕ αυξήθηκε ελαφρά στη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και το 1998 ο μέσος όρος για την ΕΕ ήταν 16%, δηλαδή ποσοστό σημαντικότερο από ό,τι οι παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Στην Ιταλία και στην Πορτογαλία το μερίδιο των δαπανών που βαρύνουν τους ασθενείς στις συνολικές δαπάνες υγείας υπερβαίνει το 30%. Φαίνεται ότι, αντίθετα με τις προσδοκίες, η μετακίνηση του κόστους προς ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης δεν περιορίσε την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας.

... και για μακροχρόνια περίθαλψη.

Είναι δύσκολο να οριστούν τόσο οι δαπάνες όσο και οι εθνικές τάσεις για μακροχρόνια (ή τριτογενή) περίθαλψη, γιατί οι υπηρεσίες αυτές είναι συχνά καταμεμημένες μεταξύ διαφορετικών δημόσιων υπηρεσιών και προϋπολογισμών της δημόσιας διοίκησης -συνήθως του προϋπολογισμού υγείας και του προϋπολογισμού κοινωνικών υπηρεσιών. Οι καλύτερες διαθέσιμες εκτιμήσεις για τη δημόσια δαπάνη για μακροχρόνια περίθαλψη παρουσιάζουν σταθμισμένο μέσο όρο για την ΕΕ ύψους 1,3% του ΑΕγχΠ το 2000 και κινούνται μεταξύ 0,7% στη Γαλλία, την Ιρλανδία και την Αυστρία έως 3% στη Δανία και 2,8% στη Σουηδία³⁸.

Η οργάνωση της μακροχρόνιας περίθαλψης για τους ηλικιωμένους παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των Κρατών μελών. Η Δανία διαθέτει υψηλό αριθμό κλινών που προορίζονται για μακροχρόνια νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ τα Κράτη μέλη της Μεσογείου βρίσκονται αρκετά χαμηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ. Αυτό συνδέεται με το διαφορετικό ρόλο που διαδραματίζουν τα δίκτυα των οικογενειών που

35 Britton, A. & McKee, M. 2000 "Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και των καρδιαγγειακών παθήσεων στην Ανατολική Ευρώπη", Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332

36 Απασχόληση στην Ευρώπη, 2002

37 Στοιχεία για την υγεία του ΟΟΣΑ - 2002

38 Δημοσιονομικές προκλήσεις που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού - Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής (2001)

παρέχουν άτυπη περίθαλψη. Στον τομέα αυτό σημειώνονται ραγδαίες εξελίξεις, καθώς οι υπηρεσίες είτε αναδιοργανώνονται είτε εφαρμόζουν καινοτομίες στα Κράτη μέλη της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης ενώ στο Νότιο επεκτείνονται, εν μέρει λόγω των αλλαγών στα πρότυπα της οικογένειας. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις διαδραματίζουν ολοένα αυξανόμενο ρόλο στους τομείς της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Στο εσωτερικό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης η ισορροπία μεταξύ της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς³⁹ περίθαλψης έχει προοδευτικά μεταβληθεί. Η σημασία της δευτερογενούς περίθαλψης (κυρίως της νοσηλείας σε νοσοκομείο) έχει μειωθεί, κυρίως χάρη στην πρόοδο των θεραπευτικών αγωγών και στις βελτιώσεις της πρωτογενούς περίθαλψης και της ημερήσιας φροντίδας. Με τον τρόπο αυτό αυξήθηκε η ανάγκη για μεγαλύτερη αποκέντρωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και για νέο συντονισμό μεταξύ των ενδιαφερομένων σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Οι μεταβαλλόμενες σχέσεις μεταξύ κρατών, αγοράς και μη κερδοσκοπικών οργανώσεων στην υγειονομική περίθαλψη, με αυξανόμενο το μερίδιο του ιδιωτικού τομέα, δημιουργεί νέες προκλήσεις σε ό,τι αφορά τη ρύθμιση και τη διαχείριση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και την επίτευξη κοινωνικά δίκαιων στόχων.

Τα περισσότερα Κράτη μέλη εξασφαλίζουν την καθολική πρόσβαση...

Το δικαίωμα καθολικής ή σχεδόν καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη υπάρχει σε όλα τα Κράτη μέλη. Πρόκειται για μείζον επίτευγμα στην ΕΕ τις τελευταίες δεκαετίες. Με τη θέσπιση της καθολικής κάλυψης τον Ιανουάριο του 2000, η Γαλλία ακολουθεί τώρα τη Δανία, τη Φινλανδία, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία, τη Σουηδία και το Ην. Βασίλειο ως προς την παροχή καθολικής υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης στον τομέα της υγείας και περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας. Συγκριτικά, στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι 40 εκατομμύρια Αμερικανοί, ή το 14% του πληθυσμού, δεν διαθέτουν ασφάλιση υγείας⁴⁰.

Ωστόσο, παρά τον καθολικό ή σχεδόν καθολικό χαρακτήρα της υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης στον τομέα της υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα πρόσβασης που συνδέονται με διάφορα κενά στην κάλυψη που παρατηρούνται στα Κράτη μέλη. Τα προβλήματα αυτά δημιουργούνται με δύο τρόπους: είτε λόγω του αποκλεισμού συγκεκριμένων θεραπειών από την υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη στον τομέα της υγείας, είτε λόγω της αυξανόμενης χρέωσης του χρήστη.

... και αναπτύσσουν πρότυπα ποιότητας.

Τα περισσότερα Κράτη μέλη έχουν σημειώσει πρόοδο στον καθορισμό προτύπων ποιότητας για την υγειονομική περίθαλψη⁴¹. Αυτό όμως αποδείχθηκε δύσκολο σε μερικούς τομείς, παραδείγματος χάρι σε σχέση με τους εξωτερικούς ασθενείς, ή σε σχέση με τη θέσπιση προτύπων που συνδέονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η πίεση για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς εξακολούθησε να αυξάνεται, όπως επίσης και η πίεση για περιορισμό του κόστους. Η αυξανόμενη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι οι δαπάνες για μη αποτελεσματικές τεχνολογίες συνεπάγονται ένα κόστος ευκαιρίας για τους υπόλοιπους ασθενείς συνέβαλε στην εντονότερη αναζήτηση στοιχείων για τις επιπτώσεις στον προϋπολογισμό και για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Σε όλες τις χώρες της ΕΕ πραγματοποιείται, με διαφορετικούς τρόπους, αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης⁴².

Τα προσχωρούντα Κράτη και οι υποψήφιες χώρες παρουσιάζουν διαφορετικά πρότυπα.

Τα περισσότερα προσχωρούντα Κράτη και υποψήφιες χώρες δαπανούν χαμηλότερο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για την υγειονομική περίθαλψη από ό,τι ο μέσος όρος της ΕΕ. Το ποσοστό κυμαίνεται από 2,6% στη Ρουμανία έως πάνω από 8% στη Μάλτα. Φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά υψηλή συχνότητα νοσηλείας των ασθενών στα προσχωρούντα Κράτη και αυτό οφείλεται κυρίως στο χαμηλό βαθμό ανάπτυξης των συστημάτων πρωτογενούς περίθαλψης⁴³. Ωστόσο, σε πολλές από τις χώρες αυτές ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού ανά κάτοικο είναι μικρότερος, ενώ η νοσοκομειακή υποδομή και οι άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν σχετική υστέρηση. Θεωρητικά, τα δικαιώματα παροχών υγειονομικής περίθαλψης έχουν παραμείνει καθολικά με ολοκληρωμένη κάλυψη στις περισσότερες χώρες. Στην πράξη όμως, οι υπηρεσίες είναι περιορισμένες και οι άτυπες πληρωμές δεν αποτελούν ασυνήθιστη πρακτική⁴⁴. Σε ορισμένα προσχωρούντα Κράτη υπάρχει η τάση ιδιωτικοποίησης της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, περισσότεροι ιδιωτικοί πόροι αφιερώνονται στην υγεία μέσω δαπανών που βαρύνουν τους ασθενείς και μέσω κάλυψης των κινδύνων από ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας.

39 Η δευτερογενής περίθαλψη καλύπτει τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες για τους νοσηλευόμενους ασθενείς η τριτογενής περίθαλψη καλύπτει τη μακροχρόνια περίθαλψη.

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. Εξέταση των ερευνών για τη σχέση μεταξύ της ασφάλισης υγείας, της υγείας, της εργασίας, του εισοδήματος και της εκπαίδευσης. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 βλέπε την Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής "Health care and care for the elderly : Supporting national strategies for ensuring a high level of social participation" (2003)

42 βλέπε την Έκθεση " Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση 2003" της ΓΔ Απασχόλησης και Κοινωνικές Υποθέσεις στο κεφάλαιο 2.3

43 βλέπε Wallace, C., Haerpfel, C., Mateeva, L. (Institute for Advanced Studies, Vienna) "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries", August 2002, σ.8

44 Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στις 13 υποψήφιες χώρες - Έκθεση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ΓΔ Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων - Νοέμβριος 2002

2.5 Μελλοντικές προκλήσεις για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις...

Η ζήτηση υγειονομικής και μακροχρόνιας περίθαλψης έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως λόγω της προόδου των ιατρικών τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων και των αυξανόμενων προσδοκιών που εκφράζονται από τις όλο και πλουσιότερες κοινωνίες μας. Οι αρμόδιοι για χάραξη πολιτικής πρέπει να αντιμετωπίσουν και τη νέα τάση των αυξανόμενων προσδοκιών εκ μέρους των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, στον τρόπο εργασίας, στο εισόδημα, στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη δομή της οικογένειας μεταβάλλουν τις στάσεις των ατόμων απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη. Η κοινωνία της πληροφορίας επιτρέπει επίσης την άμεση πρόσβαση και γνώση σχετικά με τις πλέον σύγχρονες δυνατότητες θεραπείας για οποιονδήποτε έχει πρόσβαση στο Διαδίκτυο: οι δικτυακοί τόποι για θέματα υγείας είναι από τους δημοφιλέστερους στο διαδίκτυο. Οι μεταβαλλόμενες στάσεις συμπεριλαμβάνουν την αυξημένη ευαισθητοποίηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών, τη μικρότερη ανεκτικότητα ως προς τις διακρίσεις και τη μειωμένη αποδοχή των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι φανερό για όλους ότι υπάρχει επιθυμία για μεγαλύτερα περιθώρια επιλογής και για περισσότερο εξατομικευμένες υπηρεσίες, παράλληλα με την πρόσβαση σε ένα ευρύτερο φάσμα ιατρικών θεραπειών -συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που υπερβαίνουν τα παραδοσιακά όρια των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό ν'αξιολογούνται όσο το δυνατό καλύτερα οι βασικές ανάγκες του πληθυσμού σε θέματα υγείας για να αποφεύγεται η παροχή αναποτελεσματικών ή ακόμη και βλαπτικών υπηρεσιών.

... εξελίξεις στις τεχνολογίες και τις θεραπευτικές μεθόδους...

Η πρόοδος των ιατρικών τεχνολογιών και των θεραπειών συνέβαλε στην αύξηση του κόστους τις περασμένες δεκαετίες. Οι νέες τεχνολογίες μπορούν μεν να μειώσουν το κόστος της θεραπείας ορισμένων ασθενειών, ενδέχεται όμως να αυξήσουν τις δαπάνες στην περίπτωση της θεραπείας παθήσεων για τις οποίες προηγουμένως δεν υπήρχε θεραπεία ή υπήρχαν λιγότερο αποτελεσματικές θεραπείες, ή ακόμη εάν εφαρμόζονται για τη θεραπεία παθήσεων για τις οποίες υπάρχουν φθηνότερες εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι. Οι επιπτώσεις των νέων τεχνολογιών στις μελλοντικές δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολο να προβλεφθούν, αλλά η συστηματικότερη αξιολόγηση των ιατρικών τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων θα βοηθούσε να εξασφαλιστεί ότι οι αυξημένες δαπάνες είναι μόνο απόρροια της πραγματικής προόδου και ότι οι ευκαιρίες για εξοικονόμηση πόρων δεν παραμένουν ανεκμετάλλευτες. Μια τέτοια αξιολόγηση -καθώς και η διάδοση και εφαρμογή των αποτελεσμάτων- έχει ζωτική σημασία για τους τρεις στόχους της πρόσβασης, της ποιότητας και της βιωσιμότητας. Ωστόσο η παρακολούθηση της προόδου επί του παρόντος εξαρτάται ιδιαίτερα από την ποιότητα των στοιχείων που συνδέονται με την υγεία. Ακόμη

και σήμερα παρατηρούνται σημαντικές αδυναμίες σε επίπεδο ΕΕ, τόσο από την πλευρά της διαθεσιμότητας στοιχείων όσο και της τυποποίησης των ορισμών και των μεθόδων συλλογής στοιχείων.

Οι τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) έχουν καθιερωθεί στα συστήματα υγείας όπως και στους περισσότερους άλλους κλάδους της οικονομίας. Οι ΤΠΕ μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά την οργάνωση της εφαρμογής της υγειονομικής περίθαλψης. Μερικές αρχές αρμόδιες για την υγειονομική περίθαλψη αναφέρουν ότι σήμερα το 20% του προϋπολογισμού τους για κεφαλαιουχικό εξοπλισμό προορίζεται για ΤΠΕ. Η γενίκευση των ΤΠΕ ενδέχεται να δημιουργήσει νέους φραγμούς στην πρόσβαση των μειονεκτούσων ομάδων στην υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη εάν η πρόσβαση αυτή απαιτεί από τους ασθενείς να διαθέτουν ορισμένες ψηφιακές δεξιότητες.

...η γήρανση του πληθυσμού...

Λόγω των σταθερά χαμηλών ποσοστών γεννήσεων και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει. Οι πρώτες ομάδες της γενιάς του baby-boom θα συνταξιοδοτηθούν μέσα στα επόμενα δέκα έως δεκαπέντε χρόνια, γεγονός που θα οδηγήσει αρχικά σε αύξηση των δαπανών για συντάξεις. Μια δεκαετία αργότερα, όταν αυτές οι ομάδες θα αρχίζουν να βαδίζουν προς την τέταρτη ηλικία, οι απόλυτοι αριθμοί τους είναι πιθανό να οδηγήσουν σε αυξημένες ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας και -ειδικότερα- μακροχρόνιας περίθαλψης. Ωστόσο, οι ανάγκες για περίθαλψη θα εξαρτηθούν, σ'ένα βαθμό, από την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών προώθησης της υγείας, προγενεστέρων και μελλοντικών.

Η επίπτωση της δημογραφικής γήρανσης στις μελλοντικές δαπάνες υγείας είναι δύσκολο να προβλεφθεί⁴⁵. Αφορά ταυτόχρονα τη ζήτηση και την προσφορά υγειονομικής περίθαλψης και συνδέεται καθαρά με τις συνθήκες διαβίωσης, τον τρόπο ζωής, την οικογενειακή στήριξη και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Για την υγειονομική περίθαλψη, η σημαντικότερη δημογραφική τάση είναι ο αυξανόμενος αριθμός ατόμων πολύ μεγάλης ηλικίας (άνω των 80 ετών), ενώ παράλληλα το μέγεθος των νοικοκυριών μειώνεται και οι οικογένειες ενδέχεται να μην είναι εξίσου ικανές ή πρόθυμες να ανταποκριθούν στις ανάγκες περίθαλψης. Από τη μια, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να προσαρμοστούν στις αλλαγές σε σχέση με τις ασθένειες και τις ανάγκες περίθαλψης, ενώ τα γηριατρικά φάρμακα και η περίθαλψη για χρόνιες ασθένειες να επεκταθούν και η σημασία τους να αναβαθμιστεί. Από την άλλη, τα επίσημα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να προετοιμαστούν για την περίπτωση στην οποία θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ένα ουσιαστικά μεγαλύτερο μερίδιο των αναγκών περίθαλψης καθώς σε πολλά Κράτη μέλη ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας περιορίζεται. Ακόμη, παρόλο που το ποσοστό των ατόμων πολύ μεγάλης ηλικίας που χρειάζονται μακροχρόνια περίθαλψη μπορεί να μειωθεί λόγω της βελτιωμένης υγείας και της μείωσης των αναπηριών, υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο ο απόλυτος αριθμός τους να σημειώσει αύξηση.

45 Οι προβολές με βάση το βασικό δημογραφικό σενάριο της Eurostat δείχνουν ότι, κατά μέσο όρο, στο εσωτερικό της ΕΕ, το μέγεθος των συνολικών δαπανών υγείας θα μπορούσε να αυξηθεί, εάν οι υπόλοιπες συνθήκες παραμείνουν αμετάβλητες, κατά σχεδόν 0,6% το χρόνο σε πραγματικούς όρους, λόγω των αλλαγών στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού, την επόμενη 25ετία. Επιπροσθέτως, η Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής έκρινε ότι η αύξηση της δημοσίας δαπάνης για την υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη που προκαλείται λόγω της γήρανσης, από το 2000 έως το 2050, ενδέχεται να ανέρχεται σε 2-3 ποσοστιαίες μονάδες του ΑεγχΠ. Οι προβολές αυτές πάντως πρέπει να αντιμετωπιστούν επιφυλακτικά καθώς αναφέρονται σε ιδιαίτερα μακροχρόνιες περιόδους και βασίζονται σε αρκετές υποθέσεις ως προς τις μελλοντικές τάσεις της οικονομίας και των συμπεριφορών.

...και η γήρανση του ιατρικού προσωπικού.

Τα προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη και την παραμονή στο επάγγελμα του ιατρικού προσωπικού, που ήδη έχουν εκδηλωθεί σε μερικά Κράτη μέλη, είναι πιθανό να επιδεινωθούν λόγω της συνολικής τάσης για γήρανση και μείωση του εργατικού δυναμικού σε αυτόν τον τομέα, με αποτέλεσμα να ενταθεί ο ανταγωνισμός για την προσέλκυση εργατικού δυναμικού. Και οι δύο αυτές τάσεις θα μπορούσαν να αυξήσουν τις δαπάνες. Έτσι, ο τομέας της υγείας θα πρέπει να ανταποκριθεί στις επιπτώσεις της γήρανσης του προσωπικού του όπως και των πελατών του. Αυτό είναι ακόμη εμφανέστερο σε ό,τι αφορά τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες: σε επτά Κράτη μέλη, το 40% των νοσηλευτών είναι ήδη άνω των 45 ετών και σε άλλα πέντε Κράτη μέλη σχεδόν ένας στους δύο νοσηλευτές έχουν φθάσει στην ηλικία αυτή. Δύο άλλοι παράγοντες συμβάλλουν χαρακτηριστικά στην έλλειψη νοσηλευτών: οι τάσεις αστάθειας των πολιτικών πρόσληψης και, ακόμη σημαντικότερο, οι δύσκολες συνθήκες εργασίας σε συνδυασμό με μέτριες αποδοχές που οδηγούν σε υψηλό βαθμό εναλλαγής του προσωπικού. Η πρόσληψη μεταναστών για να καλυφθούν οι ελλείψεις τον τομέα αυτόν είναι πιθανόν να αυξηθούν σημαντικά.

Η διεύρυνση μπορεί να δημιουργήσει νέες προκλήσεις σε ό,τι αφορά το προσωπικό. Όταν η ελεύθερη κυκλοφορία θα εφαρμοστεί πλήρως για τα προσχωρούντα κράτη, ενδέχεται να δημιουργηθούν περισσότερες προκλήσεις στον τομέα της παροχής θεραπείας και υπηρεσιών στις χώρες αυτές, καθώς είναι πιθανό τα άτομα να προτιμούν να λάβουν ιατρική περίθαλψη σε άλλα Κράτη μέλη και το ιατρικό προσωπικό να προσελκυστεί από τις υψηλότερες αποδοχές στις σημερινές χώρες της ΕΕ.

Για να ανταποκριθεί, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή αναδιάρθρωση και να αναπτύσσει συνέργιες με άλλες πολιτικές που επηρεάζουν την υγεία.

Το συνδυασμένο αποτέλεσμα της τεχνολογικής προόδου, της αύξησης του εισοδήματος, των προσδοκιών και της γήρανσης του πληθυσμού θα δημιουργήσει μια διαρθρωτική τάση αύξησης των δαπανών στον τομέα της υγείας. Επομένως, μια βασική πρόκληση στη μελλοντική πολιτική στον τομέα της υγείας θα είναι να καταστούν οι υπηρεσίες υγείας τόσο αποτελεσματικές και αποδοτικές σε σχέση με το κόστος

ώστε η ευρεία πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης να καταστεί απόλυτα βιώσιμη, πριν βρεθεί αντιμέτωπη με τις παραπάνω τάσεις. Αυτό απαιτεί αποφασιστικές προσπάθειες για καλύτερη διαχείριση και αξιολόγηση των επιπτώσεων από τις παρεμβάσεις, τις θεραπευτικές μεθόδους και τις τεχνολογίες στον τομέα της υγείας.

Η γήρανση θα οδηγήσει σε αύξηση της πίεσης προς τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και παροχής μακροχρόνιας περίθαλψης. Η προσαρμογή σε αιφνίδιες αλλαγές στις παθολογίες, η αντιμετώπιση των αναγκών για έμφυχο δυναμικό και η εξασφάλιση της βιωσιμότητας, της ποιότητας και της πρόσβασης μακροπρόθεσμα, φέρνουν τους αρμόδιους χάραξη πολιτικής και τους υπεύθυνους διοίκησης αντιμέτωπους με ένα πολύπλοκο συνδυασμό προκλήσεων.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως σε όλα τα Κράτη μέλη υπάρχουν ισχυροί δεσμοί μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (συγκεκριμένα, του επιπέδου εκπαίδευσης, του οικογενειακού προτύπου, των ανισοτήτων λόγω φύλου, του εισοδήματος και της απασχόλησης) και της υγείας, ενώ οι ανισότητες ως προς την κατάσταση της υγείας παραμένουν ουσιαστικές. Οι ανισότητες αυτές, παρόλο που δεν είναι εντελώς άσχετες με το χαρακτήρα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συνδέονται πρωτίστως με τις ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες που αντικατοπτρίζονται στους κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Με βάση αυτή τη διαπίστωση, θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί ότι οι πολιτικές που προωθούν την απασχόληση, βελτιώνουν την ποιότητα των θέσεων εργασίας ή μειώνουν τις ανισότητες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σημαντικές βελτιώσεις της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Πράγματι, ένα από τα συμπεράσματα της παρούσας έκθεσης είναι ότι, εκτός από την πολιτική στον τομέα της υγείας, η κοινωνική πολιτική και η πολιτική για την απασχόληση σε συνδυασμό με τις οικονομικές πολιτικές μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη δημιουργία και τη διατήρηση καλής υγείας. Για το λόγο αυτό, μια άλλη μεγάλη πρόκληση θα είναι να βρεθούν τρόποι για την καλύτερη εκμετάλλευση των συνεργιών μεταξύ των πολιτικών στον τομέα της υγείας και άλλων πολιτικών που επηρεάζουν τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται συνθήκες υγιούς διαβίωσης για όλους τους Ευρωπαίους σε όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής⁴⁶.

46 Βλέπε την Ανακοίνωση της Επιτροπής "Impact Assessment (COM(2002) 276 τελικό)"

3 Η ανθεκτικότητα του Ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου

Το 1993, όταν το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στην Κοπεγχάγη έθεσε το ερώτημα γιατί οι αναπτυξιακές δυνατότητες της Ένωσης, η ανταγωνιστικότητα και η απασχόληση υστερούσαν σε σχέση με άλλους μείζονες οικονομικούς τομείς, αρκετοί ήταν εκείνοι που απάντησαν ότι οι χαμηλές επιδόσεις ήταν αποτέλεσμα θεμελιωδών αδυναμιών στο υπάρχον ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο. Άλλοι υποστήριξαν ότι τα βασικά αξιώματα του Ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου ήταν πλήρως συμβατά με τις προσπάθειες για ουσιαστική βελτίωση των συνολικών επιδόσεων της Ένωσης. Μια δεκαετία αργότερα, οι δείκτες που συγκεντρώθηκαν για την Έκθεση για "την κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση" φαίνεται να επικυρώνουν ότι η Ένωση και τα Κράτη μέλη της αποφάσισαν να συνεχίσουν μια προσέγγιση που στοχεύει στη διατήρηση της αλληλεγγύης και της κοινωνικής συνοχής⁴⁷.

Οι δείκτες για την απασχόληση, την εκπαίδευση, την υγεία και τη γενική ευημερία που περιλαμβάνονται στην παρούσα έκθεση γενικά επιβεβαιώνουν ότι έχει επιτευχθεί ουσιαστική πρόοδος και ότι η Ευρώπη είναι εξίσου ικανή με άλλες μεγάλες οικονομικές δυνάμεις να παρέχει καλές συνθήκες διαβίωσης στη μεγάλη πλειοψηφία των πολιτών της.

Την τελευταία δεκαετία η προώθηση της απασχόλησης και ο εκσυγχρονισμός της κοινωνικής προστασίας λαμβάνουν όλο και μεγαλύτερη σημασία και προτεραιότητα στον πυρήνα της συνολικής στρατηγικής της Ένωσης. Η απασχόληση και οι κοινωνικές πολιτικές έχουν υποστεί ταχείες εξελίξεις στα Κράτη μέλη, ενώ έχει εφαρμοστεί μια διαδικασία κάλυψης της καθυστέρησης και σύγκλισης. Το αποτέλεσμα δεν έδειξε κάποια εξασθένηση των ευρωπαϊκών προσεγγίσεων που βασίζονται σε ένα συνδυασμό δυναμικής της αγοράς και των προσπαθειών του δημόσιου τομέα, αλλά ενδυνάμωση και περαιτέρω ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου.

Σήμερα αναγνωρίζεται από όλους ότι οι ποιοτικές κοινωνικές πολιτικές, που υποστηρίζουν την απασχόληση μπορούν επίσης να αυξήσουν και τις οικονομικές επιδόσεις. Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα καλό παράδειγμα αυτής της συνέργειας μεταξύ της κοινωνικής και οικονομικής διάστασης. Από τη μία ο τομέας αυτός συμβάλλει στην ποιότητα ζωής και η καλύτερη υγεία μεταφράζεται σε

καλύτερες επιδόσεις της οικονομίας (υψηλότερη παραγωγικότητα, λιγότερες απουσίες, μειωμένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης κ.λπ.). Από την άλλη, η ανάπτυξη του αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την ανάπτυξη της απασχόλησης. Περισσότερες από 2 εκατομμύρια θέσεις εργασίας ή το 18% της συνολικής ίδρυσης θέσεων εργασίας στην περίοδο 1995-2001 πραγματοποιήθηκε στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών που σήμερα αντιπροσωπεύει σχεδόν το 10% της συνολικής απασχόλησης.

Όπως τονίζεται στη εφετηνή έκθεση σύνθεσης⁴⁸, τα Κράτη μέλη που παρουσιάζουν τις καλύτερες επιδόσεις σε όλους τους βασικούς δείκτες είναι εκείνα στα οποία οι αρχές των ενεργού κράτους πρόνοιας εφαρμόζονται με τη μεγαλύτερη συνέπεια και δέσμευση. Οι επιδόσεις αυτών των Κρατών μελών δείχνουν ότι υπάρχει δυναμικό για περαιτέρω πρόοδο και ότι πρέπει να υπάρξει καλύτερη εκμετάλλευση του δυναμικού αυτού στα επόμενα χρόνια. Η ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση και οι νέες διαδικασίες εκσυγχρονισμού της κοινωνικής προστασίας και προώθησης της κοινωνικής ένταξης έχουν οργανωθεί με τρόπο ώστε να παρέχουν σε όλα τα Κράτη μέλη την ικανότητα να εκμεταλλευθούν το κοινό κεφάλαιο γνώσεων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η Ευρώπη μπορεί να προχωρήσει ακόμη περισσότερο προς την κατεύθυνση της οικονομικής και κοινωνικής βιωσιμότητας.

Όπως είναι φυσικό, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά προβλήματα και οι προκλήσεις για την Ένωση αναμένεται να είναι ακόμα μεγαλύτερες στην επόμενη δεκαετία από ό,τι στην προηγούμενη. Παραδείγματος χάρη, εξακολουθούν να υπάρχουν ανησυχίες σε ό,τι αφορά τις τάσεις για τη νέα γενιά όπως υπογραμμίστηκε σε αρκετά σημεία στην Έκθεση για την Κοινωνική Κατάσταση: επίμονη ανεργία, ειδικές μορφές θνησιμότητας και εργατικών ατυχημάτων, ανεπάρκεια επαγγελματικής εκπαίδευσης. Ένα άλλο ανησυχητικό πρόβλημα είναι η συνεχιζόμενη παρουσία παγίδων φτώχειας. Αλλά η πορεία προς την πρόοδο, όπως διαπιστώνεται από τα Κράτη μέλη με τις καλύτερες επιδόσεις, εξακολουθεί να βασίζεται στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας του Ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου.

47 Ανάπτυξη, ανταγωνιστικότητα, απασχόληση - Οι προκλήσεις και η αντιμετώπισή τους για τη μετάβαση στον 21ο αιώνα Επιτροπή, 1993.

48 "Επιλέγοντας τη μεγέθυνση: γνώση, καινοτομία και θέσεις εργασίας σε μια κοινωνία με συνοχή" Έκθεση στο εαρινό Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της 21ης Μαρτίου 2003 για τη στρατηγική της Λισσαβώνας για την οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική ανανέωση, COM (2003) 5 τελικό 12 2

Παραρτήματα

Γήρανση του πληθυσμού

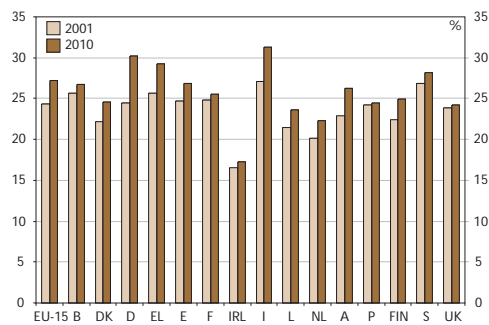
Το 2001, υπήρχαν στην ΕΕ 62 εκατομμύρια ηλικιωμένοι ηλικίας 65 και άνω σε σύγκριση με μόλις 34 εκατομμύρια το 1960. Σήμερα, οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 16% του συνολικού πληθυσμού ή το 24% του πληθυσμού που θεωρείται ότι βρίσκεται σε ηλικία εργασίας (15-64 ετών). Έως το 2010, το τελευταίο ποσοστό αναμένεται να αυξηθεί στο 27%. Τα επόμενα δεκαπέντε έτη, ο αριθμός των «πολύ ηλικιωμένων» ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω θα αυξηθεί κατά περίπου 50%.

Βασικός δείκτης

Λόγος εξάρτησης της τρίτης ηλικίας (Πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω ως ποσοστό του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας (15-64) την 1η Ιανουαρίου)	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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

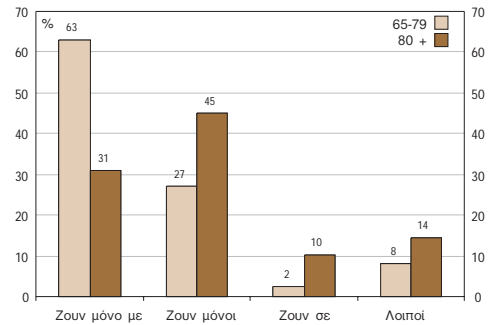
Πηγή: Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές

Σχήμα 6 Λόγος εξάρτησης της τρίτης ηλικίας, το 2001 και το 2010



Πηγή: Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές. Στοιχεία του 2000 για την ΕΕ-15, την ΕΛ και το UK.

Σχήμα 7 Ηλικιωμένος πληθυσμός ανά κατάσταση νοικοκυριού και ηλικία ΕΕ-15, 2010



Πηγή: Eurostat - (Βασικές) προβολές για τα νοικοκυριά με βάση το 1995

Μετανάστευση και άσυλο

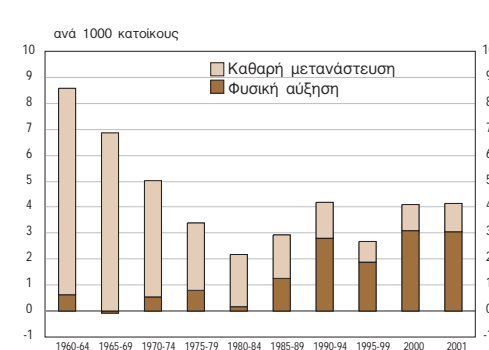
Από το 1989 η καθαρή μετανάστευση αποτελεί την κύρια συνιστώσα της ετήσιας αλλαγής του πληθυσμού στην Ένωση. Το 2001 το ετήσιο ποσοστό καθαρής μετανάστευσης ήταν 3,1 ανά 1.000 κατοίκους, δηλαδή αντιστοιχούσε περίπου στο 74% της συνολικής αύξησης του πληθυσμού. Το 2000 περίπου το 5% του πληθυσμού της ΕΕ δεν ήταν υπήκοοι του κράτους μέλους στο οποίο διέμεναν (το 3,4% δεν ήταν υπήκοοι της ΕΕ και το 1,5% ήταν υπήκοοι της ΕΕ) και υποβλήθηκαν λίγο περισσότερες από 363.000 αιτήσεις χορήγησης άσυλου στα δεκαπέντε κράτη μέλη.

Βασικός δείκτης

Ποσοστό καθαρής μετανάστευσης (ανά 1.000 κατοίκους)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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
Μέσο ετήσιο ποσοστό καθαρής μετανάστευσης																
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

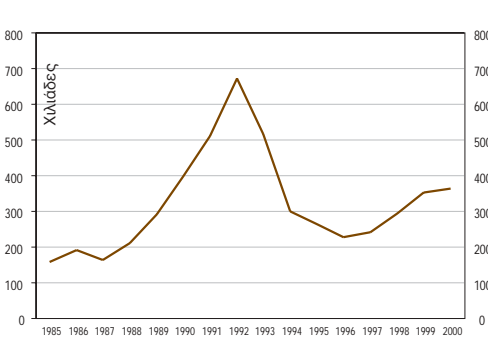
Πηγή: Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές

Σχήμα 8 Μέσο ετήσιο ποσοστό πληθυσμιακής μεταβολής ανά συνιστώσα, ΕΕ-15, 1960-2001



Πηγή: Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές

Σχήμα 9 Αιτήσεις για άσυλο, ΕΕ-15, 1985-2000



Πηγή: Eurostat - Στατιστικές μετανάστευσης

Εκπαίδευση και τα αποτελέσματά της

Το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία τριάντα έτη, ιδίως των γυναικών. Σήμερα, το 75% των νέων ηλικίας 25-29 ετών στην Ένωση έχει ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ταυτόχρονα, ωστόσο, το 19% των ατόμων ηλικίας 18-24 ετών εγκαταλείπει το εκπαιδευτικό σύστημα έχοντας, στην καλύτερη περίπτωση, ολοκληρώσει μόνο την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Βασικός δείκτης

Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση (μερίδιο του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών που δεν έχουν ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ISCED 0-2) και δεν συμμετέχουν σε πρόγραμμα εκπαίδευσης ή κατάρτισης) το 2001

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

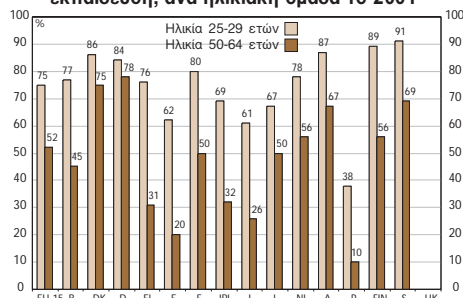
Σημειώσεις: Για την IRL στοιχεία του 1997. Για το UK δεν παρέχονται στοιχεία για τα άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο. Ο ορισμός του «μορφωτικού επιπέδου ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης» δεν έχει συμφωνηθεί ακόμα.

Άτομα ηλικίας 18-24 ετών ανά είδος δραστηριότητας (%) το 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Εκπαιδευμένα και απασχολούμενα	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Εκπαιδευμένα, αλλά μη απασχολούμενα	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Μη εκπαιδευμένα, αλλά απασχολούμενα	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Ούτε εκπαιδευμένα ούτε απασχολούμενα	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

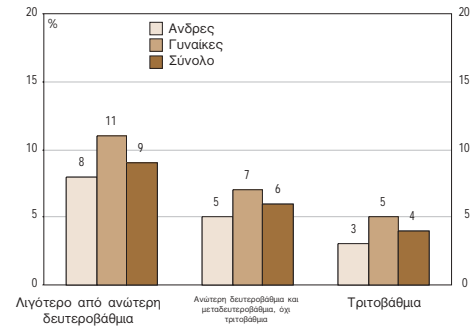
Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Σχήμα 10 Ποσοστό του πληθυσμού που έχει ολοκληρώσει τουλάχιστον την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ανά ηλικιακή ομάδα το 2001



Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σημειώσεις: Για την IRL - στοιχεία του 1997. Για το UK δεν παρουσιάζονται στοιχεία. Ο ορισμός του μορφωτικού επιπέδου ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης» δεν έχει συμφωνηθεί ακόμα.

Σχήμα 11 Ποσοστά ανεργίας για άτομα ηλικίας 25-64 ετών ανά φύλο και μορφωτικό επίπεδο, ΕΕ-15, το 2001



Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σημειώσεις: Οι εξετάσεις GCSE 'O' level του UK περιλαμβάνονται στην ανώτερη δευτεροβάθμια (ISCED 3)

Δια βίου μάθηση

Σε όλη την ΕΕ, το 8% του πληθυσμού ηλικίας 25-64 ετών συμμετείχε σε πρόγραμμα εκπαίδευσης /κατάρτισης (τις τελευταίες 4 εβδομάδες) το 2001. Τέτοιες δραστηριότητες φαίνεται να υπερισχύουν στις χώρες του Βορρά, στις Κάτω Χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μικρότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε πρόγραμμα κατάρτισης από τους νεότερους. Επίσης, τα άτομα υψηλότερων προσόντων έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε τέτοια προγράμματα από τα άτομα χαμηλών επαγγελματικών προσόντων.

Βασικός δείκτης

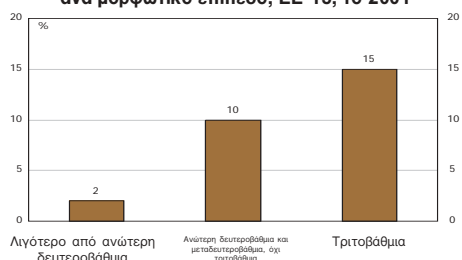
Δια βίου μάθηση (Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 25-64 ετών, που συμμετείχαν σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας) το 2001

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

Άνδρες, Γυναίκες,

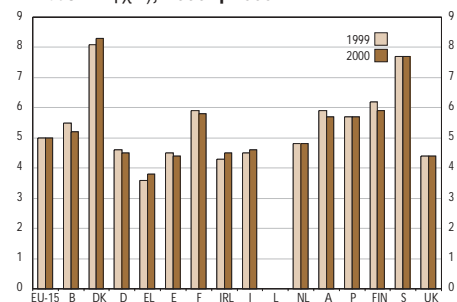
Σημειώσεις: για την F (Γαλλία) Ελήφθη υπόψη μόνο η εκπαίδευση που ελάμβανε χώρα κατά τη διάρκεια που γινόταν η έρευνα Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Σχήμα 12 Δια βίου μάθηση (ποσοστό των ατόμων ηλικίας 25-64 ετών που συμμετείχαν σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας) ανά μορφωτικό επίπεδο, ΕΕ-15, το 2001



Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σημειώσεις: για τη F - βλεπε τις μεθοδολογικές σημειώσεις. Για την IRL στοιχεία του 1997. Οι εξετάσεις GCSE 'O' level του UK περιλαμβάνονται στην ανώτερη δευτεροβάθμια (ISCED 3)

Σχήμα 13 Δαπάνες σε ανθρώπινους πόρους (Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την εκπαίδευση ως ποσοστό του ΑΕγχΠ), 1999 ή 2000



Πηγή: Eurostat - Στατιστικές εκπαίδευσης

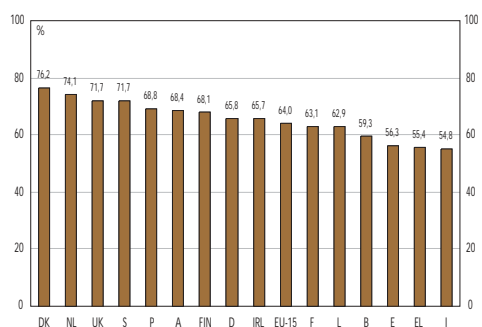
Απασχόληση

Το 2001, περίπου 168 εκατομμύρια άτομα εργάζονταν στην Ένωση, δηλαδή αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 12 εκατομμύρια από το 1996. Αυτό αντιπροσωπεύει ετήσια αύξηση της απασχόλησης κατά 1,5% περίπου. Το 2001, η απασχόληση αυξήθηκε κατά 1,2%. Το ποσοστό απασχόλησης για τον πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών ήταν 64% το 2001.

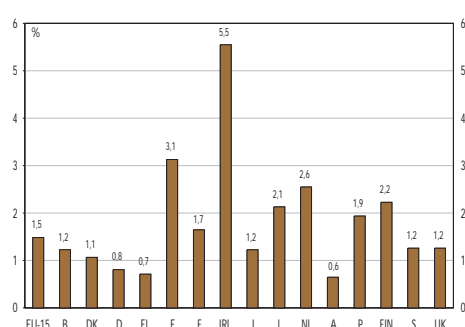
Βασικός δείκτης	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ποσοστό απασχόλησης, 15-64 ετών																
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5
Τάσεις της απασχόλησης																
Συνολική απασχ. το 2001 (εκ.)	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
Συνολική απασχ. το 2000 (εκ.)	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
Συνολική απασχ. το 1996 (εκ.)	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 (ποσοστιαία μέση ετήσια αύξηση της απασχόλησης)	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 (ποσοστιαία ετήσια αύξηση της απασχόλησης)	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

Πηγή: Eurostat - Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Σχήμα 14 Ποσοστά απασχόλησης (15-64 ετών), το 2001



Σχήμα 15 Μέση ετήσια αύξηση της απασχόλησης, 1996-2001



Απασχόληση των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων

Αν και την τελευταία τετραετία, το ποσοστό απασχόλησης των ανδρών ηλικίας 55-64 στην ΕΕ αυξήθηκε κατά 1,5 ποσοστιαίες μονάδες και έφτασε στο 48,7% το 2001, εξακολουθεί να είναι χαμηλότερο από το ποσοστό του 1991 (51,2%). Αντίθετα, το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών αυξάνεται σταθερά και έφτασε το 29% το 2001. Συνολικά, το 38,6% του πληθυσμού ηλικίας 55-64 ετών εργαζόταν το 2001. Το 2001, οι άνδρες εξέρχονταν από την αγορά εργασίας κατά μέσο όρο σε ηλικία 60,5 ετών, ενώ οι γυναίκες 1,5 έτος νωρίτερα. Η συνολική ηλικία εξόδου ήταν τα 60 έτη.

Βασικός δείκτης

Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων (Απασχολούμενοι ηλικίας 55-64 ετών ως μερίδιο του συνολικού πληθυσμού της ίδιας ηλικίας), το 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Σύνολο	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
Άνδρες	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
Γυναίκες	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

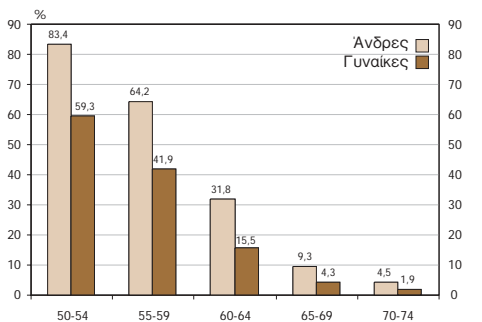
Πραγματική μέση ηλικία εξόδου (Μέση ηλικία εξόδου, σταθμισμένη με τη δυνατότητα αποχώρησης από την αγορά εργασίας), το 2001

Σύνολο	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
Άνδρες	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
Γυναίκες	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

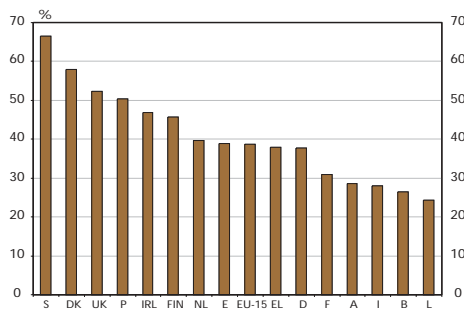
Απασχολούμενοι ηλικίας 55-64 ετών, το 2001 (1000)

Πηγή: Eurostat - έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (LFS) και τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Σχήμα 16 Ποσοστά απασχόλησης ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο, ΕΕ-15, 2001



Σχήμα 17 Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων το 2001



Ανεργία

Το 2001, ο συνολικός αριθμός των ανέργων στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώθηκε σε 12,8 εκατομμύρια. Αυτό αντιπροσωπεύει το 7,4% του εργατικού δυναμικού. Είναι το χαμηλότερο ποσοστό από το 1992. Μεταξύ του 2000 και του 2001, η Ισπανία, η Γαλλία, η Φινλανδία και η Σουηδία σημείωσαν τη μεγαλύτερη πτώση στα ποσοστά ανεργίας τους, μολονότι η Ισπανία εξακολουθεί να έχει το υψηλότερο ποσοστό (10,6%), ελαφρά υψηλότερο από την Ελλάδα (10,5%). Η ανεργία μειώθηκε σε όλα τα κράτη μέλη, εκτός από την Πορτογαλία όπου παρέμεινε στο χαμηλό ποσοστό του 4,1%.

Βασικός δείκτης

Ποσοστό ανεργίας (Σύνολο των ανέργων ως μερίδιο του συνολικού ενεργού πληθυσμού. Εναρμονισμένες σειρές.) **2001**

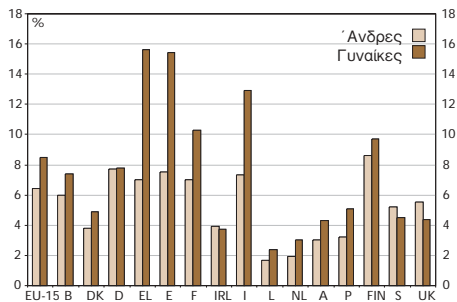
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Σύνολο 2001	7.4	6.6	4.3	7.7	10.5	10.6	8.6	3.8	9.4	2.0	2.4	3.6	4.1	9.1	4.9	5.0
άνδρες 2001	6.4	6.0	3.8	7.7	7.0	7.5	7.0	3.9	7.3	1.7	1.9	3.0	3.2	8.6	5.2	5.5
γυναίκες 2001	8.5	7.4	4.9	7.8	15.6	15.4	10.3	3.7	12.9	2.4	3.0	4.3	5.1	9.7	4.5	4.4
γυναίκες 2000	7.8	6.9	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
Σύνολο 1994	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

Σύνολο Ανεργία το 2001 (1000)

12861 286 123 3073 457 1892 2221 68 2248 4 198 137 212 238 225 1485

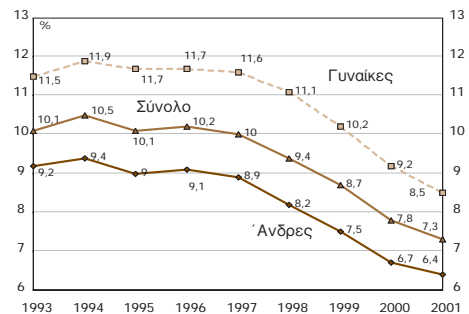
Πηγή: Eurostat - Ποσοστά ανεργίας (ορισμός της ΔΟΕ)

Σχήμα 18 Ποσοστά απασχόλησης ανά φύλο, το 2001



Πηγή: Eurostat - Ποσοστά ανεργίας (ορισμός της ΔΟΕ)

Σχήμα 19 Τάσεις του ποσοστού απασχόλησης ανά φύλο, ΕΕ-15, 1993-2001



Πηγή: Eurostat - Ποσοστά ανεργίας (ορισμός της ΔΟΕ)

Ανεργία των νέων

Σε όλη την ΕΕ, το 7,3 % των νέων (15-24 ετών) ήταν άνεργοι το 2001. Το ποσοστό ανεργίας (ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού) των νέων ήταν 14,7%. Οι διαφορές μεταξύ των δύο αυτών ποσοστών ποικίλλουν σημαντικά στις διάφορες χώρες και πιθανώς εξηγούνται εν μέρει από το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός ατόμων στην ηλικία αυτή παραμένει στην εκπαίδευση. Η ανεργία των νέων/λόγος πληθυσμού ανάμεσα στο 2000 και το 2001 δεν ακολούθησε τη γενική πτωτική τάση στην απασχόληση: σε πέντε κράτη μέλη αυξήθηκε, σε πέντε παρέμεινε ίδια και σε πέντε μειώθηκε.

Βασικός δείκτης

Λόγος νέων ανέργων/πληθυσμού

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

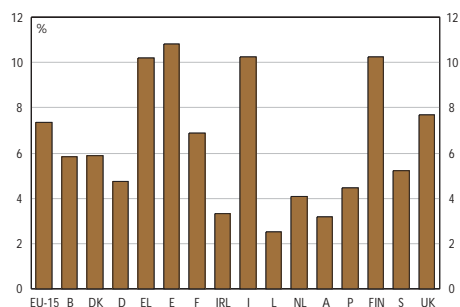
Πηγή: Eurostat - Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό

Ποσοστό ανεργίας των νέων

2001 Σύνολο	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 άνδρες	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 γυναίκες	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 Σύνολο	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 Σύνολο	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

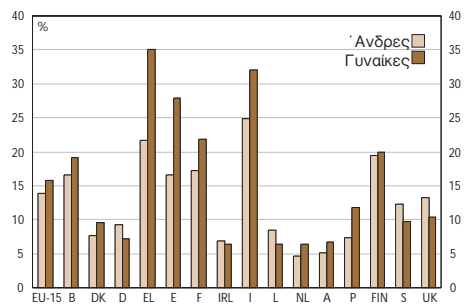
Πηγή: Eurostat - Ποσοστά ανεργίας (ορισμός της ΔΟΕ),

Σχήμα 20 Λόγος νέων ανέργων/πληθυσμού (15-24 ετών), το 2001



Πηγή: Eurostat - Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Σχήμα 21 Ποσοστά ανεργίας των νέων (15-24 ετών) ανά φύλο, το 2001



Πηγή: Eurostat - Ποσοστά ανεργίας (ορισμός της ΔΟΕ)

Μακροχρόνια ανεργία

Το 2001, η μακροχρόνια ανεργία έπληττε το 3,3% του εργατικού δυναμικού της ΕΕ-15. Με άλλα λόγια, το 44% των ανέργων βρισκόταν σε αυτή την κατάσταση για τουλάχιστον ένα έτος. Το ποσοστό της μακροχρόνιας ανεργίας μειώθηκε τα τελευταία έτη, όμως εξακολουθεί να ανέρχεται στο 5% ή περισσότερο στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Ιταλία. Για τους νέους ηλικίας 15-24 ετών, το 6,9% (ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού) ήταν άνεργο για τουλάχιστον έξι μήνες.

Βασικός δείκτης

Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(Σύνολο των ατόμων που πλήττονται από μακροχρόνια ανεργία (άνω των 12 μηνών) ως ποσοστό του συνολικού ενεργού πληθυσμού - εναρμονισμένες σειρές...)																
2001 Σύνολο	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 - άνδρες	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 - γυναίκες	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

Πηγή: Eurostat - Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Άνεργοι για 12 μήνες και άνω ως ποσοστό των συνολικών ανέργων

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

Πηγή: Eurostat - έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (LFS) και τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας των νέων (6 μήνες και άνω)

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

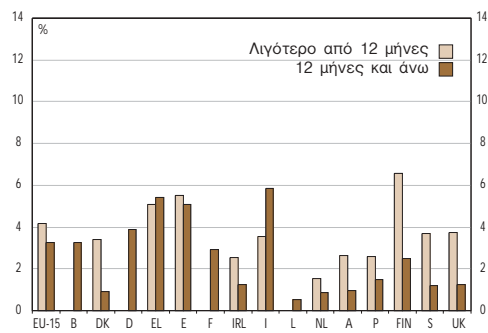
Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (LFS)

Νέοι άνεργοι για 6 μήνες και άνω ως ποσοστό του συνολικού αριθμού των νέων ανέργων

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

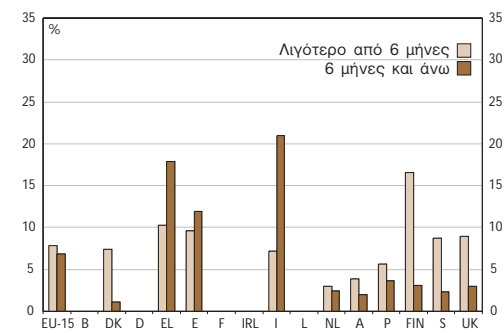
Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (LFS)

Σχήμα 22 Ποσοστά ανεργίας ανά διάρκεια, το 2001



Πηγή: Eurostat - Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό (QLFD)

Σχήμα 23 Ανεργία των νέων ανά διάρκεια, 2001



Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (LFS)

Δαπάνες και έσοδα της κοινωνικής προστασίας

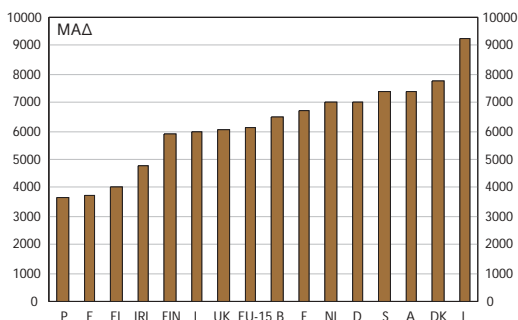
Το 2000 οι πραγματικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας μειώθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αντιπροσωπεύουν το 27,3% του ΑΕγχΠ, ποσοστό που μειώθηκε κατά μια μονάδα περίπου από το 1996. Οι διαφορές μεταξύ των κρατών μελών είναι σημαντικές. Η αναλογία των κατά κεφαλήν δαπανών σε ΜΑΔ ανάμεσα στο κράτος με τις υψηλότερες δαπάνες και το κράτος με τις χαμηλότερες είναι 2,5. Το σύστημα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη χώρα, κάνοντας χρήση είτε των κοινωνικών εισφορών είτε του γενικού κρατικού προϋπολογισμού.

Βασικός δείκτης

Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ	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

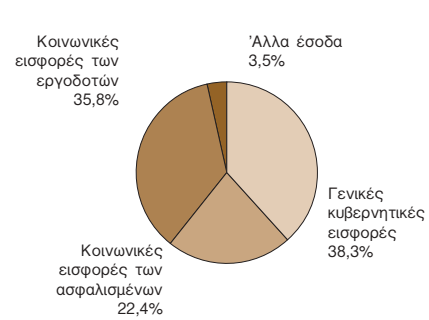
Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Σχήμα 24 Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ανά άτομο, το 2000



Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Σχήμα 25 Έσοδα κοινωνικής προστασίας ανά είδος ως ποσοστό των συνολικών εσόδων, EU-15, το 2000



Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Κοινωνικές παροχές

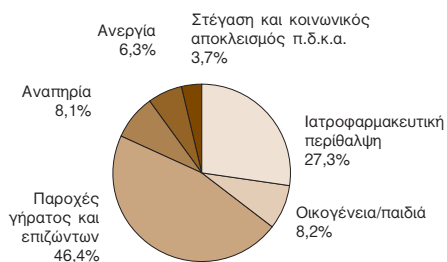
Το 2000 το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών παροχών στην πλειονότητα των κρατών μελών αφορούσαν τις παροχές γήρατος και επιζώντων. Αυτό ισχύει ιδίως για την Ιταλία (το 63,4% του συνόλου των παροχών, ενώ ο μέσος όρος στην Ευρώπη είναι 46,4%). Σε όλη την Ένωση, οι παροχές για τις δύο αυτές κατηγορίες αυξήθηκαν κατά 12% κατά κεφαλήν ανάμεσα στο 1995 και το 2000, ενώ το σύνολο των παροχών αυξήθηκε κατά 9%. Η αύξηση αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στη δημογραφία. Επιπλέον, οι πολιτικές που ακολούθησαν οι χώρες σχετικά με τη συνταξιοδότηση επηρέασαν επίσης την εξέλιξη των παροχών αυτών.

Βασικός δείκτης

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Παροχές γήρατος και επιζώντων ως ποσοστό των συνολικών κοινωνικών παροχών																
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
1991	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

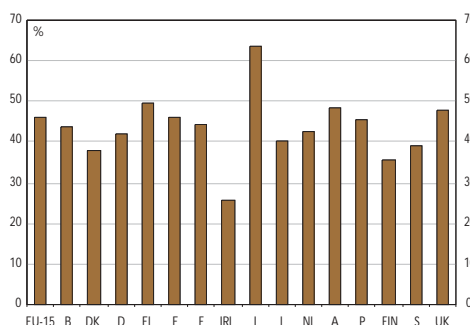
Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Σχήμα 26 Κοινωνικές παροχές ανά λειτουργικές ομάδες των συνολικών παροχών, EU-15, το 2000



Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Σχήμα 27 Παροχές γήρατος και επιζώντων ως ποσοστό των συνολικών κοινωνικών παροχών, το 2000



Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκό Σύστημα Ενοποιημένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS)

Δαπάνες για την πολιτική της αγοράς εργασίας

Το 2000 οι συνολικές δαπάνες για την πολιτική της αγοράς εργασίας αντιπροσώπευαν το 2,04% του ΑΕγχΠ, από τις οποίες το 0,68 αφορούσε ενεργητικά μέτρα πολιτικής για την αγορά εργασίας. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ κρατών μελών, χωρίς να υπάρχει σαφής διαχωρισμός Βορρά / Νότου. Δύο χώρες δαπανούν περισσότερο από το 3% του ΑΕγχΠ (Βέλγιο και Δανία), έξι χώρες δαπανούν ανάμεσα στο 2% και στο 3% (Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία και Σουηδία) και έξι χώρες δαπανούν λιγότερο από το 2% (Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο).

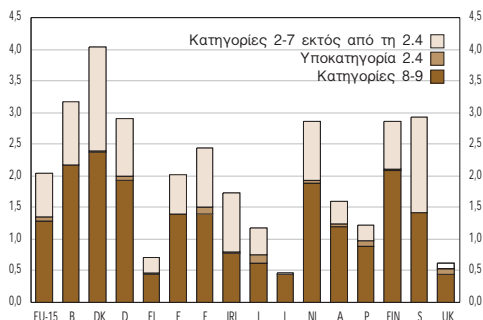
Βασικός δείκτης

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Δημόσιες δαπάνες για ενεργά μέτρα πολιτικής για την αγορά εργασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ το 2000																
Κατηγορίες 2-7 εκτός από την 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
Υποκατηγορία 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
Κατηγορίες 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
Σύνολο	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

Κατηγορίες 2-7: Κατάρτιση - Εναλλαγή και επιμερισμός των θέσεων εργασίας - Κίνητρα απασχόλησης - Ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες - Άμεση δημιουργία θέσεων εργασίας - Κίνητρα για τη δημιουργία επιχειρήσεων Υποκατηγορία 2.4: Ειδική υποστήριξη για τη μαθητεία Κατηγορίες 8-9: Διατήρηση του εισοδήματος και υποστήριξη των ανέργων - Πρόωρη συνταξιοδότηση

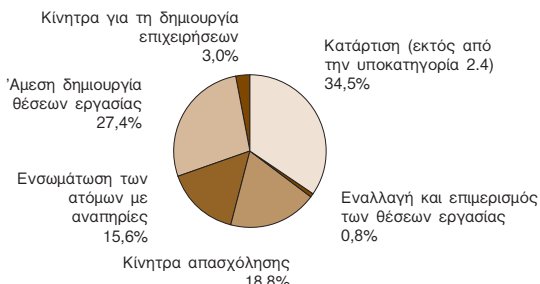
Πηγή: Eurostat - Βάση δεδομένων της πολιτικής για την αγορά εργασίας (LMP)

Σχήμα 28 Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την πολιτική για την αγορά εργασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ, το 2000



Πηγή: Eurostat - Βάση δεδομένων της πολιτικής για την αγορά εργασίας (LMP)

Σχήμα 29 Δαπάνες της πολιτικής για την αγορά εργασίας ανά είδος δράσης (κατηγορίες 2-7), ΕΕ-15, 2000



Πηγή: Eurostat - Βάση δεδομένων της πολιτικής για την αγορά εργασίας (LMP)

Κατανομή του εισοδήματος

Σε επίπεδο ΕΕ, το 1999, το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού έλαβε 4,6 φορές περισσότερο του συνολικού εισοδήματος, σε σχέση με το φτωχότερο 20% του πληθυσμού. Το χάσμα αυτό μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων είναι πάρα πολύ μικρό στη Δανία και στη Σουηδία (3,42), ακολουθούμενες από την Φινλανδία, Γερμανία, Κάτω χώρες και Αυστρία. Είναι πάρα πολύ ευρύ στα νότια κράτη μέλη, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία.

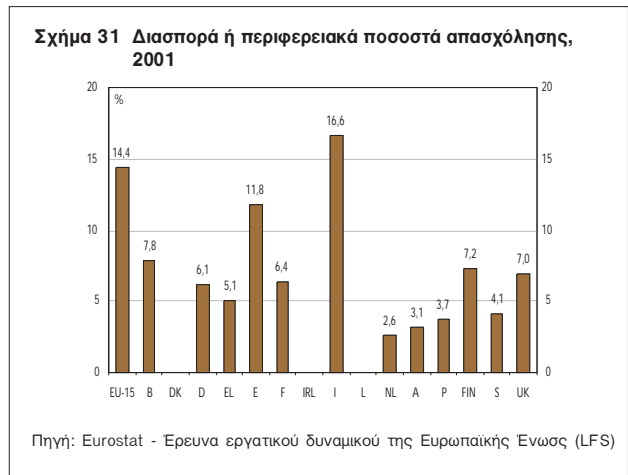
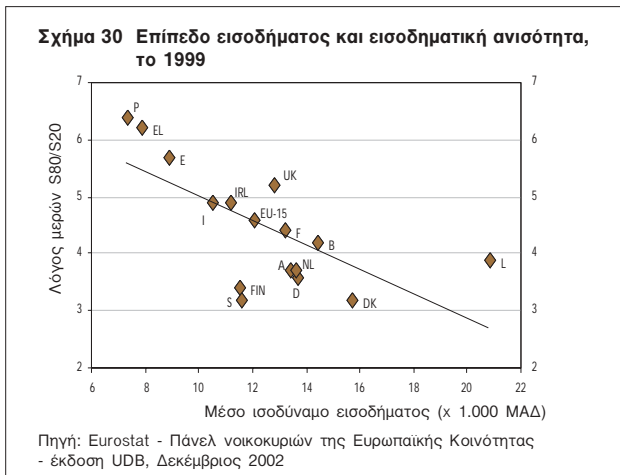
Βασικός δείκτης

Άνιση κατανομή του εισοδήματος (1)

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

(1) Το μερίδιο του συνολικού εθνικού εισοδήματος που έλαβε το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού σε σχέση με εκείνο του φτωχότερου 20%. Το εισόδημα πρέπει να εννοείται ως διάμεσο ισοδύναμο εισόδημα.

Πηγή: Eurostat - Πάanel νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας - έκδοση UDB Δεκέμβριος 2002



Νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα

Εξετάζοντας το συνολικό πληθυσμό διαπιστώνουμε ότι το 1999 περίπου το 15% των πολιτών της ΕΕ είχε ισοδύναμο εισοδήματος χαμηλότερο από το 60% της αντίστοιχης εθνικής διαμέσου. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε περίπου 56 εκατομμύρια άτομα. Χρησιμοποιώντας το 60% της εθνικής διαμέσου ως διαχωριστική τιμή κατωφλίου, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο φτώχειας ήταν σχετικά υψηλότερο (πάνω από 21%) στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία και σχετικά χαμηλότερο στο Βέλγιο, τη Δανία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο, τις Κάτω Χώρες, την Αυστρία και τη Φινλανδία (11-13%). Ήταν ιδιαίτερα χαμηλό στη Σουηδία (9%). Οι κοινωνικές παροχές μειώνουν το ποσοστό των ατόμων που κινδυνεύουν από τη φτώχεια σε όλα τα κράτη μέλη, όμως σε πολύ διαφορετικό βαθμό: η μείωση κυμαίνεται από 5% στην Ελλάδα έως 70% στη Σουηδία

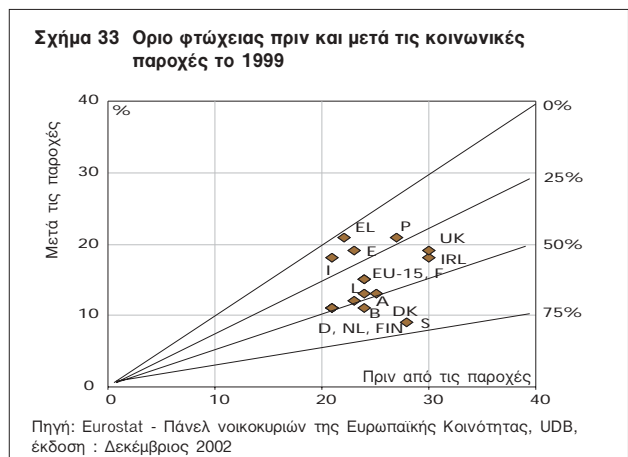
Βασικός δείκτης

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Όριο κινδύνου φτώχειας πριν από τις κοινωνικές παροχές. Το ποσοστό των ατόμων με διάμεσο ισοδύναμο εισόδημα, πριν από τις κοινωνικές παροχές κάτω από το όριο της φτώχειας, που ορίζεται στο 60% του εθνικού διαμέσου ισοδύναμου εισοδήματος (μετά τις κοινωνικές παροχές). Οι συντάξεις γήρατος υπολογίζονται σαν εισόδημα πριν από τις παροχές και όχι σαν κοινωνικές παροχές	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
1999																

Όριο κινδύνου φτώχειας μετά από τις κοινωνικές παροχές. Το ποσοστό των ατόμων με διάμεσο ισοδύναμο εισόδημα, πριν από τις κοινωνικές παροχές κάτω από το όριο της φτώχειας, που ορίζεται στο 60% του εθνικού διαμέσου ισοδύναμου εισοδήματος	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
1999																

60% του διαμέσου ετήσιου εισοδ. (€)	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% του διαμέσου ετήσιου εισοδ. (ΜΑΔ)	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

Πηγή: Eurostat - Πάanel νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας UDB, έκδοση : Δεκέμβριος 2002.



■ Νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενους και με χαμηλόμισθους

Μια σημαντική αιτία της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η ανεργία ή οι χαμηλές αμοιβές από την απασχόληση. Το 1999, το ποσοστό κινδύνου να περιέλθουν σε συνθήκες φτώχειας για τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά στα οποία δεν απασχολείται κανένα άτομο σε ηλικία εργασίας ήταν 51% - σχεδόν 3 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στην περίπτωση που απασχολείται τουλάχιστον ένα άτομο.

Βασικός δείκτης

Πληθυσμός σε νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενους - άτομα ηλικίας 0-65 ετών (Ποσοστό ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά των οποίων κανένα μέλος δεν απασχολείται ως μέρος του συνολικού πληθυσμού (εξαφαιρούμενων ατόμων σε νοικοκυριά όπου όλα τα μέλη είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών, ή 18-24 ετών και υπό εκπαίδευση, ή 65 ετών και άνω, μη εργαζόμενα) 2002

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

Πληθυσμός σε νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενους - άτομα ηλικίας 0-60 (άτομα που ζουν σε νοικοκυριά όπου κανένα μέλος δεν εργάζεται) ως μέρος του συνολικού πληθυσμού (εξαφαιρούμενων των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά όπου όλα τα μέλη είναι κάτω των 18 ετών, ή 18-24 ετών και υπό εκπαίδευση, ή 60 ετών και άνω αλλά μη εργαζόμενα) 2002

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

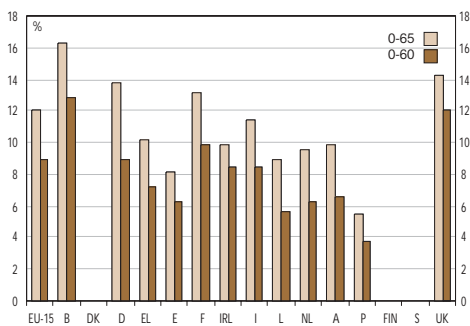
Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2002

Ποσοστά ορίου κινδύνου φτώχειας (%) ανάμεσα στα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά στα οποία απασχολείται(-ούνται) από τα άτομα σε ηλικία εργασίας, το 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... κανένα...	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
... ορισμένα -αλλά όχι όλα...	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
... όλα	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

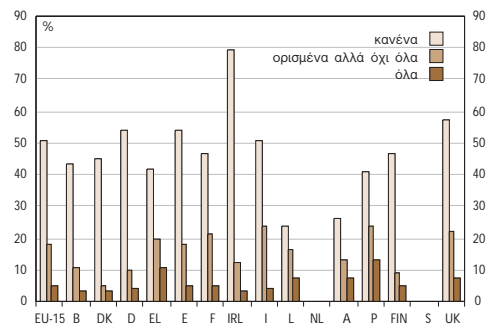
Πηγή: Eurostat - Πάnel νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, έκδοση UDB, Δεκέμβριος 2002

Σχήμα 34 Πληθυσμός σε νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενους, 2002



Πηγή: Eurostat - Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Σχήμα 35 Ποσοστά κινδύνου φτώχειας για τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά στα οποία απασχολείται(-ούνται) ... από τα άτομα σε ηλικία εργασίας, το 1999



Πηγή: Eurostat - Έρευνα για τις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, UDB, έκδοση : Δεκέμβριος 2002

■ Γυναίκες και άνδρες σε θέσεις λήψης αποφάσεων

Σε επίπεδο ΕΕ, η εκπροσώπηση των γυναικών στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αυξάνεται σταθερά σε όλες τις εκλογές από το 1984 και σήμερα αγγίζει το 30%. Στα εθνικά κοινοβούλια οι γυναίκες εξακολουθούν να υποεκπροσωπούνται σε όλα τα κράτη μέλη καθώς τα ποσοστά των εδρών που κατέχουν οι γυναίκες στα όργανα αυτά κυμαίνονται από 9% στην Ελλάδα έως 44% στη Σουηδία.

Βασικός δείκτης

Ποσοστό γυναικείου φύλου σε Εθνικά Κοινοβούλια (Ποσοστό εδρών που κατέχουν οι γυναίκες στα εθνικά κοινοβούλια (ή στην Κάτω Βουλή)), άνοιξη του 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

Ποσοστό των εδρών που κατέχουν οι γυναίκες στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ευρωεκλογές Ιουνίου 1999

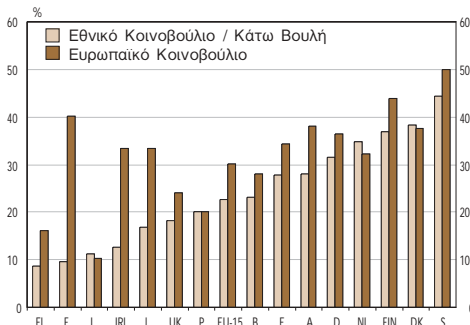
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Ποσοστό γυναικών στις εθνικές κυβερνήσεις, άνοιξη του 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

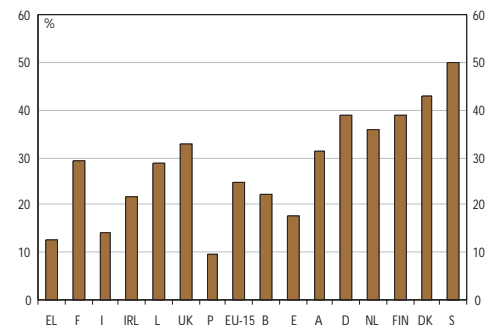
Πηγή: Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων - Γυναίκες σε θέσεις λήψης αποφάσεων

Σχήμα 36 Ποσοστό των εδρών που κατέχουν γυναίκες στο κοινοβούλιο, το 2001



Πηγή: Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων - Γυναίκες σε θέσεις λήψης αποφάσεων

Σχήμα 37 Ποσοστό γυναικών στις εθνικές κυβερνήσεις, άνοιξη του 2001



Πηγή: Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων - Γυναίκες σε θέσεις λήψης αποφάσεων

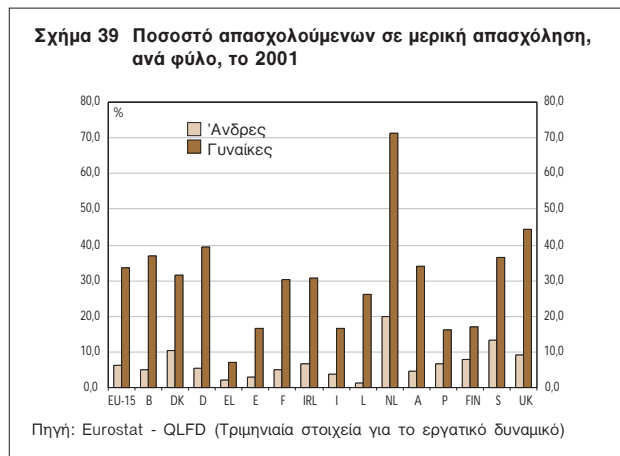
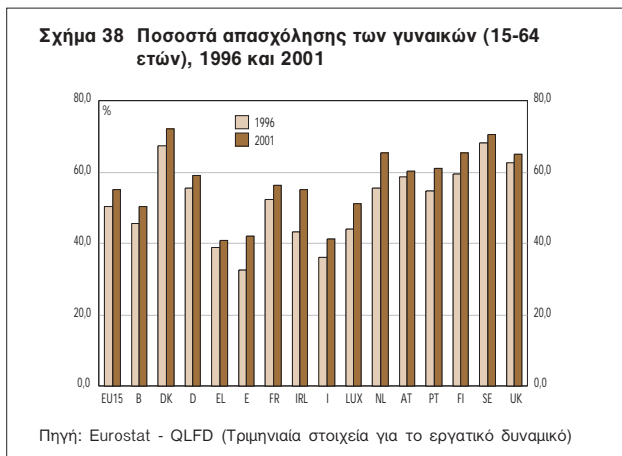
Απασχόληση γυναικών και ανδρών

Μεταξύ του 1996 και του 2001, το ποσοστό απασχόλησης των ανδρών στην ΕΕ αυξήθηκε κατά σχεδόν 3 μονάδες. Κατά την ίδια περίοδο, το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών αυξήθηκε κατά σχεδόν 5 μονάδες, μειώνοντας έτσι το χάσμα των δύο φύλων. Ωστόσο, το ποσοστό των ανδρών (73,0%) παραμένει σημαντικά υψηλότερο από εκείνο των γυναικών (54,9%). Τα υψηλότερα ποσοστά γυναικείας απασχόλησης απαντώνται στις τρεις χώρες του Βορρά, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Κάτω Χώρες.

Βασικός δείκτης

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ποσοστό απασχόλησης, 15-64 ετών, το 2001																
Γυναίκες	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
Άνδρες	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

Πηγή: Eurostat - QLFD (Τριμηνιαία στοιχεία για το εργατικό δυναμικό)



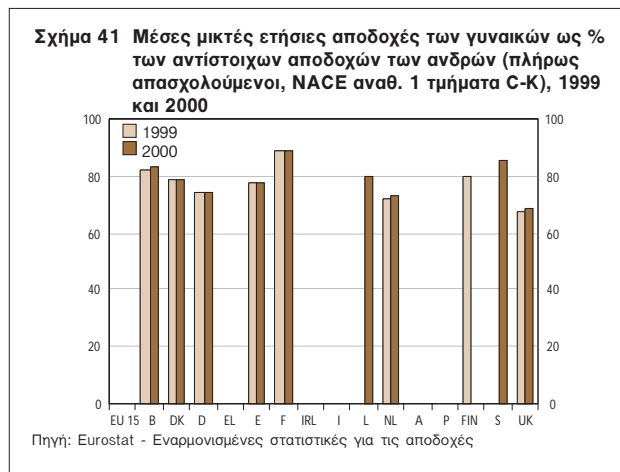
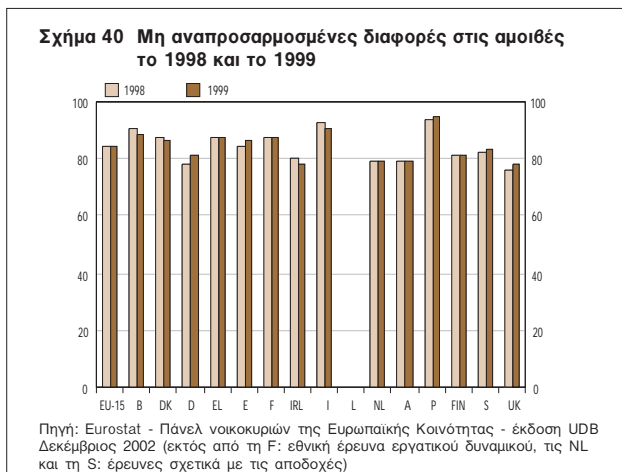
Αποδοχές γυναικών και ανδρών

Εκτιμήθηκε ότι το 1999 σε όλη την ΕΕ οι μέσες μικτές ωριαίες αποδοχές των γυναικών ήταν χαμηλότερες από τις αντίστοιχες των ανδρών κατά 16%. Οι μικρότερες διαφορές απαντώνται στην Πορτογαλία, την Ιταλία, το Βέλγιο και τη Γαλλία, και οι μεγαλύτερες στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία. Σε επίπεδο ΕΕ οι διαφορές παραμένουν οι ίδιες όπως το 1998, 1997 και το 1996. Για να μειωθούν οι διαφορές στις αμοιβές πρέπει να αντιμετωπιστούν τόσο οι άμεσες διακρίσεις στις αμοιβές όσο και οι έμμεσες διακρίσεις στη συμμετοχή στην αγορά εργασίας, την επιλογή του επαγγέλματος και την επαγγελματική εξέλιξη.

Βασικός δείκτης

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Μη αναπροσαρμοσμένες διαφορές των αποδοχών μεταξύ των φύλων (Μέσες μικτές ωριαίες αποδοχές των γυναικών ως % των αντίστοιχων αποδοχών των ανδρών. Ο πληθυσμός περιλαμβάνει όλους τους αμειβομένους εργαζόμενους ηλικίας 16-64 ετών που εργάζονται 15+ ώρες την εβδομάδα.)																
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

Πηγή: Eurostat - Πάnel νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας - έκδοση UDB Δεκέμβριος 2002 (εκτός από την F: εθνική έρευνα εργατικού δυναμικού, τις NL και την S: έρευνες σχετικά με τις αποδοχές)



Προσδόκιμο επιβίωσης και υγείας

Το προσδόκιμο επιβίωσης εξακολουθεί να αυξάνεται και τώρα φθάνει τα 81 έτη για τις γυναίκες και τα 75 για τους άνδρες. Σε όλα τα κράτη μέλη οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Σε ολόκληρη την ΕΕ οι γυναίκες αναμένεται να ζήσουν έως τα 66 έτη και οι άνδρες έως τα 63 έτη χωρίς καμία αναπηρία.

Βασικός δείκτης

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, το 2000																
Άνδρες	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
Γυναίκες	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

Σημείωση: Για τη D και την EL στοιχεία του 1999.
Πηγή: Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές

Διάρκεια υγιούς ζωής (Προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς αναπηρία κατά τη γέννηση), το 1996

Άνδρες	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Γυναίκες	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

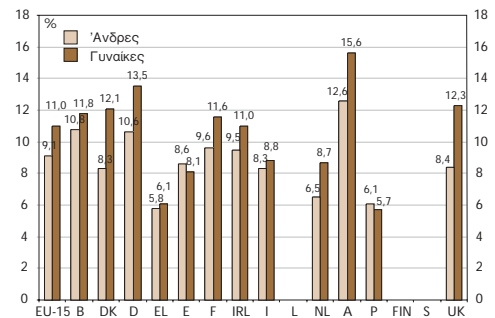
Πηγή: Eurostat - Στατιστικές θνησιμότητας και πάνελ νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας

Σχήμα 42 Κύριες αιτίες θανάτου ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΕ-15, 1998



Eurostat - Στατιστικές θνησιμότητας

Σχήμα 43 Ποσοστό του πληθυσμού που νοσηλεύτηκε τους τελευταίους 12 μήνες, το 1988



Πηγή: Eurostat - Πάνελ νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας - έκδοση UDB, Δεκέμβριος 2001

Ατυχήματα και προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία

Το 2000 γύρω στο 4,0% των εργαζομένων στην ΕΕ υπέστησαν εργατικό ατύχημα με αποτέλεσμα περισσότερες από τρεις ημέρες απουσίας από την εργασία τους. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 6,3% εάν συμπεριληφθούν τα ατυχήματα που δεν προκάλεσαν απουσία από την εργασία, ή η απουσία ήταν μικρότερη των 3 ημερών. Από το 1994, ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων με αποτέλεσμα περισσότερες από τρεις ημέρες απουσίας μειώθηκε κατά 11% (η τιμή του δείκτη ήταν 100 το 1998, 90 το 1999, 111 το 2000 και 111 το 1994). Κατά την περίοδο 1998-1999, το 5,4% των εργαζομένων υπέφερε κάθε χρόνο από προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία. Συνολικά, περίπου 510 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες χάθηκαν το 1999 εξαιτίας εργατικών ατυχημάτων (160 εκατομμύρια απολεσθείσες ημέρες) και προβλημάτων υγείας που συνδέονται με την εργασία (350 εκατομμύρια απολεσθείσες ημέρες). Τα θανάσιμα τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν κατά 46% περίπου από το 1970, αλλά καταγράφηκαν ακόμη περίπου 40.000 θάνατοι στους δρόμους της ΕΕ το 2001.

Βασικός δείκτης

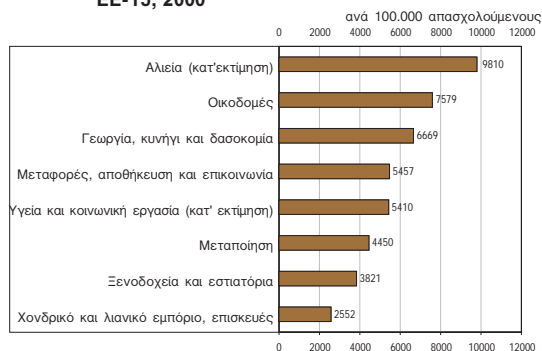
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Σοβαρά εργατικά ατυχήματα (Δείκτης του αριθμού σοβαρών εργατικών ατυχημάτων ανά 100.000 απασχολούμενους (1998=100)), το 2000																
Σύνολο	99*	82~b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Άνδρες	98*	80~b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Γυναίκες	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Θανάσιμα εργατικά ατυχήματα

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

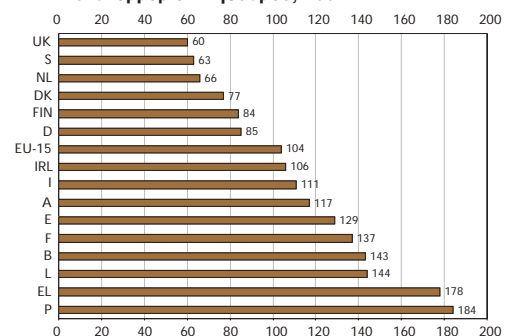
Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκές στατιστικές εργατικών ατυχημάτων (ESAW)

Σχήμα 44 Εργατικά ατυχήματα ανά είδος δραστηριότητας, ΕΕ-15, 2000



Πηγή: Eurostat - Ευρωπαϊκές στατιστικές εργατικών ατυχημάτων (ESAW)

Σχήμα 45 Αριθμός θανάτων λόγω τροχαίων ατυχημάτων ανά εκατομμύριο πληθυσμού, 2001



Πηγή: CARE (Κοινωτική βάση δεδομένων για τα τροχαία ατυχήματα) και Eurostat - Δημογραφικές στατιστικές. Σημειώσεις: για το B, την I και το UK: στοιχεία του 2000 από εθνικές πηγές. Όλα τα στοιχεία του 2001 είναι εκτιμήσεις.

Βασικοί κοινωνικοί δείκτες ανά Κράτος

No	Βασικός δείκτης	Μονάδα	Έτος	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Λόγος εξάρτησης της τρίτης ηλικίας	%	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	Ποσοστό καθαρής μετανάστευσης ανά 1.000 κατοίκους,		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	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - σύνολο	%	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	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - άνδρες	%	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	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - γυναίκες	%	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	Δια βίου μάθηση - σύνολο	%	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	Δια βίου μάθηση - άνδρες	%	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	Δια βίου μάθηση - γυναίκες	%	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	Ποσοστό απασχόλησης (βλέπε 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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - σύνολο	%	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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - άνδρες	%	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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - γυναίκες	%	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	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - σύνολο	έτη	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	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - άνδρες	έτη	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	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - γυναίκες	έτη	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	Ποσοστό ανεργίας - σύνολο	%	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	Ποσοστό ανεργίας - άνδρες	%	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	Ποσοστό ανεργίας - γυναίκες	%	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	Λόγος νέων ανέργων/πληθυσμού	%	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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - σύνολο	%	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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - άνδρες	%	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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - γυναίκες	%	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	Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ	%	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	Παροχές γήρατος και επιζώντων ως ποσοστό των συνολικών κοινωνικών παροχών	%	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	Δημόσιες δαπάνες για ενεργά μέτρα πολιτικής για την αγορά εργασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ	%	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	Άνιση κατανομή του εισοδήματος	Αναλογία	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	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας πριν από τις κοινωνικές παροχές	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας μετά από τις κοινωνικές παροχές	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Πληθυσμός σε νοικοκυριά ανέργων, άτομα ηλικίας 0-65	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Πληθυσμός σε νοικοκυριά ανέργων, άτομα ηλικίας 0-60	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Ποσοστό γυναικών στα εθνικά κοινοβούλια	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Ποσοστό απασχόλησης ανδρών (βλέπε αριθ. 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	Ποσοστό απασχόλησης γυναικών (βλέπε αριθ. 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	Μη αναπροσαρμοσμένες διαφορές στις αποδοχές	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Προσδόκιο επιβίωσης των ανδρών κατά τη γέννηση	έτη	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	Προσδόκιο επιβίωσης των γυναικών κατά τη γέννησης	έτη	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	Διάρκεια υγιούς ζωής των ανδρών	έτη	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Διάρκεια υγιούς ζωής των γυναικών	έτη	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - σύνολο	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100)	2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - άνδρες	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100)	2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - γυναίκες	Index points (1998 = 100)	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Θανάσιμα εργατικά ατυχήματα	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100)	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Βλέπε το σχόλιο στο αντίστοιχο πορτρέτο. Ο αριθμός μπορεί να προέρχεται από άλλο έτος (το τελευταίο διαθέσιμο) ή να έχει κάποιον άλλο περιορισμό.οη,

Επεξηγηματικές σημειώσεις για τους βασικούς δείκτες, βλέπε σελ. 36

Βασικοί κοινωνικοί δείκτες ανά προσχωρούσα/υποψήφια χώρα

No	Βασικός δείκτης	Μονάδα/Ετος	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Λόγος εξάρτησης της τρίτης ηλικίας	% 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	Ποσοστό καθαρής μετανάστευσης ανά 1.000 κατοίκους 2000	% 2001	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	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - σύνολο	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - άνδρες	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Άτομα που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο και δεν συμμετέχουν σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση - γυναίκες	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Δια βίου μάθηση - σύνολο	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Δια βίου μάθηση - άνδρες	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Δια βίου μάθηση - γυναίκες	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Ποσοστό απασχόλησης (βλέπε 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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - σύνολο	% 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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - άνδρες	% 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	Ποσοστό απασχόλησης των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων - γυναίκες	% 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	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - σύνολο	έτη 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - άνδρες	years 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Πραγματική μέση ηλικία εξόδου - γυναίκες	έτη 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Ποσοστό ανεργίας - σύνολο	% 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	Ποσοστό ανεργίας - άνδρες	% 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	Ποσοστό ανεργίας - γυναίκες	% 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	Λόγος νέων ανέργων/πληθυσμού	% 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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - σύνολο	% 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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - άνδρες	% 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	Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας - γυναίκες	% 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	Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Παροχές γήρατος και επιζώντων ως ποσοστό των συνολικών κοινωνικών παροχών	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Δημόσιες δαπάνες για την ενεργητική πολιτική για την αγορά εργασίας ως ποσοστό του ΑΕγχΠ	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Ύψις κατανομή του εισοδήματος	Αναλογία 1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας πριν από τις κοινωνικές παροχές	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Ποσοστό κινδύνου φτώχειας μετά από τις κοινωνικές παροχές	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Πληθυσμός σε νοικοκυριά ανέργων, άτομα ηλικίας 0-65	% 2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:
17b	Πληθυσμός σε νοικοκυριά ανέργων, άτομα ηλικίας 0-60	% 2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:
18	Ποσοστό γυναικών στα εθνικά κοινοβούλια	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Ποσοστό απασχόλησης ανδρών (βλέπε αριθ. 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	Ποσοστό απασχόλησης γυναικών (βλέπε αριθ. 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	Μη αναπροσαρμοσμένες διαφορές στις αποδοχές	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών κατά τη γέννηση	έτη 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	Προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών κατά τη γέννηση	έτη 2000	81,4	75,1	80,4Γ	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°
21bm	Διάρκεια υγιούς ζωής των ανδρών	έτη 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Διάρκεια υγιούς ζωής των γυναικών	έτη 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - σύνολο	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100) 2000	99*	100~b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - άνδρες	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Σοβαρά εργατικά ατυχήματα - γυναίκες	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Θανάσιμα εργατικά ατυχήματα	Μονάδες του δείκτη (1998 = 100) 2000	79*	100~b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68~b

Επεξηγηματικές σημειώσεις για τους βασικούς δείκτες

- 3 Το 2001 σε όλη την ΕΕ ο αριθμός των ατόμων 65 ετών και άνω αντιστοιχούσε στο 24,3% του θεωρητικού ενεργού πληθυσμού (15-64 ετών).
- 4 Το 2001 το ποσοστό καθαρής μετανάστευσης για την ΕΕ ήταν 3,1 ανά 1.000 κατοίκους.
- 5t Το 2001, το 19,4% των ατόμων ηλικίας 18-24 ετών στην ΕΕ είχε εγκαταλείψει το εκπαιδευτικό σύστημα έχοντας ολοκληρώσει μόνο την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.
- 6t Σε όλη την ΕΕ, το 8,4% του πληθυσμού ηλικίας 25-64 ετών είχε συμμετάσχει σε πρόγραμμα εκπαίδευσης /κατάρτισης τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας το 2001.
- 7 Το 2001 το 64,0% του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 15-64 ετών εργαζόταν.
- 8aτ Το 2001 το 38,6% του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 55-64 ετών εργαζόταν.
- 8bτ Το 2001 η πραγματική μέση ηλικία εξόδου από την αγορά εργασίας ήταν τα 59,9 έτη.
- 9t Το 2001 το 7,4 του εργατικού δυναμικού της ΕΕ (εργαζόμενοι και άτομα που αναζητούν εργασία) ήταν άνεργο.
- 10 Το 2001 το 7,3% του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 15-24 ετών ήταν άνεργο.
- 11t Το 2001 το 3,2% του εργατικού δυναμικού της ΕΕ (εργαζόμενοι και άτομα που αναζητούν εργασία) ήταν άνεργο επί τουλάχιστον ένα έτος.
- 12 Το 2000 οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία στην ΕΕ αντιπροσώπευαν το 27,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕγχΠ).
- 13 Σε όλη την ΕΕ, οι παροχές γήρατος και επιζώντων αποτελούν το μεγαλύτερο κονδύλιο των δαπανών για κοινωνική προστασία (το 46,4% των συνολικών παροχών το 2000).
- 14 Το 2000 οι δημόσιες δαπάνες για ενεργά μέτρα πολιτικής για την αγορά εργασίας στην ΕΕ αντιπροσώπευαν το 0,681% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕγχΠ).
- 15 Κατά μέσον όρο στα κράτη μέλη της ΕΕ το 1999, το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού ενός κράτους μέλους έλαβε ,4,6 φορές μεγαλύτερο μερίδιο του συνολικού εισοδήματος του κράτους μέλους από το φτωχότερο 20% του πληθυσμού του κράτους μέλους.
- 16a Σε όλη την ΕΕ πριν από τις κοινωνικές παροχές το 24% του πληθυσμού θα ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας το 1999.
- 16b Σε όλη την ΕΕ μετά από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις το 15% του πληθυσμού ζούσε πραγματικά κάτω από το όριο της φτώχειας το 1999.
- 17a Σε όλη την ΕΕ το 12,1 του πληθυσμού που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανένα μέλος σε απασχόληση (εκτός των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά όπου όλα τα μέλη είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών, ή 18-24 ετών και υπό εκπαίδευση, ή 65 ετών και άνω και μη εργαζόμενα).
- 18 Σε όλη την ΕΕ, οι γυναίκες κατείχαν το 23% των εδρών στα εθνικά κοινοβούλια (ή στην Κάτω Βουλή) το 2001
- 19 Το 2001 το 73,0% του ανδρικού και το 54,9 του γυναικείου πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 15-64 ετών εργαζόταν.
- 20 Το 1999 σε όλη την ΕΕ οι μέσες μικτές ωριαίες αποδοχές των γυναικών ήταν κατά 84% χαμηλότερες από τις αντίστοιχες των ανδρών. Ο πληθυσμός αποτελείται από όλους τους αμειβόμενους εργαζόμενους ηλικίας 16-64 ετών που εργάζονται 15+ ώρες την εβδομάδα.»
- 21a Το 2000 το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ενός άνδρα ήταν 75,3 έτη στην ΕΕ, ενώ μιας γυναίκας 81,4 έτη.
- 21b Κατά μέσον όρο, ένας άνδρας πολίτης της ΕΕ αναμένεται να ζήσει χωρίς αναπηρία 63 έτη, ενώ μια γυναίκα 66 έτη (στοιχεία του 1996).
- 22a Σε όλη την ΕΕ σημειώθηκαν 1% λιγότερα σοβαρά εργατικά ατυχήματα (με αποτέλεσμα περισσότερες από 3 ημέρες απουσίας) ανά 100.000 απασχολούμενους το 2000 σε σύγκριση με το 1998. 22b Σε όλη την ΕΕ σημειώθηκαν 21% λιγότερα θανάσιμα εργατικά ατυχήματα ανά 100.000 απασχολούμενους το 2000 από ό,τι το 1998.

Κέντρα διάθεσης εκδόσεων Eurostat (Datashops)

Βέλγιο	<p>Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel Planistat Belgique Rue du Commerce 124 Handelsstraat 124 B-1000 Bruxelles/Brussel (32-2) 234 67 50 Fax (32-2) 234 67 51 E-mail: datashop@planistat.be URL: http://www.datashop.org/</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: ES, DE, EN, FR</p>	Γαλλία	<p>INSEE Info service Eurostat Data Shop 195, rue de Bercy Tour Gamma A F-75582 Paris Cedex 12 Τέλ. (33) 1 53 17 88 44 Fax (33) 1 53 17 88 22 E-mail: datashop@insee.fr Μέλος του δικτύου MIDAS</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: FR</p>
Δανία	<p>DANMARKS STATISTIK Bibliotek og Information Eurostat Data Shop Sejrhøjgade 11 DK-2100 København Ψ Tlf. (45) 39 17 30 30 Fax (45) 39 17 30 03 E-mail: bib@dst.dk Internet: http://www.dst.dk/bibliotek</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: DA, EN</p>	Ιταλία - Ρομα	<p>ISTAT Centro di informazione statistica — Sede di Roma Eurostat Data Shop Via Cesare Balbo, 11a I-00184 Roma Tel. (39) 06 46 73 31 02/06 Fax (39) 06 46 73 31 01/07 E-mail: dipdiff@istat.it Μέλος του δικτύου MIDAS</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: IT</p>
Γερμανία	<p>Statistisches Bundesamt Eurostat Data Shop Berlin Otto-Braun-Straße 70-72 (Eingang: Karl-Marx-Allee) D-10178 Berlin Tel. (49) 1888-644 94 27/28 Fax (49) 1888-644 94 30 E-Mail: datashop@destatis.de URL: http://www.eu-datashop.de/</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: DE, EN</p>	Ιταλία - Μιλάνο	<p>ISTAT Ufficio regionale per la Lombardia Eurostat Data Shop Via Fieno, 3 I-20123 Milano Tel. (39) 02 80 61 32 460 Fax (39) 02 80 61 32 304 E-mail: mileuro@tin.it Μέλος του δικτύου MIDAS</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: IT</p>
Ισπανία	<p>INE Eurostat Data Shop Paseo de la Castellana, 183 Despacho 011B Entrada por Estibanez Calderón E-28046 Madrid Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00 Fax (34) 91 583 03 57 E-mail: datashop.eurostat@ine.es URL: http://www.datashop.org/ Μέλος του δικτύου MIDAS</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: ES, EN, FR</p>	Λουξεμβούργο	<p>Eurostat Data Shop Luxembourg 46A, avenue J.F. Kennedy B.P. 1452 L-1014 Luxembourg Τέλ. (352) 43 35-2251 Fax (352) 43 35 -22221 E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu URL: http://www.datashop.org/ Μέλος του δικτύου MIDAS</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: ES, DE, EN, FR, IT</p>

Κάτω Χώρες	<p>STATISTICS NETHERLANDS Eurostat Data Shop - Voorburg Postbus 4000 2270 JM Voorburg Nederland Tel. (31-70) 337 49 00 Fax (31-70) 337 59 84 E-mail: datashop@cbs.nl</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN, NL</p>	Ηνωμένο Βασίλειο	<p>Eurostat Data Shop Office for National Statistics Room 1.015 Cardiff Road Newport South Wales NP10 8XG UK Tel: (44) 1633 813369 Fax: (44) 1633 813333 E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN</p>
Πορτογαλία	<p>Eurostat Data Shop Lisboa INE/Serviço de Difusao Av. Antonio Josè de Almeida, 2 P-1000-043 Lisboa Tel. (351) 21 842 61 00 Fax (351) 21 842 63 64 E-mail: data.shop@ine.pt</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN, FR, PT</p>	Νορβηγία	<p>Statistics Norway Library and Information Centre Eurostat Data Shop Kongens gate 6 Boks 8131 Dep. N-0033 Oslo Tel. (47) 21 09 46 42/43 Fax (47) 21 09 45 04 E-mail: Datashop@ssb.no</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN, NO</p>
Φινλανδία	<p>STATISTICS FINLAND Eurostat DataShop Helsinki Tilastokirjasto PL 2B FIN-00022 Tilastokeskus Työrajakatu 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/</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN, FI, SV</p>	Ελβετία	<p>Statistisches Amt des Kantons Zürich Eurostat Data Shop Bleicherweg 5 CH-8090 Zürich Tel. (41) 1 225 12 12 Fax (41) 1 225 12 99 E-mail: datashop@statistik.zh.ch Internet: http://www.statistik.zh.ch</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: DE, EN</p>
Σουηδία	<p>STATISTICS SWEDEN Information service Eurostat Data Shop Karlavägen 100 Box 24 300 S-104 51 Stockholm Tfn (46-8) 50 69 48 01 Fax (46-8) 50 69 48 99 E-post: infoservice@scb.se Internet: http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN, SV</p>	ΗΠΑ	<p>HAVER ANALYTICS Eurostat Data Shop 60 East 42nd Street Suite 3310 New York, NY 10165 Tel. (1-212) 986 93 00 Fax (1-212) 986 69 81 E-mail: euromdata@haver.com</p> <p>Ομιλούμενες γλώσσες: EN</p>

Ιστοσελίδα της
Eurostat www.europa.eu.int/comm/eurostat/