

2003

Sosiaalinen tilanne Euroopan unionissa

- Tiivistetty esitys -



Euroopan komissio

Sosiaalinen tilanne Euroopan unionissa 2003

- Tiivistetty esitys -

Sisältö

Esipuhe	5
1 Tärkeimmät yhteiskunnalliset kehitysaskelet	7
1.1 Sosiaalinen tilanne: mahdollisuuksia ja haasteita	7
1.2 Väestörakenteen muutokset	7
1.3 Viimeaikainen työllisyyskehitys	8
1.4 Elinolot	9
1.5 Tulonjaon kehityssuuntia	10
1.6 Liittyvien valtioiden kehityssuuntia	11
2 Terveys ja terveydenhuolto Euroopan unionissa	12
2.1 Eurooppalaisten terveys ja Euroopan nykyinen asialista	12
2.2 Väestö ja terveys	14
2.3 Väestön terveyttä määräävät tekijät	15
2.4 Terveydenhuoltojärjestelmien merkitys	18
2.5 Terveydenhuoltojärjestelmien tulevat haasteet	19
3 Euroopan sosiaalisen mallin kestävyys	22
Liitteet	
Indikaattorit	
Väestön ikääntyminen	24
Muuttoliike ja turvapaikanhaku	24
Koulutus ja sen tulokset	25
Elinikäinen oppiminen	25
Työllisyys	26
Iäkkäiden työntekijöiden työllisyys	26
Työttömyys	27
Nuorisotyöttömyys	27
Pitkäaikaistyöttömyys	28
Sosiaaliturvan menot ja tulot	28
Sosiaalietuudet	29
Työmarkkinapolitiikan menot	29
Tulonjako	30
Pienituloiset kotitaloudet	30
Työttömät kotitaloudet ja pienet tulot	31
Naisten ja miesten osallistuminen päätöksentekoon	31
Naisten ja miesten työllisyys	32
Naisten ja miesten ansiotulot	32
Elinajanodote ja terveen elinajan odote	33
Tapaturmat ja työhön liittyvät terveysongelmat	33
Sosiaaliset avainindikaattorit jäsenvaltioittain	34
Sosiaaliset avainindikaattorit kustakin liittyvästä valtiosta/hakijamaasta	35
Eurostatin Data Shop -verkosto	37

Esipuhe

Sosiaalista tilannetta koskevassa raportissa käsitellään Euroopassa asuvien ihmisten elämänlaatua. Siinä annetaan kokonaisvaltainen kuva väestöstä ja sen sosiaalisista oloista sosiaalipolitiikan kehittämisen perustaksi sekä edistetään yhteiskunnallisen kehityksen seurantaan jäsenvaltioissa.

Tämä julkaisu on varsinaisen raportin tiivistetty esitys. Se on jaettu kahteen lukuun. Ensimmäisessä luvussa esitetään katsaus tärkeimpiin sosiaalisiin ja taloudellisiin suuntauksiin ja annetaan sen taustaksi tuoreimpia Euroopan tason tietoja ja lukuja. Toisessa luvussa on yhteenveto tämän vuoden erityisaiheesta, terveyden

sosiaalisesta ulottuvuudesta. Erityisesti tarkastellaan sitä, miten ja miksi Euroopan kansalaisten terveys on parantunut, sekä esitetään joitakin mahdollisia tulevia haasteita. Lopussa on lyhyt selvitys Euroopan sosiaalisesta mallista.

Kuten edellisinäkin vuosina julkaisun liitteessä esitetään joukko yhdenmukaistettuja sosiaalisia indikaattoreita kustakin jäsenvaltiosta ja ensi kertaa ne esitetään myös liittyville valtioille ja ehdokasmaille. Indikaattorit antavat alustavan yleiskuvan sosiaalisesta tilanteesta. Lisäksi ne ovat tehokas väline yhteiskunnallisen kehityksen ajalliseen seurantaan.



Anna Diamantopoulou
Komission jäsen
työllisyys- ja sosiaaliasiat



Pedro Solbes Mira
Komission jäsen
talous ja rahoitus, Eurostat

1 Tärkeimmät yhteiskunnalliset kehitysasteet

1.1 Sosiaalinen tilanne: mahdollisuuksia ja haasteita

Sosiaalinen tilanne muodostuu väestörakenteisiin liittyvän pitkän aikavälin kehityksen ja taloudessa tapahtuvien lyhyen tai keskipitkän aikavälin muutosten leikkauskohdassa.

Viisi vuotta jatkunut voimakas talouskasvu loi 12 miljoonaa työpaikkaa ja nosti työllisyysastetta neljä prosenttiyksikköä eli 64,0 prosenttiin työkäisestä väestöstä, mutta näkymät eivät enää ole yhtä toiveikkaat. Vuonna 2001 talouskasvu hidastui 1,5 prosenttiin, joka on alle puolet vuoden 2000 tasosta, ja elpyminen on vuonna 2002 ollut varsin hidasta. Työllisyys kuitenkin kasvoi edelleen, joskin hitaasti.

Samalla ne taloudelliset ja yhteiskunnalliset haasteet, joita Euroopan väestön jatkuva ikääntyminen aiheuttaa yhteiskunnalle keskipitkällä aikavälillä, ovat käymässä yhä ilmeisemmiksi. Sata vuotta jatkunut Euroopan työikäisen väestön määrän kasvu pysähtyy pian ja alle kymmenessä vuodessa suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen vaikutus alkaa tuntua täysimääräisenä.

Vuoden 1996 jälkeen saavutetut rakenteelliset parannukset ja yhteisen rahan onnistunut käyttöönotto ovat parantaneet talouden suorituskykyä raha- ja finanssipolitiikan kannalta sekä lisänneet joustavuutta työmarkkinoilla. Sen lisäksi, että elinolot ovat selvästi kohentuneet, politiikan mahdollisuudet ovat parantuneet useilla aloilla. On ilmaantunut uusia mahdollisuuksia ratkaista rakenteellisia työllisyysongelmia, kuten nuorisotyöttömyyttä sekä naisten ja ikääntyvien työntekijöiden alhais-ta työvoimaosuutta. Työllisyyden kasvu on myös lievittänyt sosiaalisen suojelun (sosiaaliturvan) järjestelmiin kohdistuvia paineita sekä lisännyt liikkumavaraa eläkeuudistuksessa. Eriarvoisuus ei lisääntynyt vaurauden aikana. Työllisyysasteen kohoaminen ja talouskasvun voimistuminen ovat luoneet uusia mahdollisuuksia köyhyyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvien sitkeiden ongelmien ratkaisemiseen.

Samaan aikaan jäsenvaltioiden kyky saada poliitikalleen tukea EU:sta on parantunut huomattavasti. Yhteistyö sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan ja sosiaalisen suojelun nykyaikaistamisen alalla on lisätty makrotalouden yhteensovittamista ja työllisyyttä koskeviin prosesseihin luoden tilaisuuden talous-, työllisyys- ja sosiaalipolitiikan hedelmälliselle vuorovaikutukselle.

Suuria haasteita on jäljellä, ja laajentuminen tuo tullessaan uusia haasteita. Tarvitaan päättäväisiä toimia, jotta voidaan säilyttää 5–7 viime vuoden saavutukset sekä hyödyntää tilaisuuksia, joita on tarjoutunut kestävän kasvun ja sosiaalisen tilanteen vakaan kohenemisen jatkumiseen.¹

1.2 Väestörakenteen muutokset

Euroopan väestönkehitys vaikuttaa merkittävästi sosiaaliseen tilanteeseen ja aiheuttaa suuria haasteita Euroopan taloudelle.

EU:n väestö ikääntyy...

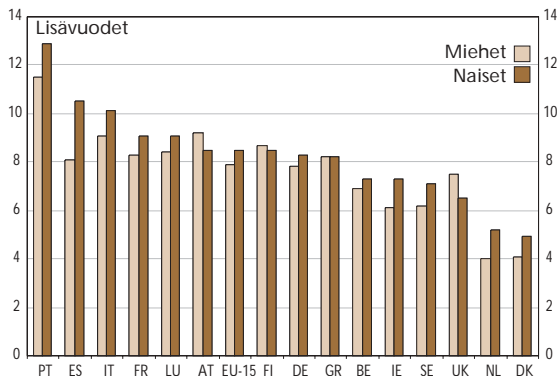
EU:n väestö ikääntyy ja vanhushuoltosuhte kasvaa. Vaikka hedelmällisyys nousi hieman 1,45 lapsesta naista kohti vuonna 1999 aina 1,47 lapseen vuonna 2001, se on edelleen selvästi alle uusiutumistason, joka on 2,1. Elinajanodote pitenee ja kuolleisuus keskittyy yhä enemmän vanhuuteen. Suurten ikäluokkien saavuttaessa eläkeiän vanhempiin ikäryhmiin kuuluvien ihmisten määrä kasvaa. Nykyisin 65 vuotta täyttäneiden osuus koko väestöstä on 16 prosenttia ja alle 15-vuotiaiden osuus noin 17 prosenttia. Vuoteen 2010 mennessä osuudet ovat 18 prosenttia ja 16 prosenttia. Nousu on jyrkin "erittäin vanhojen" (80 vuotta täyttäneiden) keskuudessa, sillä heidän määränsä lisääntyy 15 seuraavan vuoden aikana lähes 50 prosenttia.

...eikä laajentuminen muuta tätä suuntausta liittyvien valtioiden nuoremasta ikärakenteesta huolimatta.

Liittyvissä valtioissa on 1970- ja 1980-luvun korkean syntyvyyden takia nykyisin nuorempi ikärakenne kuin EU:n 15 jäsenvaltiossa (65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on 13 prosenttia ja alle 15-vuotiaiden osuus 19 prosenttia). Näin ollen laajentuminen laskee väestön keski-ikä. Vaikutus jää kuitenkin vähäiseksi ja lyhytaikaiseksi. Keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä väestön väheneminen kiihtyy näiden uusien jäsenvaltioiden liityttyä EU:hun. Erittäin alhaisen syntyvyyden jatkuessa lasten osuus väestöstä laskee nopeasti, ja vuoteen 2020 mennessä vanhus-ten osuus väestöstä lähenee EU:n 15 jäsenvaltion tasoa.

1 Kattava arvio Euroopan unionin kokonaistilanteesta vuoden 2003 alussa löytyy komission tiedonannosta "Valintana kasvu: Osaaminen, innovaatiot ja työpaikat yhteenkuuluvuutta lisäävässä yhteiskunnassa - Raportti keväällä 21. maaliskuuta 2003 kokoontuvalle Eurooppa-neuvostolle Lissabonissa sovitusta taloudellisista, yhteiskunnallisista ja ympäristön uudistamista koskevasta strategiasta" (KOM(2003) 5 lopullinen).

Kuvio 1 Lisävuodenodotteessa vuodesta 1960 vuoteen 2000



Lähde: Eurostat - Vuoden 2000 tiedot: Arvioitu arvo EU-15:lle. Vuoden 1999 tiedot Saksalle ja Kreikalle. Saksan vuoden 1960 tiedot eivät sisällä entistä DDR:ää.

Samalla perheistä tulee entistä epävakaampia ja kotitaloudet pienenevät...

Vanhushuoltosuhteen nousu vaikuttaa kykyimme selviytyä hoitotarpeista, ja myös perhe- ja kotitalousrakenteiden kehitys voi kärjistää tilannetta. Avioliittoja solmitaan yhä vähemmän ja myöhemmässä iässä, ja yhä useampi avioliitto myös päättyy eroon. EU:n 15 jäsenvaltiossa solmittiin ainoastaan 5 avioliittoa tuhatta asukasta kohti vuonna 2001, kun vastaava luku vuonna 1970 oli lähes 8. Lisäksi arvioitu eronneisuusluku vuonna 1960 solmituissa avioliitoissa on 15 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 1980 solmituissa avioliitoissa on lähes kaksinkertainen eli 28 prosenttia. Kotitaloudet pienenevät edelleen, ja yhä useammat ihmiset kaikissa ikäryhmissä elävät yksin. Lisäksi yksinhuoltajaperheissä elävien lasten määrä on kasvanut tuntuvasti ja lapsiperheiden määrä on laskenut. Vuonna 2000 yhteensä 10 prosenttia 0–14-vuotiaista lapsista asui yksinhuoltajaperheessä, kun vastaava luku oli 6 prosenttia vuonna 1990. Ylivoimainen enemmistö yksinhuoltajavanhemmista oli naisia. Puolaa ja Kyprosta lukuun ottamatta perheistä on myös tullut selvästi entistä epävakaampia liittyvissä valtioissa.

...ja muuttovirtojen merkitys väestömuutoksessa kasvaa.

Nettomaahanmuutto on yli kymmenen vuoden ajan ollut tärkein tekijä unionin väestönkasvussa. Kaikkiin jäsenvaltioihin kohdistuu nykyisin merkittäviä muuttovirtoja, ja vuonna 2001 nettomuuttoaste oli 3,1 tuhatta asukasta kohti, mikä vastasi noin 74:ää prosenttia koko väestönkasvusta. Maastamuutolla on joissakin liittyvissä valtioissa ollut tuntuva vaikutus väestönkehitykseen. Etenkin Baltian maissa väkiluku on laskenut maastamuuton takia.

Päättäjät tiedostavat entistä paremmin väestön ikääntymisen seuraukset...

Tietoisuus väestön ikääntymisestä ja sen todennäköisestä vaikutuksesta työllisyys- ja sosiaalipolitiikkaan on lisääntynyt selvästi parin viime vuoden aikana. Jäsenvaltiot ovat sitoutuneet käsittelemään ikääntymisen ongelmia terveen julkistalouden, työllisyyden ja sosiaalisen suojelun (eli eläkkeiden, terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon) yhteydessä ja tarkistamaan kansallista politiikkaa senmukaisesti. Liittyvät valtiot tarkkailevat tätä ikääntymisen ongelmia koskevaa uutta yhteistyötä monella alalla.

...ja pyrkivät ratkaisemaan ongelmat niin kansallisella tasolla kuin myös EU:n tasolla.

Yleinen arvio nykyisestä politiikasta on, että useimmat jäsenvaltiot – ja liittyvät valtiot – suunnittelevat hyödyntävänsä otollista hetkeä, ennen kuin suuret ikäluokat saavuttavat eläkeiän. Ne suunnittelevat, että eläkejärjestelmät² sekä terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitajärjestelmät³ täyttävissä yhä sosiaaliset tavoitteensa ja että niiden rahoituksen kestävyys säilyisi ikääntymisen aiheuttamien paineiden kasvaessa. Useita merkittäviä uudistuksia on jo toteutettu, ja monia uudistuksia valmistellaan.

1.3 Viimeaikainen työllisyyskehitys

Työttömyys nousi hieman vuonna 2002 ensimmäistä kertaa vuoden 1996 jälkeen. Talouden taantumasta huolimatta työmarkkinat kuitenkin toimivat huomattavan sitkeästi. Työpaikkoja syntyi enemmän kuin niitä menetettiin, joten nettotyöllisyys kasvoi.

Tämä viittaa siihen, että unioni on Euroopan työllisyysstrategiaa kehittämällä ja soveltamalla sekä ottamalla painopistealueeksi sosiaalisen osallisuuden edistämisen pystynyt saavuttamaan kestävän ja yhä suuremman työllisyyden kasvun, joka on ollut 1,3 prosenttia vuodessa vuoden 1996 jälkeen.⁴ Työllisyysaste kohosi 64,0 prosenttiin vuonna 2001, ja se ylittää todennäköisesti 64,5 prosenttiin vuonna 2002; työttömyysaste laski 7,4 prosenttiin eli alimmalle tasolle kymmeneen vuoteen, ja vaikka se nousikin vuonna 2002, nousu 7,6 prosenttiin oli hyvin pieni.⁵

Vaikka kokonaistyöllisyysaste on laajentuneessa unionissa hieman alempi kuin EU:n 15 jäsenvaltiossa, rakenteelliset heikkoudet ovat suurelta osin yhteisiä nykyisille ja tuleville jäsenvaltioille, joskin niiden mittasuhteet voivat olla erilaiset. Tulevien jäsenvaltioiden suurena haasteena on nostaa työvoimaosuutta ja työllisyyttä, helpottaa työvoiman siirtymistä maataloudesta ja teollisuudesta palveluihin lisäämättä alueellisia eroja keskipitkällä aikavälillä sekä parantaa ja ajantasaistaa taitoja osaamiselle rakentuvien nykyaikaisten markkinatalouksien tarpeisiin.

2 Luonnos: Komission ja neuvoston yhteinen raportti riittävistä ja kestävästä eläkkeistä (KOM(2002) 737 lopullinen).

3 Ehdotus yhteiseksi raportiksi "Terveydenhuolto ja vanhustenhuolto: kansallisten strategioiden tukeminen korkeatasoisen sosiaalisen suojelun takaamiseksi" (KOM(2002) 774 lopullinen).

4 Kattava arvio työllisyyden kehityksestä kyseisenä ajanjaksona, ks. "KATSAUS EUROOPAN TYÖLLISYYSSTRATEGIAN ENSIMMÄISIIN VIITEEN TOTEUTUSVUOTEEN" (KOM(2002) 416 lopullinen).

5 Ehdotus tulevaksi työllisyysstrategiaksi nykyiset epävarmuustekijät huomioon ottaen esitetään asiakirjassa "Euroopan työllisyysstrategian tulevaisuus – Täystyöllisyyteen ja parempiin työpaikkoihin tähtäävä strategia" (KOM(2003) 6 lopullinen).

Edistyminen Lissabonin tavoitteiden, kuten täystyöllisyyden, saavuttamisessa edellyttää päättäväisiä toimia, joilla nostetaan työvoimaosuutta ja työllisyyttä, parannetaan työn laatua ja tuottavuutta sekä edistetään yhteenkuuluvuutta.

Työvoiman tarjonnan säilyttäminen riippuu yhä enemmän naisten työvoimaosuuden ja työllisyyssasteen nostamisesta ...

EU:n miesten työllisyyssaste nousi vuosina 1996–2001 lähes 3 prosenttiyksikköä ja naisten työllisyyssaste lähes 5 prosenttiyksikköä, jolloin sukupuolten välinen kuilu kaventui 18 prosenttiyksikköön. Myös työttömyyden kohdalla sukupuolten välinen kuilu kaventui, vaikka se pysyikin merkittävänä eli 2,3 prosenttiyksikössä vuonna 2001. Sukupuolten välisen kuilun viimeaikainen kaventuminen on rohkaiseva merkki siitä, että työttömyysasteiden ero voidaan kuroa umpeen lähitulevaisuudessa.

Myös liittyvissä valtioissa on kuilu sukupuolten välillä, mutta naisten työvoimaosuus on suurempi kuin EU:n jäsenvaltioissa (46 prosenttia verrattuna 42 prosenttiin). Myös johtotehtävissä olevien naisten osuus on suurempi: 38 prosenttia liittyvien valtioiden johtajista on naisia, kun vastaava luku EU:ssa on 34 prosenttia. Lisäksi osa-aikatyö on liittyvissä valtioissa harvinaisempaa ja se jakautuu tasapuolisemmin sukupuolten välillä: 6 prosenttia miehistä (EU:ssa 7 prosenttia) ja 9 prosenttia naisista (EU:ssa 32 prosenttia) tekee osa-aikatyötä.

...ja ikääntyvien työntekijöiden kohdalla...

Yhteensä 38,5 prosenttia EU:n 55–64-vuotiaasta väestöstä oli ansiotyössä vuonna 2001. Tämä on selvästi alle Tukholman tavoitteen, joka on 50 prosenttia vuoteen 2010 mennessä. Keskimääräinen työmarkkinoilta poistumisikä oli 59,9 vuotta vuonna 2001. Haasteena on nostaa työmarkkinoilta poistumisikää noin viidellä vuodella vuoteen 2010 mennessä, kuten Barcelonan Eurooppa-neuvostossa vaadittiin. Ikääntyvien työllisyyden viimeaikainen paraneminen joissakin jäsenvaltioissa osoittaa, että työvoimaosuuden laskusuuntaus voidaan kääntää, jos ponnisteluja tehostetaan. Liittyvissä valtioissa 55–64-vuotiaiden työllisyyssaste on vielä alhaisempi, mutta se on parin viime vuoden aikana vakiintunut ja alkanut nousta.

Toisenlaisesta näkökulmasta katsottuna – kun otetaan huomioon työikäisen väestön kutistumiseen johtava nykyinen ja tuleva väestörakenteen muutos – on erittäin tärkeää, että useimmilla jäsenvaltioilla on huomattava työvoimareservi naisten ja ikääntyvien työntekijöiden keskuudessa. Jos työmarkkinoille osallistumisen nykyiset esteet poistetaan, näitä työvoimareservejä voitaisiin käyttää torjumaan ikääntymisen vaikutuksia työvoiman määrään.

...sekä maahanmuuton määrästä ja rakenteesta ja maahanmuuttajien kotouttamisesta.

Sellaiset väestönkehitysskenaariot, jotka perustuvat vakaan maahanmuuttovirran hypoteesiin ja joissa oletetaan, että Lissabonin työllisyyssavoitteet saavutetaan, osoittavat yleensä, että vuoden 2010 jälkeen työllisyyden määrä EU:n 15 jäsenvaltiossa vähenee työikäisen väestön kutistuessa. Tuottavuuden parantaminen nousee entistään keskeisempään osaan taloudellisessa kasvussa. Myös maahanmuutto on tässä tärkeä tekijä, etenkin kun nykyisen työikäisen väestön koko työvoimareservi on käytössä. Maahanmuuton myönteiset taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset riippuvat selvästi siitä, miten jäsenmaissa kyetään varmistamaan tulokkaiden ja heidän huollettaviensa täysimääräinen pääsy työelämään ja Euroopan yhteiskuntarakenteeseen. Maahanmuuttajien onnistunut kotouttaminen voi edistää talouskasvun ylläpitämistä ja vahvistaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta.

Työllisyyden kasvu merkitsi myös yhä useamman laadukkaan työpaikan syntymistä.

Yli kaksi kolmasosaa vuosina 1996–2001 syntyneistä uusista työpaikoista vaati suurta ammattitaitoa, kun osaamiselle rakentuvasta taloudesta tuli jokapäiväistä todellisuutta. Yli 50 prosentissa kaikista työpaikoista edellytetään nykyisin tietokoneen käyttöä. Komission viimeaikainen työ onkin osoittanut, että EU:n talouksissa, joissa korkealaatuisten työpaikkojen osuus on suuri, myös työllisyys- ja tuottavuusluvut ovat muita paremmat. Myös heikompi laatuisia työpaikkoja on huomattava määrä. Nuorille ja korkeasti koulutetuille tällaiset työpaikat ovat usein ponnahduslauta pysyvämpään työsuhteeseen, mutta ikääntyvien työntekijöiden ja vähän koulutettujen kohdalla näin ei ole. Kun nämä ryhmät ovat määräraikaisissa työsuhteissa tai työskentelevät vastoin tahtoaan osa-aikaisesti tai työpaikoissa, joissa ei tarjota koulutusta, ne jäävät työttömyyden, toimeettomuuden ja vähäistä ammattitaitoa vaativien työpaikkojen muodostamaan kehään. Näin ollen suurta ammattitaitoa vaativiin ja laadukkaisiin työpaikkoihin etenemisen edistäminen on keskeistä pyrittäessä entistä korkeampaan ja kestävämpään työllisyyssasteeseen.

1.4 Elinolot

Elinolot ovat edelleen kohentuneet ansio- ja kulutuskehityksellä mitattuina. Keskimääräinen vuotuinen tulonlisäys henkeä kohti on viime vuosikymmenen aikana ollut noin 1,5 prosenttia, kun vuotuinen mediaaninettotulo EU:n 15 jäsenvaltiossa oli noin 11 700 OVS⁶ vuonna 1998. Tämä mediaani ei tosin kerro, että jäsenvaltioiden välillä on huomattavia eroja ja että jäsenvaltioiden sisälläkin on huomattavaa eriarvoisuutta. Unionin pohjoisella puoliskolla tulotaso oli korkeampi ja tulonjaon epätasaisuus yleensä vähäisempää kuin eteläisissä jäsenvaltioissa. Myös keskikukutus on noussut selvästi viime vuosina. Esimerkiksi

6 Ostovoimastandardin avulla korjataan ostovoiman erot kyseisten maiden välillä.

Saksassa, joka on tältä osin varsin tyyppillinen jäsenvaltio, keskkulutus kasvoi noin 2,6 prosenttia vuodessa kotitalouksien tasolla.

Elinolot näkyvät siinä, millaisena kansalaiset pitävät omaa elämänlaatuaan.

Eurooppalaiset pitivät elämänsä vuonna 2002 yleisesti ottaen erittäin tai melko tyydyttävänä (78 prosenttia, kun luku oli kahta vuotta aiemmin 77 prosenttia), ja heistä noin 20 prosenttia (17 prosenttia vuonna 2000) oli erittäin tyytyväisiä. Kaikkein tyytyväisimmät ihmiset asuvat Ruotsissa (95 prosenttia) ja Tanskassa (94 prosenttia), kun taas tyytyväisyys oli vähäisintä Portugalissa (50 prosenttia) ja Kreikassa (49 prosenttia). Kuten edellisinkin vuosina, miehet ovat tyytyväisempiä elämäänsä kuin naiset ja nuoret puolestaan tyytyväisempiä kuin vanhat. EU:n 15 jäsenvaltion väliset erot siinä, millaisena elämänlaatua pidetään, selittyvät suurelta osin eroilla siinä, millaisena terveydentilaa pidetään.

Korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset pitävät terveyttään ja elämänlaatuaan parempana kuin muut, mikä kertoo sosioekonomiseen asemaan liittyvästä eriarvoisuudesta. Lisäksi vanhukset pitävät terveyttään yleisesti ottaen huonompana kuin muut.

Useimmat Eurobarometri 2002 -tutkimuksen vastaajista pitävät julkisten menojen kohdentamista terveydenhuoltoon tärkeämpänä kuin niiden kohdentamista esimerkiksi koulutukseen tai sosiaalihuoltoon, ja he pitävät terveydenhuoltojärjestelmän laatua yhtenä kolmesta tärkeimmästä kysymyksestä nyky-yhteiskunnassa.

1.5 Tulonjaon kehitysuuntia

Tulot ovat yksi tärkeimmistä elintasoa määräävistä tekijöistä. Myös tulonjako on tärkeä suhteellisen köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen riskien kannalta. Hyvinvointivaltiolla on merkittävä rooli tulonjaossa ja samalla eriarvoisuuden ja köyhyyden vähentämisessä.

Tuoreen raportin⁷ mukaan monissa maissa tuloeroissa tapahtui suuria muutoksia vuosina 1980–1997 – useimmissa tapauksissa tuloerot kasvoivat. On merkille pantavaa, että 1990-luvun jälkipuoliskon talouskasvun aikana tuloerot yleisesti ottaen ovat vähentyneet.

Tämä voi tietysti kertoa siitä, että viimeaikainen talouskasvu on suurelta osin ollut työllisyysvetoista. Työllisillä on pienin köyhyysriski⁸ ja työttömillä puolestaan suurin (työttömillä on viisi kertaa suurempi köyhyysriski kuin työllisillä). Vuonna 1998 eläkkeensaajilla ja itsenäisillä ammattinharjoittajilla oli kaksi kertaa suurempi köyhyysriski, lapsilla kolme kertaa suurempi köyhyysriski ja muilla

työvoimaan kuulumattomilla ryhmillä neljä kertaa suurempi köyhyysriski kuin työllisillä.

Köyhyysriski ja sosiaalinen syrjäytyminen ovat edelleen yleisiä...

Sosiaalisen suojelun merkittävistä tulonsiirtovaikutuksista huolimatta köyhyyden torjunta ja sosiaalisen osallisuuden edistäminen ovat edelleen unionin keskeisiä haasteita. Vuoden 2001 Eurobarometri-tutkimuksen tulosten mukaan suuri osa ihmisistä pitää edelleen itseään köyhänä sikäli, että heidän nettotulonsa ovat pienemmät kuin he katsovat välttämättä tarvitsevansa. Tämä subjektiivisesti koettu köyhyys vaihtelee suuresti jäsenvaltioittain – Tanskan 9 prosentista Portugalin 66 prosenttiin. Tutkimus myös osoittaa, että yksilötasolla köyhyyden kesto on yleensä pitempi eteläisissä maissa eli noin 14–15 vuotta, kun se on pohjoisissa maissa 2–3 vuotta. Eurobarometrin mukaan köyhyys on tiiviisti yhteydessä sosiaaliseen syrjäytymiseen ja siihen vaikuttavat voimakkaasti työn ja erityisesti työtehtävien heikko laatu, työn epävarmuus ja puutteellinen koulutus.

Sosiaalinen osallisuus on tiiviisti sidoksissa työllisyyteen ja/tai tuloihin. On syytä huomata, että osaamiselle rakentuvassa yhteiskunnassa uudet tekniikat merkitsevät paitsi tilaisuutta myös uhkaa heikossa asemassa olevien osallisuudelle. Tätä on korostettu ESDIS:n n (High Level Group on the Economic and Social Dimension of Information Society eli Tietoyhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen ulottuvuuden korkean tason ryhmä) työssä, ja se on saanut poliittista näkyvyyttä osallisuudesta tietoyhteiskuntaan lokakuussa 2001 annetussa neuvoston päätöslauselmassa ja vammaisten osallisuudesta tietoyhteiskuntaan vuonna 2002 annetussa neuvoston päätöslauselmassa.

...ja ne vaihtelevat selvästi unionissa...

Kotitalouksien köyhyysaste vaihtelee huomattavasti jäsenvaltioissa (köyhyysrajana on 60 prosenttia kulutusyksikköä kohti lasketusta kansallisesta mediaanitulosta). Vuonna 1998 jäsenvaltioiden ylimmän ja alimman köyhyysasteen ero oli 14 prosenttiyksikköä. Vuosina 1995–1998 köyhyysaste laski kuudessa niistä 12 jäsenvaltiosta, joista on tietoa kaikilta vuosilta. EU:n 15 jäsenvaltion keskimääräinen köyhyysaste oli kuitenkin vuonna 1998 sama kuin vuonna 1995.

Eteläisissä jäsenvaltioissa on yleisesti ottaen pienimmät kulutusyksikköä kohti lasketut keskimääräiset nettotulot OVS:n mukaan mitattuna mutta myös suurimmat tuloerot Euroopan yhteisön kotitaloustutkimuksen (ECHP) vuoden 1998 aineiston mukaan. EU:hun kuuluvissa Pohjoismaissa tuloerot ovat pienimmät, kun taas kulutusyksikköä kohti lasketut keskimääräiset nettotulot ovat suurimmat Luxemburgissa, Belgiassa ja Alankomaissa.

7 Ks. "Income on the Move - Report on income distribution, poverty and redistribution", jonka on laatinut Social and Cultural Planning Office of the Netherlands ja rahoittanut Euroopan komission työllisyyden ja sosiaaliasioiden pääosasto (E1 Study Series 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Köyhyysriski määritellään siten, että henkilö saa alle 60 prosenttia kulutusyksikköä kohti lasketusta mediaanitulosta.

...joskin erot olisivat EU:n 15 jäsenvaltiossa paljon suuremmat ilman sosiaalietuuksien tulonsiirtovaikutusta.

Sosiaaliturvaetuuksien tulonsiirtovaikutus⁹ ylittää selvästi verojen tulonsiirtovaikutuksen. Sosiaalietuudet vähentävät Gini-kertoimen¹⁰ avulla mitattuja tuloeroja noin 30–40 prosenttia. Etuuksien regressiivisyys on suhteellisen suurta Saksassa, Alankomaissa, Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa: Pienituloiset kotitaloudet saavat näissä maissa suhteellisesti suuremman osuuden sosiaalietuuksista kuin Suomessa, Tanskassa ja Ruotsissa. Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa erojen väheneminen markkinatulojen ja bruttotulojen jakautumisen välillä on varsin vähäistä. Tämä johtuu siitä, että sosiaaliturvan osuus kansantulosta on näissä maissa suhteellisen alhainen.

Etuuksia on monenlaisia, ja niiden saajien määrä ja etuuksien keskimäärät vaihtelevat. Yhteen laskettuina kaikki etuudet vähentävät köyhyyttä 25 prosenttiyksikköä¹¹, kun tuloja vertaillaan "ennen etuuksia" ja "etuuksien jälkeen". Eniten köyhyyttä vähentävät vanhuusetuudet ja (perheenjäsenen kuoltua myönnetty) jälkeensä jääneiden etuudet (15 prosenttiyksikköä). Työttömyysetuudet-, perhe- ja lapsietuudet sekä sairaus- terveydenhuolto ja toimintarajoitteisuusetuudet vähentävät köyhyyttä kukin noin kolme prosenttiyksikköä.

1.6 Liittyvien valtioiden kehityssuuntia

Vaikka useimmat liittyvät valtiot onnistuivat 1990-luvun jälkipuoliskolla kaventamaan tulokuilua verrattuna Euroopan unionin jäsenvaltioihin, erot ovat vielä huomattavia. Vuonna 2000 BKT henkeä kohti oli kahdeksassa liittyvässä valtiossa alle puolet EU:n keskitasosta osto-voimastandardin mukaan mitattuna.

Lisäksi tuloerot ovat kasvaneet liittyvässä valtiossa. Tämä koskee etenkin kahdeksaa Keski- ja Itä-Euroopan liittyvää valtiota.¹² Köyhyys ja eriarvoisuus ovat lisääntyneet merkittävästi Itä-Euroopassa viime vuosikymmenen aikana. Tilanne on viime aikoina tasoittunut. Eriarvoisuus ja köyhyys eivät enää lisäänty, mutta siirtymävaiheen alussa tapahtuneen eriarvoisuuden nopean kasvun sosiaalisiin seurauksiin on kiinnitettävä lisää huomiota.

Tietoisuus näistä ongelmista on viime aikoina lisääntynyt...

Köyhyys on politiikan asialistalla kaikissa liittyvässä valtiossa, mutta sosiaalisen syrjäytymisen eli osattomuuden laajempi käsite on jäänyt paitsioon.

Sosiaalinen syrjäytyminen on kuitenkin saanut viime vuosina lisää poliittista näkyvyyttä, ja tähän ovat usein vaikuttanut EU:n päätöksenteko. Tärkeimmät sosiaaliseen syrjäytymiseen johtavat tekijät ovat työttömyys ja perheen hajoaminen, ja sosiaalisen suojelun ja työllisyyden kykyyn turvata riittävät tulot ja voimavarat liittyy ongelmia monissa liittyvässä valtiossa. Lisäksi sosiaalihuoltojärjestelmien kattavuus ja suorituskyky vaikeuttavat suuresti sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvien ongelmien ratkaisemista.

...samoin kuin mahdollisuudet saada tukea EU:n yhteistoiminnasta.

Näiden ongelmien ratkaisemisen merkitystä korostettiin äskettäin, kun neuvosto hyväksyi joulukuussa 2002 tarkistetut EU:n tavoitteet köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuntaa varten. Tarkistetuissa tavoitteissa vahvistetaan alun perin Nizzan Eurooppa-neuvostossa vuonna 2000 hyväksytyjä tavoitteita, mutta niissä myös korostetaan entistä enemmän sukupuolen merkitystä, maahanmuuttajien vaikeuksia sekä köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen uhkaamien ihmisten osuuden vähentämisen merkitystä. Näillä tavoitteilla tuetaan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuntaa koskevien kaksivuotisten kansallisten toimintasuunnitelmien toisen kierroksen valmistelua; kaikkien jäsenvaltioiden on määrä laatia toimintasuunnitelmansa heinäkuuhun 2003 mennessä. Tavoitteena on hyödyntää ja vakiinnuttaa edistymistä, jota on saavutettu Lissabonin Eurooppa-neuvostossa vuonna 2000 käyttöön otetun, köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuntaa koskevan avoimen koordinoitimenetelmän avulla.

Laajentuminen 15 jäsenvaltion EU:sta 25 jäsenvaltion EU:hun on nyt näköpiirissä. Unionin yleisessä sosiaalisessa tilanteessa voidaan odottaa tapahtuvan merkittäviä muutoksia. Sosiaalisen syrjäytymisen, köyhyyden ja yleisen eriarvoisuuden, myös terveydentilaan liittyvän eriarvoisuuden, poliittiset haasteet kasvavat. Alueellinen eriarvoisuus ja sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen liittyvät ongelmat pahenevat. Kun jäsenvaltioiden väliset erot lisääntyvät huomattavasti, tarvitaan siis yhä enemmän yhteistoimintavälineitä, joiden avulla eroja pystytään kuroma kiinni rakentavasti.

9 Tulokset ovat peräisin "Income on the Move" -raportista ja ne koskevat lähinnä ECHP:n vuoden 1997 aineistoa.

10 Gini-kerroin on indeksi, joka vertaa tosiasiallista tulonjakoa kaikissa tuloryhmissä sellaiseen teoreettisesti ihanteelliseen tulonjakoon, jossa kaikilla on yhtä suuret tulot (Gini-kertoimen arvo = 0 prosenttia). Jos Gini-kertoimen arvo olisi 100 prosenttia, se tarkoittaisi, että yhdellä henkilöllä on kaikki tulot.

11 Tämä luku on suuruudeltaan suuntaa-antava. Koska on muita näihin kahteen tilanteeseen vaikuttavia muuttujia, ei kahden Gini-kertoimen välisen eron voida katsoa johtuvan pelkästään sosiaalietuuksien vaikutuksesta.

12 Euroopan komissio, "Kohti onnistunutta laajentumista - Strategia-asiakirja ja Euroopan komission kertomus kunkin liittyvän valtion edistymisestä liittymisvalmisteluissa", s. 14–15.

2 Terveys ja terveydenhuolto Euroopan unionissa

2.1 Eurooppalaisten terveys ja Euroopan unionin nykyinen asialista

Terveys on tämänvuotisen raportin pääteema. Terveys ja terveydenhuollon laatu ovat eurooppalaisille erittäin tärkeitä asioita (Eurobarometri 2002). Tässä raportissa kuvataan eurooppalaisten nykyistä terveydentilaa sekä selvitetään tärkeimmät heidän terveyttään määräävät tekijät.

Vaikka terveysala on keskeinen sairauksien hoidossa ja vaikka se on myös merkittävä hyvän terveyden ylläpidossa, niin kansalaisten yleiseen terveydentilaan vaikuttavat merkittävästi myös sosioekonomiset olot, elämäntyyli ja ympäristöolot. Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon järjestämisessä on suuria eroja unionissa. Näiden erojen ohella on myös huomattavia yhtäläisyyksiä, ja – kuten raportti osoittaa – jäsenvaltioilla on suurelta osin samoja terveyspolitiikkaan liittyviä nykyisiä ja tulevia haasteita. Näistä kaksi erottuu selvästi muista. Yhtäältä on jatkuvasti optimoitava terveydenhuoltojärjestelmien kustannustehokkuutta voimakkaiden rakennemuutostekijöiden, kuten ikääntymisen, ja terveydenhuollon uusien menetelmien takia. Toisaalta voidaan suuresti parantaa synergiaa terveyspolitiikan ja muihin terveyttä määrääviin ympäristötekijöihin ja sosioekonomisiin tekijöihin vaikuttavien politiikanalojen välillä.

Terveys on vaurautta

Kansalaisten terveydentila on tärkeä tekijä yhteiskunnan tuotantokapasiteetin kannalta, ja terveyden koheneminen voi parantaa kasvumahdollisuuksia.¹³ Tämä johtuu siitä, että terveyden koheneminen mahdollistaa tuottavuuden lisäämisen, työelämän pidentämisen ja kustannusten alenemisen (sairaudesta johtuvat poissaolot vähenvät, hoidon tarve vähenee, työkyvyttömyys vähenee ja niin edelleen)¹⁴.

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat jäsenvaltioiden sosiaalisen suojelun järjestelmiä. Siten on yksi aihe sosiaalisen suojelun nykyaikaistamista ja parantamista koskevassa uudessa yhteistoiminnassa¹⁵, joka on osa laajempaa Lissabonin strategiaa. Saatavuus, laatu ja kestävyys on asetettu yhteisiksi tavoitteiksi, joihin jäsenvaltiot pyrkivät terveydenhuoltopolitiikassaan. Sosiaalisen suojelun järjestelmien tulonsiirtovaikutus selvästikin myös auttaa kansalaisten terveydentilan ylläpitämisessä. Esimerkiksi eläkejärjestelmät edistävät osaltaan merkittävästi ikääntyvien kansalaisten terveyden ylläpitämistä turvaamalla kohtuullisen elintason eläkkeelle siirtymisen jälkeen.

Terveyteen panostamisen vaikutus ei toki riipu ainoastaan siitä, miten paljon voimavaroja käytetään, vaan myös siitä, missä, milloin ja miten voimavarat käytetään. Parempaan terveyteen panostamisen tuotto voi – muiden vaikutusten ohella – olla suuri, jos toimenpiteet suunnataan niihin sosiaaliryhmiin tai niille alueille, joilla keskimääräinen terveydentila on keho tai erityisen uhattuna. Terveydentilaan liittyvä eriarvoisuus on sidoksissa muuhun yhteiskunnassa vallitsevaan eriarvoisuuteen. Heikko terveys koskettaa etenkin köyhiä ja syrjäytyneitä. Jäsenvaltioiden politiikka, jolla pyritään torjumaan köyhyyttä, vähentämään eriarvoisuutta ja edistämään sosiaalista osallisuutta, sekä uusi eurooppalainen yhteistoiminta näissä kysymyksissä vaikuttavat myönteisesti köyhien terveydentilaan ja parantavat sosiaalista yhteenkuuluvuutta yhteiskunnassa.

Näin terveys ja terveydenhuolto sijoittuvat Euroopan työllisyysstrategian sekä sosiaalisen suojelun nykyaikaistamista ja parantamista koskevien unionin pyrkimysten väliseen leikkauspisteeseen.

Hyvän terveydentilan saavuttamisen sekä sairauksiin saatavan asianmukaisen ja tehokkaan hoidon edellytykset ovat viime vuosikymmenten aikana parantuneet huomattavasti Euroopan unionissa. Tämä johtuu julkisista ja yksityisistä pyrkimyksistä, joissa on panostettu suoraan terveydenhuollon parantamiseen. Vaikka terveydenhuoltojärjestelmillä on keskeinen rooli sairauksien torjunnassa ja ennaltaehkäisyssä, myös muilla terveyttä määrääviin ympäristötekijöihin ja sosioekonomisiin tekijöihin, kuten työ- ja työskentelyoloihin, vaikuttavilla politiikanaloilla on merkittävä vaikutus kansalaisten nykyiseen ja tulevaan terveydentilaan.

13 Arvio tästä suhteesta koko maailman kannalta esitetään asiakirjassa "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health - Chaired by Jeffrey D. Sachs" (2001, WHO, Geneve).

14 Eräässä viime vuosikymmenen tieteellistä kirjallisuutta käsitelleessä amerikkalaisessa katsauksessa tultiin siihen tulokseen, että työntekijät, joiden terveys on hyvä, ansaitsevat 15–30 prosenttia enemmän kuin työntekijät, joiden terveys on heikko: Jack Hadley, "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, 2002.

15 Komission ehdotus komission ja neuvoston yhteiseksi raportiksi riittävästä ja kestävästä eläkkeistä, KOM(2002) 737 lopullinen. Myös: Ehdotus komission ja neuvoston yhteiseksi raportiksi terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta: Kansallisten strategioiden tukeminen korkeatasoisen sosiaalisen suojelun takaamiseksi, KOM(2002) 774 lopullinen.

Terveyttä koskeva Euroopan unionin poliittinen asialista

Viime vuosikymmenellä tapahtunut poliittinen kehitys toi terveyteen liittyvät kysymykset etualalle Euroopan unionin asialistalla.

Kansanterveydelle annettiin ensimmäisen kerran oikeusperusta (129 artikla) Maastrichtin sopimuksessa (1993) jäsenvaltioiden välisen yhteistyön edistämiseksi, tautien ehkäisemiseksi ja edistämistoimissa. Tähän ei kuulunut lakien ja asetusten yhdenmukaistamista. Komissio vastasi näihin uusiin velvoitteisiin kansanterveyden alan toimintapuitteista antamassaan tiedonannossa¹⁶, jonka perusteella hyväksyttiin kahdeksan kansanterveyden alan toimintaohjelmaa. EU:n tasolla saatiin lisäarvoa tukemalla jäsenvaltioiden pyrkimyksiä vaihtamalla tietoja parhaista käytännöistä, jotta terveyden suojelua koskevia säännöksiä voidaan jatkuvasti tukea koko yhteisössä.

1990-luvun lopulla terveyspolitiikan yleispuitteet muuttuivat. Amsterdamin sopimus laajensi yhteisön valtaa kansanterveyden alalle. Artiklaa 129 tarkistettiin lisäämällä useita uusia säännöksiä ja se uudellennimettiin artiklaksi 152. Artiklan 152 mukaan kansanterveyden alan toimenpiteiden tulisi: myötävaikuttaa varmistamaan terveyden korkeatasoinen suojelu; parantaa kansanterveyttä; ehkäistä ihmisten sairauksia ja tauteja; torjua terveyttä vaarantavia tekijöitä ja taata, että EY:n politiikat suojaavat terveyttä.

Tässä kokonaisuudessa, komissio esitti toukokuussa 2000 uuden terveysstrategian¹⁷, joka edistää integroitua lähestymistapaa terveyteen liittyvään työhön yhteisön tasolla. Tämän ehdotuksen avainelementti oli uusi yhteisön toimintaohjelma kansanterveyden alalla¹⁸. Ohjelma keskittyy kolmeen päätoimintalinjaan:

- Parantamaan terveystietoa ja -tietämystä kansanterveyden kehittämiseksi.
- Vahvistamaan kykyä koordinoitua, nopeaan vastaukseen tärkeimpiin terveysuhkiin.
- Kohdentamaan toimenpiteitä edistämään terveyttä ja ehkäisemään tauteja.

Lisäksi komissio on luonut EU:n terveysfoorumia, joka tuo yhteen asiaankuuluvat eurooppalaiset järjestöt. Edellen: Tutkimuksen kuudes puiteohjelma varautuu politiikkasuuntautuneeseen tutkimukseen, joka on merkityksellistä sosiaalipolitiikalle, erityisesti suhteessa Euroopan sosiaaliseen toimintaohjelmaan¹⁹.

Vastuu terveydenhuollon tarjoamisesta ja rahoittamisesta kuuluu jäsenvaltioille. Tämä vastuu ei kuitenkaan estä

soveltamasta perusvapauksia – kuten palvelujen tarjoamisen vapautta, lääketieteellisten tuotteiden kulun tai työntekijöiden vapaata liikkuvuutta – tai muuta yhteisön politiikkaa tällä alalla.

Lisäksi terveys on monialainen asia Euroopan sosiaalisessa toimintaohjelmassa ja tärkeä seikka EU:n kestävän kehityksen strategiassa; kummatkin niistä ovat tärkeitä osia Lissabonin strategiassa. Lisäksi terveydenhuolto on esillä rajatylittävissä liikkuvuudessa ja julkisen talouden laadun parantamisessa.

Terveydenhuollon laatu ja kestävyys on tunnustettu yhdeksi keskeiseksi kysymykseksi jäsenvaltioiden tiiviimmässä yhteistyössä. Göteborgin Eurooppa-neuvostossa (kesäkuussa 2001) sosiaalisen suojelun komiteaa ja talouspoliittista komiteaa pyydettiin tarkastelemaan ikääntyvän yhteiskunnan haasteita sekä laatimaan alustava selvitys²⁰ terveydenhoidon ja vanhustenhuollon alan suuntaviivoista kevään 2002 Eurooppa-neuvostoa varten. Komission tiedonannossa todettiin, että taustalla olevat väestörakenteelliset, teknologiset ja taloudelliset tekijät asettavat Euroopan unionin terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitajärjestelmille etenkin seuraavat haasteet: saatavuus kaikille tuloista tai varallisuudesta huolimatta; hoidon korkea laatu; hoitojärjestelmien rahoituksen kestävyys.

Neuvosto vahvisti nämä kolme laajaa tavoitetta Barcelonan Eurooppa-neuvostolle terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta annetussa alustavassa suunta-antavassa selvityksessä, jossa myös korostettiin, että kaikki terveysjärjestelmät EU:ssa perustuvat yhteisvastuullisuuden, tasapuolisuuden ja yleisyyden periaatteisiin. Barcelonan Eurooppa-neuvosto pyysi komissiota ja neuvostoa tarkastelemaan perusteellisemmin alan palvelujen saatavuutta, laatua ja rahoituksen kestävyyttä. Jäsenvaltioille toimitetun kyselylomakkeen perusteella komissio ehdotti yhteistä raporttia²¹ kansallisista strategioista korkeatasoisen sosiaalisen suojelun takaamiseksi. Koska terveydenhuollon osuus julkisista menoista on suuri, hoitojärjestelmien ja niiden uudistusten taloudellinen kestävyys on tässä suhteessa tärkeää. Työsuojelu on yksi Euroopan sosiaalipolitiikan tärkeimmistä ulottuvuuksista. Työterveyttä ei voida mitata pelkästään työtapaturmien ja ammattitautien perusteella, vaan se sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen viihtyvyyden, joka on tärkeä työn laadun ja työntekijöiden tuottavuuden kannalta. Vuosiksi 2002–2006 on kehitetty yhteisön uusi työterveys- ja työturvallisuusstrategia, jossa otetaan huomioon yhteiskunnan ja työympäristön muutokset.²² Strategiassa on omaksuttu työviihtyvyyden kokonaisvaltainen lähestymistapa, joka perustuu ennaltaehkäisyyn ja yhteistyökumppanuuksien luomiseen kaikkien työllisyyden, terveyden ja turvallisuuden alan sidosryhmien kesken.

16 Marraskuu 1993

17 KOM (2000) 285 lopullinen, 16.5.2000

18 EYVL L 271/1, 9.10.2002, Päätös 1786/EY.

19 Katso erityinen tutkimuksen, teknologisen kehittämisen ja esittelyn puiteohjelma: Euroopplaisen tutkimusalueen integrointi ja lujittaminen (2002-2006)

20 Komission tiedonannon "Terveyden- ja vanhustenhuollon saatavuus, laatu ja taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa" (KOM(2001) 723 lopullinen) perusteella.

21 KOM(2002) 774 lopullinen.

22 "Työn ja yhteiskunnan muutoksiin sopeutuminen: Yhteisön uusi työterveys- ja työturvallisuusstrategia vuosiksi 2002–2006" (KOM(2002) 118 lopullinen).

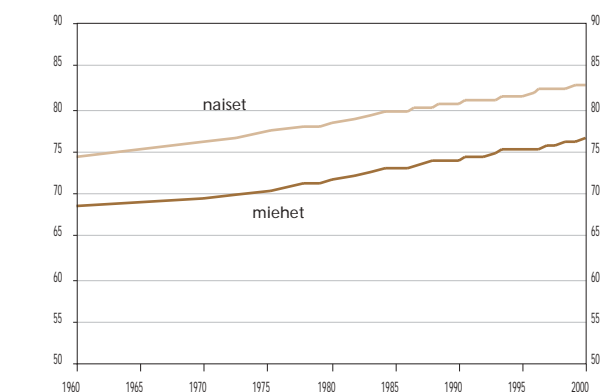
2.2 Väestö ja terveys

Kansalaisten terveydentila on kohentunut kaikissa EU:n jäsenvaltioissa viime vuosikymmenten aikana...

EU:n kansalaisten keskimääräinen terveydentila on kohentunut. Vuonna 2000 keskimääräinen elinajanodote syntyessä oli EU:n 15 jäsenvaltiossa 78 vuotta (miehillä 75 vuotta ja naisilla 81 vuotta). Elinajanodote on korkeampi kuin Yhdysvalloissa (miehillä 74 vuotta ja naisilla 80 vuotta) mutta alempi kuin Japanissa (miehillä 78 vuotta ja naisilla 84 vuotta).

Elinajanodote syntyessä ei ole ainoastaan sosiaalinen indikaattori. Se on myös tärkeä taloudellinen indikaattori. Makrotaloustiedettä ja terveyttä koskeva analyysi osoittaa, että terveydentila selittää suuren osan talouskasvun eroista.²³

Kaavio 2 Elinajanodote, miehet ja naiset. EU-15, 1960–2000



Lähde: Eurostat

Elinajanodote nousi 1900-luvulla: se piteni 25 vuodella vuosisadan 60 ensimmäisen vuoden aikana ja vielä kahdeksalla vuodella neljän viimeisen vuosikymmenen aikana.²⁴ Miesten elinajanodote nousi 68 vuodesta vuonna 1970 aina 75 vuoteen vuonna 2000.²⁵ Naisten elinajanodote piteni samana ajanjaksona kuudella vuodella eli 75 vuodesta vuonna 1970 aina 81 vuoteen vuonna 2000.

Miesten lyhyempi elinajanodote johtuu miesten suuremmasta kuolleisuudesta kaikissa ikäryhmissä; tämä ilmiö tunnetaan kaikissa jäsenvaltioissa ja myös useimmissa muissa maailman maissa. Vaikka biologiset tekijät vaikuttavatkin näihin sukupuolikohtaisiin eroihin, ne johtuvat

lähinnä sosiaalisista syistä ja tietyistä elämäntyylimalleista, jotka voidaan määritellä "miehisiksi elintavoiksi". Nyt, kun miesten ja naisten käyttäytyminen EU:ssa alkaa samankaltaistua, miesten ja naisten elinajanodotteet alkavat lähentyä. Tämä on jo havaittu EU:n 15 jäsenvaltion tasolla (elinajanodote syntyessä piteni miehillä 2,5 vuodella vuosina 1990–2000 ja naisilla 2 vuodella) ja kaikissa jäsenvaltioissa lukuun ottamatta Kreikkaa, Espanjaa, Luxemburgia ja Portugalia.

Elinajanodotteen piteneminen yhdistettynä syntyvyyden muutoksiin merkitsee sitä, että EU:n väestö on yhä iäkäämpää. Väestön ikääntyminen tarkoittaa, että vanhusien määrä kasvaa ja samalla työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus vähenee. Tällä väestönkehitykseen liittyvällä suuntauksella on taloudellisia ja sosiaalisia seurauksia monilla aloilla, myös terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmien alalla.

Terveydenhuollon tarjoamisessa yksi tärkeimmistä väestönkehitykseen liittyvistä suuntauksista on erittäin vanhojen (80 vuotta täyttäneiden) ikäryhmän kasvaminen. Ikäryhmä kasvaa vuosina 2010–2030 kahdeksalla miljoonalla eli 44 prosentilla, joten kasvu on jopa suurempaa kuin yleensä ikääntyvän väestön määrän kasvu. Nykyisin suurin osa erittäin vanhoista tarvitsee apua ja hoitoa, joko virallista tai epävirallista, joista jäkimmäinen sisältää perheenjäsenten antaman hoidon, joka on erityisen ilmeistä eteläisissä jäsenmaissa. Tulevaisuudessa kotitalouksien koko pienenee, eivätkä perheet välttämättä pysty enää vastaamaan hoitotarpeiden lisääntymiseen, jolloin sekä virallisten että muiden epävirallisten hoitajien roolin merkitys korostuu. Ikääntymisellä on vahva sukupuoliulottuvuus: erittäin vanhojen selvä enemmistö on naisia. Väestön ikääntyessä naisten terveysongelmat korostuvat selvästi hoidettavien sairauksien rakenteessa.

...ja tämä heijastuu kuolleisuuteen ja sairastuvuuteen.

Kun ihmisten elinikä pitenee, kuolleisuus ja sairastuvuus siirtyvät yhä pitemmälle vanhuuteen. Tärkeimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verisuonisairaudet (noin 40 prosenttia kaikista kuolemista), syöpä (neljäsosa kaikista kuolemista), hengityselinsairaudet, ruoansulatuselimestön sairaudet sekä tapaturmat ja myrkytykset, jotka sisältävät (auto-)onnettomuudet²⁶. Joka viidennen kuoleman aiheuttaa sairaus, joka olisi ollut estettävissä. Yleinen tilanne kuitenkin vaihtelee sukupuolen ja erityisesti iän mukaan. Kuolleisuus ensimmäisenä elinvuonna on vähentynyt viime vuosikymmenten aikana kaikissa jäsenvaltioissa, joissa se onkin nykyisin maailman alhaisimpia.

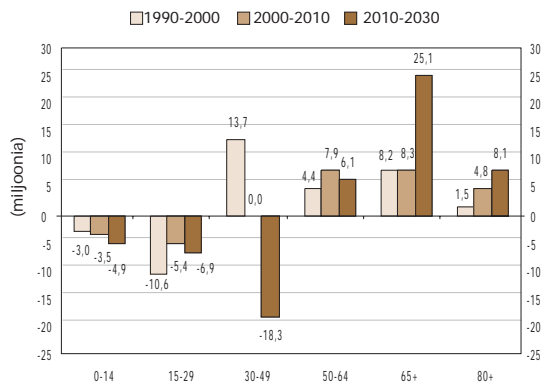
23 Komission raportti kansantaloudesta ja terveydestä, puheenjohtajana Jeffrey D. Sachs (2001): "Macroeconomics and health: investing in health for economic development" ("Kansantalous ja terveys: Terveysteen investointi taloudellisen kehityksen vuoksi"). WHO, Geneve, s. 24: "In particular, each 10 percent improvement in life expectancy at birth is associated with a rise in economic growth of at least 0.3 to 0.4 percentage points per year, holding other growth factors constant".

24 Indikaattorin luonne selittää osittain tämän hidastumisen. Tietyin vuoden elinajanodote on keskimääräinen ikä, jonka vastasyntyneen vauvan voidaan odottaa saavuttavan, jos kyseisen vuoden kuolleisuus pysyy samalla tasolla. Koska ensimmäisenä elinvuotenaan kuoleva henkilö menettää paljon enemmän elinvuosia kuin esimerkiksi 65 vuoden ikäisenä kuoleva henkilö, imeväiskuolleisuuden lasku vaikuttaa elinajanodotteeseen enemmän kuin pitkäikäisyyden lisääntyminen.

25 Elinajanodotteen kasvu kuitenkin pysähtyi 1980-luvun jälkipuoliskolla ja 1990-luvun alussa joissakin eteläisissä jäsenvaltioissa miesten osalta aidsin ja nuorten miesten liikenneonnettomuuksien lisääntyä kuolleisuutta.

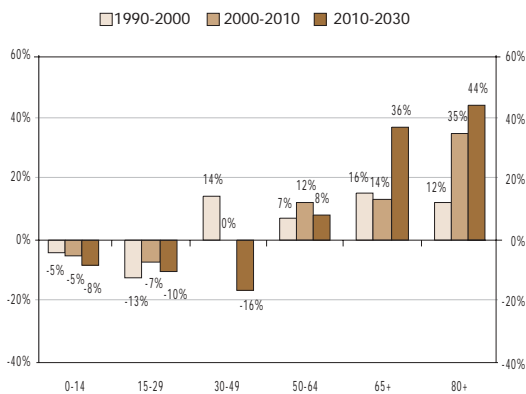
26 Lähde: Eurostat. Katso myös terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston raportti "The health status in the European Union", Euroopan komissio 2001.

Kaavio 3. Väestönmuutos (miljoonia) ikäryhmittäin, EU-15



Huom: B: 1995; DK: 1996; EL: 1997; E, F, IRL, I, S, UK, EU: 1998
Lähde: Eurostat

Kaavio 4. Väestönmuutos (prosentteina) ikäryhmittäin, EU-15



Lähde: Eurostat

Nykyisissä imeväiskuolleisuusluvuissa on kuitenkin yhä eroja sosiaaliryhmien tai alueiden välillä, joten tilannetta voidaan vielä parantaa. Kuitenkin, koska imeväiskuolleisuus on nykyisin erittäin alhainen, elinajanodotteen piteneminen edelleen riippuu sairastuvuuden ja kuolleisuuden vähenemisestä vanhemmissa ikäryhmissä.

Tärkeimpiä sairastuvuuden syitä ovat hermostoa rappeuttavat sairaudet (kuten Alzheimerin tauti ja demensia), vammat, sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä syöpä²⁷. Koska useimmat näistä sairauksista ovat ikäsidonaisia, väestön ikääntyminen vaikuttaa sairastuvuuteen ja terveydenhuollon tarpeisiin. Myös mielenterveysongelmat ovat yhä yleisempiä. EU:ssa noin neljäsosa uusista työkyvyttömyysetuuksista liittyy mielisairauksiin, ja mielenterveysongelmien osuus terveydenhuollon kustannuksista on suuri.

Terveystilanne on muuttumassa myös liittyvissä valtioissa ja ehdokasmaissa.

Terveydestilanne on parantumassa myös liittyvissä valtioissa, mutta useimmiten se on niissä yleisesti ottaen alempi kuin EU:n nykyisissä jäsenvaltioissa. Liittyvien valtioiden ja ehdokasmaiden välillä on suuria eroja, ja tilanne on paras Maltalla ja Kyproksella (vastaava tai jopa parempi kuin joissakin nykyisissä jäsenvaltioissa) ja sen jälkeen Sloveniassa, kun taas terveystilanne on heikompi Baltian maissa, Romaniassa, Bulgariassa ja Turkissa. Tämä näkyy korkeampina imeväiskuolleisuuslukuina ja lyhyempänä elinajanodotteena sekä muiden tautien kuin tartuntatautiin (erityisesti sydänsairauksien, verenkiertolinten sairauksien ja syövän), tartuntatautiin (joissakin maissa myös sukupuolitautiin ja tuberkuloosiin) ja väkivaltaisten kuolemien yleisyytenä.

Toimintarajoitteiden määrään tulevina vuosikymmeninä liittyy paljon epävarmuutta.

Ihmiselämään kuuluu, että kaikenlaiset toimintarajoitteet lisääntyvät yleensä iän myötä. Sairaudet, vaaralliset elintavat, onnettomuudet ja sosioekonomiset tekijät synnyttävät yhdessä toimintakykyä heikentävän prosessin, joka pahenee ajan mittaan. Ei siis ole yllättävää, että toimintarajoitteisista nuoria on 5 prosenttia mutta työikäisiä jo 46 prosenttia, ja loput 49 prosenttia toimintarajoitteisista ovat 60 vuotta täyttäneitä (EHP:n tietojen mukaan.) Elinajanodotteen pidentyessä myös näkö- ja kuulohäiriöt yleistyvät, samoin kuin Alzheimerin taudin ja demensian kaltaiset neurologiset häiriöt. Se, miten ikäsidonaisia riskejä pystytään tulevaisuudessa vähentämään, on ratkaisevaa apua ja hoitoa tarvitsevien vanhusien määrän kannalta.

2.3 Väestön terveyttä määräävät tekijät

Terveydentilan kehityksen määräävät suurelta osin ympäristöolot...

Fyysinen ympäristö aiheuttaa eurooppalaisille terveysriskejä, jotka johtuvat erittäin suurelta osin vallitsevista elintavoista ja luonnonvarojen käytöstä. Ihmisen terveys on riippuvainen laadukkaasta ravinnosta, vedestä, ilman ja suojan saatavuudesta. Myös melu, liikenneuhkat ja onnettomuudet sekä puutteelliset viemäröintijärjestelmät vaikuttavat siihen. Nopea kaupungistuminen on luonut moniin kaupunkien erityisongelmiin sekä johtanut ilman pilaantumiseen ja kehnoihin asumisoloihin. Muut terveysongelmat liittyvät veden ja ravinnon saastumiseen, joka aiheuttaa tartuntatauteja. Näitä haittavaikutuksia pyritään kuitenkin koko ajan torjumaan edistämällä kaupunkiuudistusta, parantamalla infrastruktuuria, valvomalla epäpuhtauksia ja tehostamalla elintarviketurvallisuustoimia, ja haittavaikutuksia onkin pystytty vähentämään.

27 Lähde: Eurostat. Katso myös terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston raportti "The health status in the European Union", Euroopan komissio 2001.

Kaavio 5. Tärkeimmät terveyttä määräävät tekijät²⁸

Ilman pilaantuminen väheni viime vuosikymmenen aikana Keski- ja Itä-Euroopan taajamissa erilaisten teknisten toimenpiteiden ja laman takia. Asumisolot ovat kuitenkin edelleen alle länsieurooppalaisen tason ja liikenneongelmat ovat pahenemassa.

...ja sosioekonomiset olot...

Terveys on selvästi sidoksissa sosioekonomiseen asemaan. Tämä käsite määritellään yleensä käyttämällä erilaisia toisiinsa liittyviä indikaattoreita, kuten ammattiasemaa, sukupuolta sekä koulutus-, tulo- ja varallisuustasoa. Yksilön kannalta sosioekonominen asema määrää sosiaalisten ja aineellisten voimavarojen saatavuuden sekä tietynlaisen alttiuden terveystilanteille.

Yksilötasolla koulutus näyttää vahvistavan sosiaalisia valmiuksia, laajentavan yksilön mahdollisuuksia, tuovan itseluottamusta, lisäävän taitoja ja kykyjä sekä edistävän terveempää elintapaa lisäämällä tietoisuutta riskeistä. Eurobarometrin mukaan ainoastaan 50 prosenttia vähemmän kuin keskiasteen koulutuksen saaneista piti terveyttään "hyvänä" tai "erittäin hyvänä", kun heitä oli korkeasteen koulutuksen saaneiden joukossa lähes 75 prosenttia.

Sekä työllisyys että työttömyys ovat tärkeitä terveydentilan kannalta. Korkean työllisyysasteen tai alhaisen työttömyysasteen yhdistettynä korkeaan keskimääräiseen kansanvarallisuuteen on osoitettu vähentävän kuolleisuutta merkittävästi tietyllä viipeellä.²⁹ Lisäksi monet yksilötason tutkimukset viittaavat positiiviseen korrelaatioon työttömyyden ja niin fyysisen kuin henkisenkin sairauden tai toimintarajoitteisuuden välillä. Työttömät ilmoittavat paljon muita useammin huonosta terveydestä ja käyvät lääkärillä. Työttömien kuolleisuusriski on suurempi kuin jatkuvassa työsuhteessa olevien kuolleisuusriski. Itsemurhaluvut ovat korkeammat nuorten työttömien keskuudessa. Sosiaaliset verkostot tai "epäviralliset työt" voivat kuitenkin jossakin määrin lieventää työpaikan menetyksen kielteistä vaikutusta. Tämä "puskurivaikutus" on voimakkaampi tietyissä jäsenvaltioissa.

Työllisyydellä on kaiken kaikkiaan myönteinen vaikutus pitkäikäisyyteen ja terveyteen, jos työpaikat ovat korkealaatuisia. Työn heikon laadun on osoitettu aiheuttavan erityisiä työterveysongelmia (tapaturmat, vammat ja ammattitaudit). Tärkeimmät työperäiset terveysongelmat ovat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja niiden jälkeinen stressi sekä keuhkosairaudet ja sydän- ja verisuonisairaudet. Teollisuudenala ja ammatti, työsopimuksen laatu (määräaikainen) tai työaika (vuorotyö), ikä ja sukupuoli vaikuttavat sairauksien yleisyyteen ja esiintymiseen. Naisten työvoimaosuus on 46 prosenttia, mutta naisten osuus ammattitaudeista on keskimäärin 18 prosenttia, vaikka tässä näkyvät myös työaikojen erot.

Heikkolaatuisen työn kustannukset ovat huomattavat. Ennaltaehkäisevän tai hoitavan terveydenhuollon kustannuksia olisi tarkasteltava suhteessa työtapaturmien ja heikon terveyden takia menetettyjen työpäivien määrään ja siitä johtuvaan tuotannon- ja tulonmenetykseen. EU:ssa menetettiin työtapaturmien ja työhön liittyvien terveysongelmien takia yhteensä 510 miljoonaa työpäivää vuonna 1999.

Liittyvissä valtioissa 40 prosenttia työntekijöistä katsoo terveytensä ja turvallisuutensa olevan uhattuna työn takia, kun EU:ssa heitä on 27 prosenttia.³⁰ Näissä maissa ilmoitetaan enemmän työperäisistä ongelmista, etenkin uupumuksesta sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksista. Liittyvien valtioiden työterveys- ja työturvallisuusjärjestelmät on mukautettava yhteisön lainsäädäntöön. Monissa näistä maista kolmikantaisuus on varsin vähäistä, joten suurena haasteena on edelleen varmistaa, että työntekijät ja työnantajat voivat osallistua järjestelmän parantamiseen.

...sekä sosiaalisten verkostojen laajuus ja laatu.

Sosiaalinen tuki on tärkeää terveydelle ja erityisen keskeistä hyvälle terveydelle elinkaaren kummassakin päässä. Sosiaaliset verkostot – jotka koostuvat perheenjäsenistä, sukulaisista, vertaisista ja ystäväistä – edistävät yksilöiden terveyden suojelua ja parantamista. Ne valvovat poikkeavaa käyttäytymistä ja useimpia elintapoihin liittyviä tekijöitä. Ne voivat helpottaa terveystalvelujen saatavuutta, tarjota runsaasti epävirallista hoitoa ja lievittää osaltaan kielteisten tapahtumien vaikutusta.

Perhe on edelleen hoidon ja tuen peruskallio sekä lapsille että aikuisille kaikissa jäsenvaltioissa, ja perheen roolia hoidon tarjoamisessa pidetään tärkeänä ja myönteisenä. Nykyisin 6 prosenttia eurooppalaisista käyttää suuren osan ajastaan epävirallisen pitkäaikaishoidon tarjoamiseen vanhuksille tai sairaille tai työkyvyttömille työikäisille aikuisille. Naisten työvoimaosuuden kehitys ja perherakenteiden lisääntyvä epävakaus vaikuttavat perheiden tulevaan kykyyn tarjota pitkäaikaishoitoa. Kaikissa jäsenvaltioissa kotitalouksien koko pienenee ja yksin asuvien määrä kasvaa koko ajan. EU:n 15 jäsenvaltion skenaariot osoittavat, että vuoteen 2020 mennessä 46 prosenttia 85

28 Tämä kuvio on kehitetty Dahlgrenin ja Whiteheadin työn pohjalta. (Ks. Dahlgren ja Whitehead: "Policies and strategies to promote social equity in health" (Sosiaalista oikeudenmukaisuutta terveydessä edistävät politiikat ja strategiat), Institute for Future Studies (Tulevaisuudentutkimuksen instituutti), Tukholma, 1991.)

29 Prof. H. Brenner, "Unemployment and public health", Euroopan komission työllisyyden pääosasto.

30 Tutkimus työoloista ehdokasmaissa, 2001 - Euroopan elin- ja työolojen kehittämistäitiö.

vuotta täyttäneistä asuu yksin ja 80 prosenttia heistä on naisia. Tällöin yhä useammat vanhukset tarvitsevat todennäköisesti virallista hoitoa, vaikka vanhuuden toimintarajoitteisuus vähenisikin edelleen.

Tervettä käyttäytymistä edistävät strategiat edellyttävät monenlaisten sidosryhmien voimakasta panosta. Terveysriskejä koskevan yleisen tietoisuuden ja ymmärryksen lisäämiseksi olisi tasapainotettava valtio-, yhteisö- ja yksilötason toimintaa. Kansalaisjärjestöjen, paikallisyhteisöjen ja muiden tahojen yhteisötason toiminnan mahdollisuudet kasvavat ja näille tulisi osoittaa asianmukainen huomio.

Sosiaalisen syrjäytymisen viimeaikainen kehitys tuo uusia haasteita terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentämiseen.

Köyhissä maissa tulotason ja kuolleisuuden välillä näyttää olevan selkeä yhteys. Paremmat tulot liittyvät usein parempaan terveyteen. Tämä suhde ei ole yhtä ilmeinen vauriissa maissa, joissa kuolleisuus näyttää olevan yhteydessä tuloeroihin. Tämä johtuu lähinnä siitä, että pienet tulot ja köyhyys liittyvät keuhkoihin elin- ja työoloihin sekä huonoihin elintapoihin. Köyhät kuvaavat terveytään paljon muita useammin huonoksi tai erittäin huonoksi useimmissa jäsenvaltioissa, ja köyhien keskuudessa sosiaalinen syrjäytyminen on yleisempää ja mahdollinen tuki ja epävirallisen hoidon saatavuus vähäisempää kuin muiden keskuudessa.

Pienet tulot ja köyhyys voivat merkitä laadultaan riittävän ennaltaehkäisevän terveydenhuollon (kuten konsultation) ja hoitavan terveydenhuollon (kuten lääkityksen ja sairaalahoidon) huonompaa saatavuutta, esimerkiksi hoidon, viestinnän ja seurannan osalta. Suurituloiset saavat muita todennäköisemmin erikoislääkäripalveluja, kun taas pienituloiset käyttävät yleensä yleislääkäripalveluja.³² Tuloerojen vähentämisen ylimääräiset terveyshyödyt ovat erityisen tärkeitä, kun yhteiskunnassa ilmenee myös köyhyyttä. Poliitikan kannalta tämä merkitsee, että köyhyyden torjunta ja terveydenhuoltojärjestelmien saatavuuden esteiden poistaminen ovat tärkeitä kysymyksiä.

Uusia haasteita liittyy myös erilaisten elintapojen terveysvaikutukseen...

Elintavoilla on merkittävä vaikutus terveydentilaan. Ravitsemukseen, liikuntaan sekä alkoholin, tupakan ja huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvät huonot elintavat aiheuttavat monenlaisia vakavia ja koko ajan yleistäviä terveysongelmia. Näitä elintapoja voidaan muuttaa tietoisuutta lisäävillä kansanterveyskampanjoilla ja ennaltaehkäisevillä toimilla.

Tupakan käyttö on johtava riskitekijä, sillä sen osuus koko tauti- ja vauriotaakasta on WHO:n uusimman raportin³³ mukaan noin 12 prosenttia. Tupakointi on yhteydessä monenlaisiin, joskus kuolemaan johtaviin sairauksiin, jotka olisi voitu välttää (sydän- ja verisuonisairaudet, syövät sekä keuhkosairaudet). Yhteensä kolmasosa EU:n 15 jäsenvaltion väestöstä sanoo tupakoivansa säännöllisesti. Tupakointi on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa EU:n 15 jäsenvaltiossa (miehistä tupakoi 40 prosenttia ja naisista 28 prosenttia), ja se on yleistymässä etenkin nuorten naisten keskuudessa. Tanskassa saatujen tulosten mukaan keuhkosityöpä, joka on yhteydessä naisten runsaaseen tupakointiin, on yksi syy tanskalaisnaisten melko alhaiseen elinajanodotteeseen³⁴.

Alkoholin ja verenpaineen osuus DALY-suureen³⁵ avulla arvioituista ennenaikaisesti menetetyistä elinvuosista on 9–10 prosenttia, ja kolesterolin ja painon osuus on 6–7 prosenttia kummankin sukupuolen kohdalla. Puutteellisella ravitsemuksella – eli kehoilla yleisillä ruokakäytöksillä – on merkittäviä sosioekonomisia seurauksia, sillä ne heikentävät terveyttä tai aiheuttavat taloudellisia ja sosiaalisia kustannuksia. Eurostatin tietojen mukaan noin 17 prosenttia EU:n aikuisista on ylipainoisia ja noin 6,5 prosenttia on lihavia. Ylipainoisuus tai lihavuus lisää joidenkin kroonisten sairauksien riskiä, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, tiettyjen syöpien ja tyypin II diabeteksen. Lihavuus on yleistymässä etenkin lasten keskuudessa.

...etenkin nuorten kohdalla...

Nuorten terveys ei ole kohentunut samaa vauhtia kuin yhteiskunnassa yleensä, vaan käyttäytymiseen ja elintapoihin liittyvät kuolleisuusluvut ovat nykyisin suhteellisen korkeat nuorten ja erityisesti nuorten miesten keskuudessa. Huumausaineiden ja alkoholin väärinkäyttö on usein ulkoisista syistä johtuvien nuorten kuolemantapausten suuren määrän taustalla: näitä ulkoisia syitä ovat pääasiassa auto-onnettomuudet 15–30-vuotiaiden nuorten miesten kohdalla mutta myös muut väkivaltaiset kuolemat, kuten itsemurhat, jotka ovat nuorten miesten toiseksi yleisin kuolinsyy. Lisäksi laittomien aineiden käyttö on keskittynyt nuorten aikuisten, erityisesti kaupungeissa asuvien miesten, keskuuteen: käyttö on nuorten aikuisten keskuudessa suurin piirtein kaksi kertaa yleisempää kuin kaikkien aikuisten keskuudessa. Lisäksi sukupuolinen käyttäytyminen – esimerkiksi tahattomat raskaudet ja sukupuolivälitteisten infektioiden riski – on merkittävä tekijä nuorten terveydessä.

...ja liittyvissä valtioissa.

Tupakointiin liittyvät ongelmat ovat merkittäviä, ja tupakoinnin määrä kasvaa nuorten ja naisten keskuudessa.

31 Korkealaatuisen terveydenhuollon saatavuutta myös kaikille heikossa asemassa oleville ryhmille käsiteltiin Laekenissa joulukuussa 2001 hyväksytyssä yhteisessä raportissa sosiaalisesta osallisuudesta.

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

33 Katso terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston raportti "The health status in the European Union" ("Terveydentila Euroopan unionissa"), Euroopan komissio 2001.

34 DALY-suureella (Disability-Adjusted Life Year) (Toimintarajoitteisuusmukautettu elinvuosi) kvantifioidaan sairauden aiheuttamaa rasitetta: Huomioon otetaan ennenaikaisen kuoleman aiheuttama elinvuosien menetys sekä tietynasteisen ja tietynpituisen sairauden kanssa eletty vuodet. Yksi (menetetty) DALY-yksikkö on yksi menetetty vuosi terveenä.

Alkoholin kulutus on toinen elintapoihin liittyvä tekijä, joka on taustalla monissa kuolemantapauksissa. Alkoholi on todennäköisesti merkittävämpi tekijä äkillisten sydänkuolemien³⁵ ja kirroosin suuressa määrässä Keski- ja Itä-Euroopan liittyvissä valtioissa kuin EU:ssa. Yleisesti ottaen etenkin tieliikenneonnettomuuksista, hukkumisesta ja tulipaloista johtuvista vammoista sekä henkikirikoksista ja itsemurhista peräisin olevat kuolleisuusluvut ovat suuremmat näissä maissa, mikä voidaan osittain selittää alkoholinkulutustottumuksilla.

2.4 Terveydenhuoltojärjestelmien merkitys

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat tärkeitä terveytuloksille ja taloudelle kaikissa jäsenvaltioissa...

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat merkittäviä sairauksien torjunnassa, ja ne vaikuttavat merkittävästi terveytuloksiin. Terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitoalalla on lisäksi huomattava painoarvo taloudessa ja työllisyydessä. Terveys- ja sosiaalipalvelualan osuus kaikista työpaikoista EU:n 15 jäsenvaltiossa on lähes 10 prosenttia. Terveysala on myös erittäin dynaaminen ja nopeasti kehittyvä taloudenala, jolla on huomattavat mahdollisuudet lisätä entisestään talouskasvua ja työllisyyttä. Terveys- ja sosiaalialan osuus EU:n nettotyöllisyyden kasvusta oli 18 prosenttia vuosina 1995–2001.³⁷

...joilla on samanlaisia haasteita huolimatta terveydenhuollon järjestämisessä olevista suurista eroista.

Terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiossa, sääntelyssä, rahoituksessa, toteutuksessa ja käytössä on suuria eroja jäsenvaltioiden välillä. Terveydenhuoltojärjestelmien ongelmissa on kuitenkin paljon yhtäläisyyksiä. Väestön ikääntyminen on erityisen merkittävä yhteinen haaste. Korkealaatuisen ja kestäväen terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon turvaamista kaikille myös väestön ikääntymisen huippuvaiheessa pidetään yleisesti yhteisenä tavoitteena, johon jäsenvaltiot pyrkivät terveydenhuoltopolitiikassaan.

Jäsenvaltiot käyttävät huomattavia summia terveydenhuoltoon...

Vuonna 1999 terveyteen liittyvien kokonaismenojen osuus BKT:stä vaihteli Saksan 10,3 prosentista Luxemburgin 6,1 prosenttiin, ja painotettu keskiarvo oli 8,4 prosenttia. Terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bruttokansantuotteesta on nykyisin korkein Saksassa, ja seuraavina tulevat Ranska ja Belgia. Yhdysvalloissa terveyteen liittyvät kokonaismenot olivat 13 prosenttia BKT:stä vuonna 2000 ja julkisten menojen osuus 44 prosenttia.³⁸ Kanadassa luvut ovat lähempänä EU:n keskiarvoa eli terveysmenot ovat 9,1 prosenttia BKT:stä ja julkisten menojen osuus 71 prosenttia.

Euroopan terveydenhuoltojärjestelmät ovat riippuvaisia erilaisista rahoituslähteistä. Suurin osa (keskimäärin 75 prosenttia) rahoituksesta kaikissa jäsenvaltioissa on peräisin julkisista menoista, jotka kerätään veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Yksityisten menojen (palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen ja yksityisten sairausvakuutusten) osuus terveyteen liittyvistä kokonaismenoista on alle 30 prosenttia, paitsi Kreikassa, Italiassa ja Portugalissa. Palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen osuus terveyteen liittyvistä kokonaismenoista EU:ssa nousi hieman 1990-luvulla, ja vuonna 1998 EU:n keskiarvo oli 16 prosenttia. Italiassa ja Portugalissa palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen osuus terveyteen liittyvistä kokonaismenoista on yli 30 prosenttia. Odotuksista huolimatta näyttää siltä, että kustannusten siirtäminen yksityisiin rahoituslähteisiin ei ole hillinnyt terveyteen liittyvien kokonaismenojen kasvua.

...ja pitkäaikaishoitoon.

Pitkäaikaishoidon kustannuksia ja kansallisia suuntauksia on vaikea selvittää, koska nämä palvelut jakaantuvat usein erilaisiin julkisiin rakenteisiin ja talousarvioihin – yleensä terveydenhuollon talousarvioon ja sosiaalipalvelujen talousarvioon. Parhaat saatavilla olevat arviot pitkäaikaishoitoon liittyvistä julkisista menoista viittaavat siihen, että EU:n painotettu keskiarvo oli 1,3 prosenttia BKT:stä vuonna 2000 ja että osuus vaihtelee Ranskan, Irlannin ja Itävallan 0,7 prosentista Tanskan 3 prosenttiin ja Ruotsin 2,8 prosenttiin.³⁸

Vanhusten pitkäaikaishoidon organisaatiossa on huomattavaa vaihtelua jäsenvaltioiden välillä. Tanskassa on paljon pitkäaikaishoitoon varattuja vuodepaikkoja, kun taas Välimeren alueen jäsenvaltioissa niitä on selvästi alle EU:n keskitason; tämä liittyy perheverkostojen erilaiseen rooliin epävirallisen hoidon tarjoamisessa. Alalla tapahtuu nopeita muutoksia, kun palveluja järjestetään uudelleen tai uudistetaan Pohjois- ja Keski-Euroopan jäsenvaltioissa ja niitä laajennetaan etelässä osittain perherakenteiden muutosten takia. Voittoa tavoittelemattomilla yhteisöillä on yhä suurempi rooli terveys- ja sosiaalipalvelualalla.

Terveydenhuoltopalvelujen sisällä perusterveydenhuollon, toisen asteen terveydenhuollon ja kolmannen asteen terveydenhuollon³⁹ välinen tasapaino on vähitellen muuttunut. Toisen asteen (lähinnä sairaalapotilaiden) terveydenhuollon merkitys on laskenut pääasiassa terapeuttisen hoidon edistymisen sekä perushoidon ja päivähoidon parannusten takia. Tämä on lisännyt tarvetta terveydenhuollon hajauttamiseen ja sidosryhmien uudelleen koordinoitiin kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Valtion, markkinoiden ja voittoa tavoittelemattoman sektorin muuttuvat suhteet terveydenhuoltoalalla sekä yksityisen sektorin osuuden kasvu aiheuttavat uusia haasteita, jotka liittyvät terveydenhuollon sääntelyyn ja toteutukseen sekä tasapuolisuustavoitteiden saavuttamiseen.

35 Britton, A. & McKee, M., "The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe"

("Alkoholin sekä sydän- ja verisuonitautien yhteys Itä-Euroopassa"), *Journal of Epidemiological Community Health* 2000, 54: 328–332.

36 "Employment in Europe 2002" (Työllisyys Euroopassa 2002).

37 "OECD Health Data 2002".

38 "Budgetary Challenges posed by ageing populations" ("Ikääntyvän väestön asettamat budjettihaasteet") - Talouspoliittinen komitea (2001).

39 Toisen asteen terveydenhuolto kattaa sairaalapotilaspalvelut; kolmannen asteen terveydenhuolto kattaa pitkäaikaishoidon.

Useimmat jäsenvaltiot varmistavat yleisen saatavuuden...

Kaikissa jäsenvaltioissa on yleiset tai lähes yleiset oikeudet terveydenhuoltoon. Tämä on ollut merkittävä saavutus EU:ssa viime vuosikymmenten aikana. Tammikuussa 2002 käyttöön otetun yleiskattavuuden ansiosta myös Ranskassa on nyt Tanskan, Suomen, Kreikan, Irlannin, Italian, Luxemburgin, Portugalin, Ruotsin ja Yhdistyneen kuningaskunnan ohella yleinen lakisääteinen terveystakuutus, joka vähentää merkittävästi terveystalouden saatavuuteen liittyvää sosiaalisen syrjäytymisen riskiä. Yhdysvalloissa puolestaan arvioidaan, että 40 miljoonalla amerikkalaisella tai 14 prosentilla väestöstä ei ole sairausvakuutusta.⁴⁰

Lakisääteisen sairausvakuutuksen yleisestä tai lähes yleisestä kattavuudesta huolimatta jäsenvaltioissa on kuitenkin edelleen saatavuusongelmia, jotka liittyvät kattavuudessa oleviin aukkoihin. Nämä ongelmat ovat kahdenlaisia: niihin ovat syynä tiettyjen hoitomuotojen jättäminen lakisääteisen sairausvakuutuksen ulkopuolelle tai lisääntynyt riippuvuus käyttäjämaksuista.

...ja kehittävät laatustandardeja.

Useimmat jäsenvaltiot ovat edistyneet terveydenhuollon laatustandardien luomisessa⁴¹. Tehtävä on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi tietyillä aloilla, esimerkiksi poliklinikapotilaiden kohdalla ja tuloksiin liittyvien standardien osalta. Paineet potilaiden saaman hoidon laadun parantamiseksi ovat edelleen kasvaneet, kuten myös paineet kustannusten hillitsemiseksi. Kasvava tietoisuus siitä, että varojen käyttäminen tehottomiin menetelmiin aiheuttaa vaihtoehtokustannuksia muille potilaille, on osaltaan lisännyt vaatimuksia, jotka koskevat toimenpiteiden talousarviovaikutusten ja kustannustehokkuuden selvittämistä osana terveydenhuollon menetelmien arviointia. Terveydenhuollon toteutuksen laatuarviointi löytyy jossakin muodossa kaikista EU-maista⁴².

Liittyvien valtioiden ja ehdokasmaiden tilanteissa on eroja.

Useimmat liittyvät valtiot ja hakijamaat käyttävät terveydenhuoltoon EU:n keskitasoa pienemmän osan bruttokansantuotteestaan. Osuus vaihtelee Romanian 2,6 prosentista Maltaan runsaaseen 8 prosenttiin. Liittyvissä valtioissa sairaalahoitoon ottaminen on suhteellisen yleistä lähinnä heikosti kehittyneiden perusterveydenhuoltojärjestelmien takia⁴³. Monissa näistä maista on kuitenkin vähemmän lääkintähenkilökuntaa asukasta kohti kuin EU:ssa, ja sairaalainfrastruktuuri ja muut terveydenhuol-

lon laitteet ovat varsin kehoja. Teoriassa oikeudet terveydenhuoltoetuksiin ovat edelleen yleisiä ja kattavia useimmissa maissa. Käytännössä palveluja kuitenkin säännöstellään, eivätkä epäviralliset maksut ole harvinaisia.⁴⁴ Joissakin liittyvissä valtioissa on tietynlainen suuntaus kohti terveydenhuollon yksityistämistä. Samalla terveyteen suunnataan yhä enemmän yksityisiä varoja sekä palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen muodossa että kattamalla riskit yksityisellä sairausvakuutuksella.

2.5 Terveydenhuoltojärjestelmien tulevat haasteet

Terveydenhuoltojärjestelmien taloudelliseen kestävyys, laatuun ja saatavuuteen kohdistuu uusia haasteita, joihin ovat syynä yhteiskunnallinen murros ja kasvavat odotukset...

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tarve on kasvanut viime vuosikymmenten aikana lähinnä lääketieteellisten tekniikkajärjestelmien ja hoitomuotojen kehityksen sekä vaurastuneiden yhteiskuntien kasvavien odotusten takia. Päätäjien on myös vastattava uuteen rakenteelliseen suuntaukseen eli terveydenhuollon kuluttajien kasvaviin odotuksiin. Muutokset elintavoissa, työmuodoissa, tulossa, koulutustasossa ja perherakenteissa muuttavat myös ihmisten asenteita terveydenhuoltoon. Lisäksi tietoyhteiskunta tuo tiedot uusista mahdollisista hoitomuodoista välittömästi kaikkien niiden ulottuville, joilla on Internet-yhteys: terveysaiheet www-sivustot ovat Internetin suosituimpia. Muuttuviin asenteisiin sisältyy kasvava tietoisuus potilaiden oikeuksista ja velvollisuuksista, syrjinnän entistä vähäisempi suvaitseminen sekä kunnioituksen väheneminen terveydenhuoltoalan ammattilaisia kohtaan. On saatu laajaa näyttöä siitä, että halutaan lisää valinnanvaraa ja entistä yksilöllisempiä palveluja sekä entistä laajempaa lääketieteellisten hoitomuotojen valikoimaa – myös sellaisia hoitomuotoja, jotka eivät perinteisesti ole kuuluneet terveydenhuoltojärjestelmiin. Täten on tärkeää arvioida oikein taustalla olevat väestön terveystarpeet ja vastata niihin oikein, koska tämä voi osaltaan vaikuttaa tehottomien, jopa vahingollisten terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisen poistamiseen.

40 Jack Hadley, "Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education", ("Sairaampi ja köyhempi: vakuuttamattomana olemisen seuraukset. Katsaus tutkimukseen terveystakuutuksen, terveyden, työn, tulojen ja koulutuksen välisestä yhteydestä"). The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2002.

41 Laatustandardeja koskevaa keskustelua koskien ks. Euroopan komission tiedonanto "Terveydenhuolto ja vanhustenhoito: "Kansallisten strategioiden tukeminen korkeatasoisen sosiaalisen osallistumisen takaamiseksi" (2003)

42 Yksityiskohtainen tarkastelu terveydenhuollon menetelmien arvioinnista sisältyy lukuun 2.3 työllisyys ja sosiaalisiin pääosaston julkaisuun "Sosiaalinen tilanne Euroopan unionissa 2003".

43 Ks. Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institute of Advanced Studies, Wien) "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries" (Terveys ja terveydenhuoltojärjestelmät hakijamaissa), elokuu 2002, s. 8.

44 Euroopan komission työllisyyden ja sosiaalisiin pääosastolle marraskuussa 2002 esitetty raportti "Study on the Social Protection System in the 13 Applicant Countries" ("Tutkimus sosiaalisen suojelun järjestelmistä 13:ssa hakijamaassa").

...tekniikkojen ja hoitomuotojen kehitys...

Lääketieteellisten tekniikkojen ja hoitomuotojen kehitys on osaltaan lisännyt kustannuksia viime vuosikymmenten aikana. Uudet tekniikat voivat myös vähentää tiettyjen sairauksien hoitokustannuksia, mutta ne voivat lisätä menoja, jos niiden avulla hoidetaan sairauksia, joihin ei aiemmin ole ollut hoitomuotoja tai joiden hoitomuodot ovat olleet tehottomampia, tai jos niitä käytetään sairauksiin, joihin on olemassa edullisempia hoitovaihtoehtoja. Uusien tekniikkojen vaikutusta tuleviin terveydenhuoltomenoihin on vaikea ennustaa, mutta lääketieteellisten tekniikkojen ja hoitomuotojen järjestelmällisen arvioinnin avulla voitaisiin varmistaa, että menojen kasvu on ainoastaan todellisen kehityksen tulosta ja että säästömahdollisuudet hyödynnetään. Tällainen arviointi – ja tulosten levittäminen ja toteuttaminen – on välttämätön saatavuutta, laatua ja (taloudellista) kestävyyttä koskevien tavoitteiden kannalta. Tällä hetkellä edistymisen valvonta riippuu kuitenkin suurelta osin terveystietojen laadusta. EU:n tasolla on edelleen merkittäviä heikkouksia niin tietojen saatavuudessa kuin myös määritelmien ja tiedonkeruumenetelmien yhdenmukaistamisessa.

Tieto- ja viestintätekniikat on otettu käyttöön terveysjärjestelmissä samoin kuin useimmissa muissa talouden osissa. Ne voivat parantaa huomattavasti terveydenhuollon järjestämistä. Jotkin terveydenhuoltoviranomaiset ilmoittavat käyttävänsä nykyisin 20 prosenttia laiteinvestointivaroistaan tieto- ja viestintätekniikoihin. Tieto- ja viestintätekniikoiden yleistymisen voi luoda heikossa asemassa oleville ryhmille uusia korkealaatuisia terveydenhuollon saatavuuden esteitä, jos se edellyttää potilaalta tiettyjä tietoteknisiä taitoja.

...väestön ikääntyminen...

Euroopan väestö ikääntyy jatkuvan alhaisen syntyvyyden ja elinajanodotteen pitenemisen takia. Ensimmäiset suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle 10–15 seuraavan vuoden kuluessa, mikä nostaa aluksi eläkemenoja. Kun nämä ikäluokat alkavat 10 vuotta myöhemmin siirtyä neljälteen ikään, jo heidän määränsä todennäköisesti lisää terveydenhuollon ja – erityisesti – pitkäaikaishoidon tarvetta. Hoidon tarve riippuu kuitenkin tietyssä määrin aiempien ja tulevien terveydenedistämistästrategioiden tehokkuudesta.

Väestön ikääntymisen vaikutusta tuleviin terveyskustannuksiin on vaikea ennustaa.⁴⁵ Se vaikuttaa sekä terveydenhuollon kysyntään että sen tarjontaan, ja se on selvästi yhteydessä elinoloihin, elintapoihin, perheen tukeen ja sosioekonomiseen tilanteeseen. Terveydenhuollon kannalta tärkein väestönkehitykseen liittyvä suuntaus on erittäin vanhojen (80 vuotta täyttäneiden) määrän kasvu samalla, kun kotitalouksien koko pienenee ja perheet eivät välttämättä voi tai halua vasta-

ta hoitotarpeisiin yhtä paljon kuin ennen. Yhtäältä terveydenhuoltojärjestelmien on mukauduttava sairauksissa ja hoitotarpeissa tapahtuviin muutoksiin, jolloin geriatria ja kroonisten sairauksien hoito laajenevat ja niiden merkitys kasvaa. Toisaalta virallisten terveydenhuoltojärjestelmien on varauduttava sellaiseen tilanteeseen, että niiden osuus hoitotarpeista saattaa kasvaa huomattavasti, kun perheiden rooli hoidon tarjoamisessa kutistuu monessa jäsenvaltiossa. Vaikka pitkäaikaishoitoa tarvitsevien erittäin vanhojen osuus saattaa laskea terveyden kohentuessa ja toimintarajoitteiden vähetessä, heidän absoluuttinen määränsä kohoaa todennäköisesti edelleen.

...ja lääkintähenkilökunnan ikääntyminen.

Lääkintähenkilökunnan palkkaukseen ja pysymiseen liittyvät ongelmat, jotka alkavat jo tuntua joissakin jäsenvaltioissa, korostuvat todennäköisesti tämän alan työvoiman ikääntymässä ja huetessa, jolloin kilpailu työvoimasta kiristyy. Kumpikin suuntaus voi lisätä kustannuksia. Tällöin terveysalalla on mukauduttava sekä henkilöstön että asiakaskunnan ikääntymisen vaikutuksiin. Tämä koskee erityisesti sairaanhoitajia: seitsemässä jäsenvaltiossa 40 prosenttia sairaanhoitajista on jo 45 vuotta täyttäen, ja viidessä muussa jäsenvaltiossa lähes joka toinen sairaanhoitaja on saavuttanut kyseisen iän. Sairaanhoitajapulaan vaikuttaa selvästi kaksi muutakin tekijää: pätkätyöt ja erityisesti vaativien työolojen ja vaatimattoman palkan yhdistelmä, jolloin henkilöstön vaihtuvuus on suurta. Maahanmuuttajien rekrytoinnin merkitys tämän alan työntekijäpulan paikkaamisessa kasvaa todennäköisesti.

Laajentuminen voi aiheuttaa uusia henkilöstöön liittyviä haasteita. Vapaan liikkuvuuden täysimääräinen soveltaminen liittyviin valtioihin voi tuoda lisähaasteita hoidon ja palvelujen tarjoamiseen näissä maissa, kun ihmiset mahdollisesti hakeutuvat lääkärihoitoon muissa jäsenvaltioissa ja kun nykyisten EU-maiden paremmat palkat voivat houkuttaa lääkintähenkilökuntaa.

Terveydenhuoltoalan on täten muututtava jatkuvasti ja parannettava synergiaa muiden politiikanalojen kanssa.

Tekniikan kehityksen, kasvavien tulojen ja odotusten sekä väestön ikääntymisen yhteisvaikutus merkitsee rakenteellista suuntausta kohti terveysmenojen kasvua. Tulevan terveyspolitiikan keskeisenä haasteena onkin tehdä terveyspalveluista niin tehokkaita ja kustannustehokkaita, että korkealaatuisen terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon laaja saatavuus voidaan toteuttaa kestävästi edellä mainitusta suuntauksesta huolimatta. Tämä edellyttää päättäväisiä toimia terveydenhuollon toimenpiteiden, hoitomuotojen ja menetelmien hallinnon sekä niiden vaikutusten arvioinnin parantamiseksi.

⁴⁵ Väestönkehitystä koskevaan Eurostatin perusskenaarioon perustuvat laskelmat viittaavat siihen, että terveyteen liittyvät kokonaiskustannukset voivat nousta väestön ikärakenteen muutosten takia 25 seuraavan vuoden aikana EU:ssa keskimäärin lähes 0,6 prosenttia vuodessa reaalisesti mitattuna, jos kaikki muut tekijät pysyvät muuttumattomina. Talouspoliittinen komitea on myös arvioinut, että ikääntymisestä johtuva terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoitoon käytettävien julkisten menojen kasvu vuosina 2000–2050 voi olla 2–3 prosenttiyksikköä BKT:stä. Näihin laskelmiin on kuitenkin suhtauduttava varoen, sillä ne koskevat erittäin pitkiä ajanjaksoja ja ne perustuvat erilaisiin tulevaa talouskehitystä ja käyttäytymistä koskeviin oletuksiin.

Ikääntyminen lisää terveydenhuoltopalveluihin ja pitkäaikaishoitoon kohdistuvia paineita. Sopeutuminen patologiatilanteen äkillisiin muutoksiin siten, että samalla vastataan työvoimatarpeisiin sekä varmistetaan kestävyys, laatu ja saatavuus pitkällä aikavälillä, on päättäjille ja hallintoviranomaisille monitahoinen haaste.

Kuten edellä on esitetty sosioekonomisten tekijöiden (toisin sanoen koulutustason, perherakenteiden, sukupuolten epätasa-arvon, tulojen ja työllisyyden) ja terveyden väliset vahvat yhteydet näkyvät kaikissa jäsenvaltioissa, ja terveydentilaan liittyy yhä huomattavaa eriarvoisuutta. Eriarvoisuus ei tosin ole täysin riippumaton terveydenhuoltojärjestelmien luonteesta, vaan pääasiassa se on sidoksissa laajempaan yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen,

joka heijastuu terveyttä määrääviin sosioekonomisiin tekijöihin. Näillä perusteilla voitaisiin väittää, että työllisyyttä edistävällä, työpaikkojen laatua parantavalla tai eriarvoisuutta vähentävällä politiikalla voitaisiin merkittävästi parantaa väestön terveystilannetta. Yksi tämän raportin tuloksista onkin, että terveystalouden lisäksi myös sosiaali- ja työllisyyspolitiikalla yhdistettynä talouspolitiikkaan voidaan vaikuttaa huomattavasti hyvän terveyden synty-miseen ja ylläpitämiseen. Merkittävänä haasteena on siis myös selvittää, miten voitaisiin nykyistä paremmin hyödyntää synergiaa terveystalouden ja muihin terveyttä määrääviin sosioekonomisiin tekijöihin ja ympäristötekijöihin vaikuttavien politiikanalojen välillä ja näin varmistaa hyvät ja terveelliset elinolot kaikille eurooppalaisille kaikissa heidän elinkaarensa vaiheissa⁴⁶.

46 Komission tiedonanto vaikutustenarvioinnista (KOM(2002) 276 lopullinen) on merkityksellinen tässä asiassa.

3 Euroopan sosiaalisen mallin kestävyys

Kun vuonna 1993 Kööpenhaminan Eurooppa-neuvostossa kysyttiin, miksi unionin kasvupotentiaali, kilpailukyky ja työllisyys olivat jääneet jälkeen muista merkittävistä talousalueista, monet esittivät, että heikko suorituskyky johtui silloisen Euroopan yhteiskuntamallin perusuonteisista heikkouksista. Toiset olivat sitä mieltä, että Euroopan yhteiskuntamallin peruspiirteet olivat täysin sopuosinnussa unionin yleisen suorituskyvyn huomattavaa parantamista koskevien pyrkimysten kanssa. Euroopan unionin sosiaalista tilannetta koskevaa raporttia varten 10 vuotta myöhemmin kootut indikaattorit näyttävät vahvistavan, että unioni ja sen jäsenvaltiot päättivät jatkaa yhteisvastuullisuuden ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden säilyttämiseen tähtäävää lähestymistapaa.⁴⁷

Tässä raportissa esitetyt työllisyyttä, koulutusta, terveyttä ja yleistä hyvinvointia kuvaavat indikaattorit vahvistavat yleisesti, että edistyminen on ollut huomattavaa ja että Euroopassa pystytään luomaan kansalaisten laajalle enemmistölle hyvät elinolot yhtä hyvin kuin muissa merkittävissä talouksissa.

Työllisyyden edistämisestä ja sosiaalisen suojelun nykyaikaistamisesta on viime vuosikymmenen aikana tullut yhä tärkeämpiä painopistealueita unionin kokonaisstrategiassa. Työllisyys- ja sosiaalipolitiikka on kehittynyt nopeasti jäsenvaltioissa, ja myös kiinnikuromista ja lähentymistä on tapahtunut. Samalla markkinoiden dynamiikan ja julkisten toimenpiteiden yhdistelmään perustuvat eurooppalaiset lähestymistavat eivät suinkaan ole näivettyneet, vaan Euroopan sosiaalista mallia on lujitettu ja kehitetty edelleen.

Nykyisin tunnustetaan yleisesti, että laadukas työllisyyttä tukemaan sovitettu sosiaalipolitiikka voi parantaa talouden suorituskykyä. Terveysala on hyvä esimerkki tällaisesta

ta sosiaalisen ja taloudellisen ulottuvuuden välisestä synergiasta. Yhtäältä terveysala parantaa elämänlaatua ja terveyden koheneminen näkyy talouden suorituskyvyn parantumisena (tuottavuuden lisääntymisenä, poissaolosten vähenemisenä, terveydenhuollon tarpeen alenemisenä ja niin edelleen). Toisaalta terveysalan kehitys edistää työllisyyden kasvua. Yli 2 miljoonaa työpaikkaa tai 18 prosenttia kaikista vuosina 1995–2001 syntyneistä työpaikoista syntyi juuri terveys- ja sosiaalialalla, jonka osuus kaikista työpaikoista on nykyisin lähes 10 prosenttia.

Kuten tämänvuotisessa kevättraportissa⁴⁸ korostetaan, kaikkien keskeisten indikaattorien kohdalla parhaiten menestyvät ne jäsenvaltiot, joissa sovelletaan johdonmukaisesti ja sitoutuneimmin aktiivisen hyvinvointivaltion periaatteita. Näiden jäsenvaltioiden suorituskyky osoittaa, että edistymiseen on vielä mahdollisuuksia, joita on hyödynnettävä entistä paremmin tulevaisuudessa. Euroopan työllisyysstrategian sekä sosiaalisen suojelun nykyaikaistamista ja sosiaalisen osallisuuden edistämistä koskevien uusien prosessien avulla kaikki jäsenvaltiot voivat hyödyntää yhteistä tietämystä siitä, miten Euroopassa voidaan edistää taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävää kehitystä.

Huomattavia ongelmia on toki vielä jäljellä, ja unionin haasteet ovat tulevan vuosikymmenen aikana todennäköisesti vielä suurempia kuin edeltävän vuosikymmenen aikana. Kuten sosiaalista tilannetta koskevassa raportissa useaan otteeseen korostetaan, huolta aiheuttavat vielä esimerkiksi tietyt nuoriin liittyvät kehityssuuntaukset: jatkuva työttömyys, kuolleisuus- ja työtaturmaluvut sekä ammatillisen koulutuksen puute. Köyhyysloukkujen pysyvyys on toinen huolenaihe. Kuten parhaiten menestyvät jäsenvaltiot osoittavat, ratkaisuna on silti edelleen Euroopan sosiaalisen mallin toimivuuden parantaminen ja nykyaikaistaminen.

47 Komission vuonna 1993 julkaisema valkoinen kirja "Kasvu, kilpailukyky, työllisyys: 2000-luvun haasteet ja keinot".

48 "Valintana kasvu: Osaaminen, innovaatiot ja työpaikat yhteenkuuluvuutta lisäävässä yhteiskunnassa - Raportti keväällä 21. maaliskuuta 2003 kokoontuvalle Eurooppa-neuvostolle Lissabonissa sovitusta taloudellista, yhteiskunnallista ja ympäristön uudistumista koskevasta strategiasta" (2003) 5 lopullinen).

Liitteet

Väestön ikääntyminen

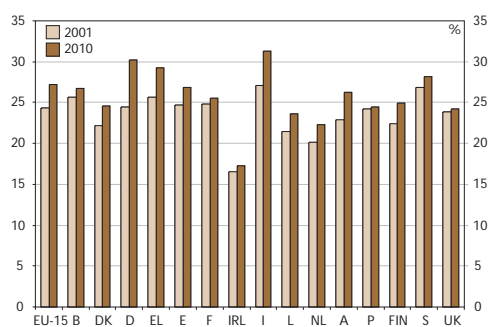
Vuonna 2001 EU:ssa oli 62 miljoonaa vähintään 65-vuotiasta. Vuonna 1960 heitä oli vain 34 miljoonaa. Nykyään iäkkäitä on 16 prosenttia kokonaisväestöstä eli 24 prosenttia työikäisen väestön määrästä (15–64-vuotiaista). Viimeksi mainitun suhteen odotetaan kasvavan 27 prosenttiin vuoteen 2010 mennessä. Seuraavien viidentoista vuoden aikana "kaikkein iäkkäimpien" eli yli 80-vuotiaitten määrä kasvaa lähes 50 prosenttia.

Avainindikaattori

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Vanhushuoltosuhte (Vähintään 65-vuotiaiden osuus työikäisen väestön (15–64-vuotiaiden) määrästä 1. tammikuuta)																
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

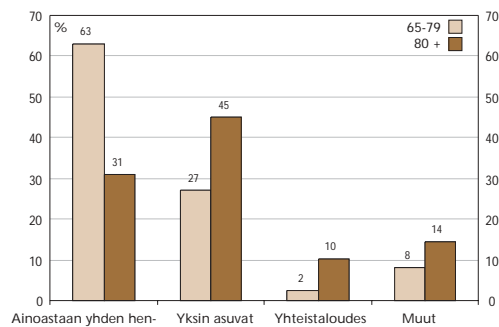
Lähde: Eurostat – Väestötillastot

Kuvio 6 Vanhushuoltosuhte, 2001 ja 2010



Lähde: Eurostat – Väestötillastot. EU-15, Kreikka ja Yhdistynyt kuningaskunta: vuoden 2000 tiedot.

Kuvio 7 Ikääntynyt väestö kotitaloustyyppin ja iän mukaan, EU-15, 2010



Lähde: Eurostat – vuoden 1995 tietoihin perustuva kotitalouksia koskeva (perus)ennuste

Muuttoliike ja turvapaikanhaku

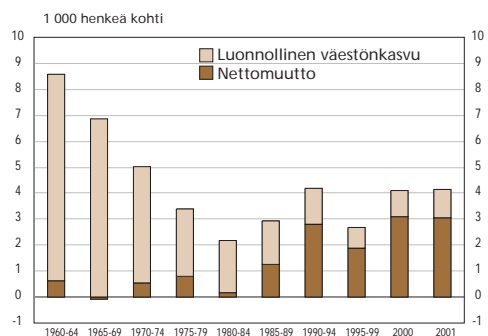
Nettomuutto on vuodesta 1989 ollut tärkein väestön vuosimuutokseen vaikuttava tekijä EU:ssa. Vuonna 2001 vuosimuutto oli 3,1 tuhatta henkeä kohti, ja sen osuus väestön kokonaiskasvusta oli noin 74 prosenttia. Vuonna 2000 noin 5 prosenttia EU:n väestöstä oli muita kuin jäsenvaltioiden kansalaisia (3,4 % EU:n ulkopuolisten maiden kansalaisia ja 1,5 % muissa jäsenvaltioissa asuvia EU:n kansalaisia) ja EU:n 15 jäsenvaltiossa kirjattiin yli 363 000 turvapaikkahakemusta.

Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Vuosittainen nettomuuttoluku (tuhatta henkeä kohti)																
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
Keskimääräinen vuosittainen nettomuuttoluku																
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

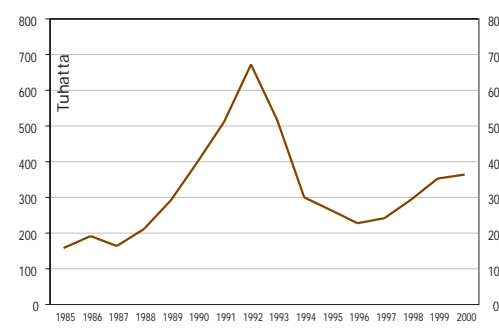
Lähde: Eurostat – Väestötillastot

Kuvio 8 Keskimääräinen vuosittainen väestönmuutos eri tekijöiden mukaan, EU-15, 1960–2001



Lähde: Eurostat – Väestötillastot

Kuvio 9 Turvapaikkahakemukset, EU-15, 1985–2000



Lähde: Eurostat – Muuttoliiketilastot

Koulutus ja sen tulokset

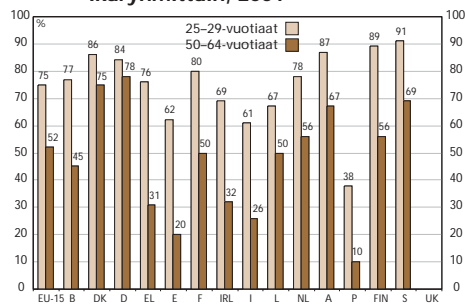
Väestön, erityisesti naisten, koulutustaso on parantunut huomattavasti 30 viime vuoden aikana. Nykyään 25–29-vuotiaista nuorista yli 75 prosentilla on vähintään keskiasteen koulutus. Kuitenkin 19 prosenttia 18–24-vuotiaista jättää koulutusjärjestelmän alhaisemman kuin keskiasteen koulutuksen saaneena.

Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa. (Niiden 18–24-vuotiaiden osuus, jotka ovat saaneet vähemmän kuin keskiasteen koulutuksen (ISCED:n 0–2-tasot) ja jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa),																
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:
18–24-vuotiaat koulutus- ja työmarkkina-aseman mukaan vuonna 2001 (%)																
Koulutuksessa ja työelämässä	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Koulutuksessa mutta ei työelämässä	36	49	25	29	45	47	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Ei koulutuksessa mutta työelämässä	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Ei koulutuksessa eikä työelämässä	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

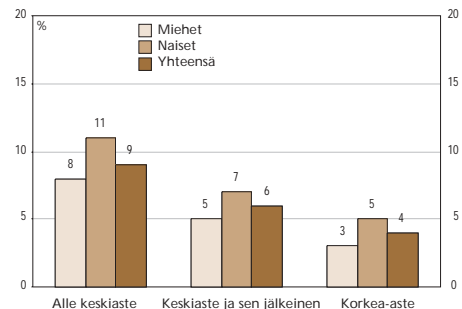
Huom.: Irlanti: vuoden 1997 tiedot. Yhdistynyt kuningaskunta: Pelkän oppivelvollisuuskoulun suorittaneista ei ole esitetty tietoja. "Keskiasteen koulutuksen" määritelmästä on vielä sovittava
Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus

Kuvio 10 Vähintään keskiasteen koulutuksen suorittaneiden henkilöiden osuus väestöstä ikäryhmittäin, 2001



Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus. Huom.: Irlanti: vuoden 1997 tiedot. Yhdistynyt kuningaskunta: Tietoja ei ole esitetty. "Keskiasteen koulutuksen" määritelmästä on vielä sovittava.

Kuvio 11 25–64-vuotiaiden työttömyysasteet sukupuolen ja koulutustason mukaan, EU-15, 2001



Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus. Huom.: Yhdistynyt kuningaskunta: GCSE-todistuksen O-tasot on sisällytetty keskiasteeseen (ISCED 3).

Elinikäinen oppiminen

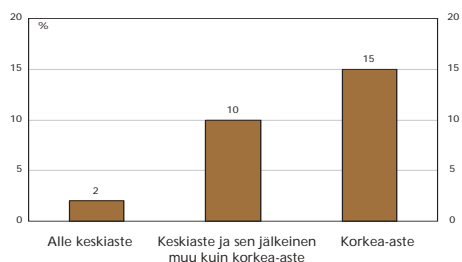
Koko EU:ssa 8 prosenttia 25–64-vuotiaista osallistui koulutukseen vuonna 2001 (kyselyä edeltäneiden neljän viikon aikana). Kouluttautuminen näyttää olevan yleisintä Pohjoismaissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Iäkkäät osallistuvat koulutukseen vähemmän todennäköisesti kuin nuoret. Kouluttautuminen on yleisempää pitkälle kouluttautuneitten kuin muiden joukossa.

Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Elinikäinen oppiminen (Niiden 25–64-vuotiaiden osuus, jotka osallistuivat koulutukseen kyselyä edeltäneiden neljän viikon aikana)																
2001																
Yhteensä 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

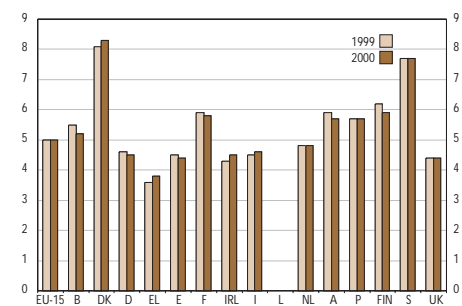
Huom.: Ranska: Vain kyselyn aikaiseen koulutukseen osallistuminen otetaan huomioon. Irlanti: vuoden 1997 tiedot.
Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus

Kuvio 12 Elinikäinen oppiminen (Niiden 25–64-vuotiaiden osuus, jotka osallistuivat koulutukseen kyselyä edeltäneiden neljän viikon aikana vuonna 2001) koulutustason mukaan, EU-15, 2001



Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus. Huom.: Ranska: Vain kyselyn aikaiseen koulutukseen osallistuminen otetaan huomioon. Irlanti: vuoden 1997 tiedot. Yhdistynyt kuningaskunta: GCSE-todistuksen O-tasot on sisällytetty keskiasteeseen (ISCED 3).

Kuvio 13 Henkilöstömenot (Julkiset koulutusmenot osuutena BKT:stä), 1999 ja 2000



Lähde: Eurostat – Koulustilastot

Työllisyys

Vuonna 2001 EU:ssa oli arviolta 168 miljoonaa työllistä, mikä on yli 12 miljoonaa enemmän kuin vuonna 1996 ja mikä vastaa noin 1,5 prosentin vuosikasvua. Vuonna 2001 työllisyys kasvoi 1,2 prosenttia ja 15–64-vuotiaitten työllisyysaste oli 64 prosenttia.

Avainindikaattori

Työllisyysaste, 15–64-vuotiaat

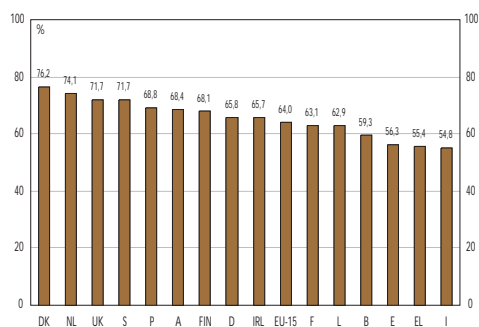
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

Työllisyyden kehitys

Kokonaistyöllisyys v. 2001 (milj. henkeä)	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
Kokonaistyöllisyys v. 2000 (milj. henkeä)	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
Kokonaistyöllisyys v. 1996 (milj. henkeä)	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 (keskimääräinen vuotuinen työllisyyskasvu %:ina)	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 (vuotuinen työllisyyskasvu %:ina)	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

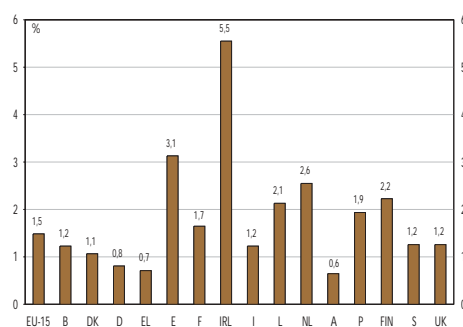
Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Kuvio 14 Työllisyysaste (15–64-vuotiaat), 2001



Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Kuvio 15 Keskimääräinen vuosittainen työllisyyskasvu, 1996–2001



Lähde: Eurostat – Kansantalouden tilinpito (EKT-95)

lääkäiden työntekijöiden työllisyys

Vaikka neljän viime vuoden aikana 55–64-vuotiaitten miesten työllisyysaste kasvoi EU:ssa noin 1,5 prosenttiyksikköä ja oli 48,7 prosenttia vuonna 2001, se jäi silti alle vuoden 1991 tason (51,2 %). Vastaavanikäisten naisten työllisyysaste sen sijaan nousi tasaisesti ja saavutti 29 prosenttia vuonna 2001. Kaikista 55–64-vuotiaista osallistui työelämään 38,6 prosenttia. Miehet poistuivat työvoimasta keskimäärin 60,5-vuotiaana ja naiset noin 1,5 vuotta aikaisemmin. Yleinen työmarkkinoilta poistumisikä oli 60 vuotta.

Avainindikaattori

lääkäiden työntekijöiden työllisyysaste (lääkäiden työntekijöiden (55–64-vuotiaitten) osuus väestön kaikista 55–64-vuotiaista), 2001

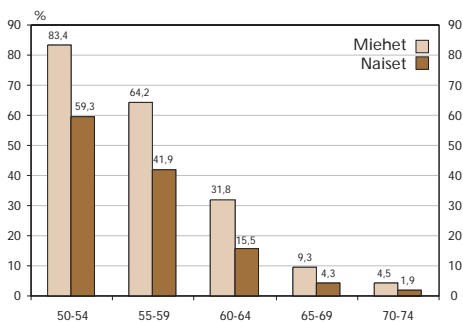
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Yhteensä	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Miehet	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Naiset	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1

Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä (Keskimääräinen työmarkkinoilta poistumisikä painotettuna työmarkkinoilta poistumisen todennäköisyydellä), 2001

Yhteensä	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
Miehet	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
Naiset	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
Työelämään osallistuvat 55–64-vuotiaat, 2001 (1 000 henkeä)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240

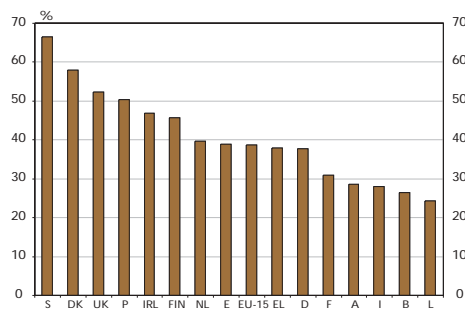
Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus ja neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Kuvio 16 Työllisyysaste ikäryhmän ja sukupuolen mukaan kaikissa jäsenvaltioissa, EU-15, 2001



Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus

Kuvio 17 lääkäiden työntekijöiden (55–64-vuotiaiden) työllisyysaste, 2001



Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Työttömyys

Työttömien kokonaismäärä laski Euroopan unionissa 12,8 miljoonaan vuonna 2001. Tämä vastaa 7,4:ää prosenttia työvoimasta ja on alhaisin työttömyysaste vuoden 1992 jälkeen. Vuosina 2000–2001 työttömyysaste väheni eniten Espanjassa, Ranskassa, Suomessa ja Ruotsissa, joskin Espanjan työttömyysaste oli edelleen korkein (10,6 %) ja hieman suurempi kuin Kreikan (10,5 %). Työttömyysaste laski kaikissa jäsenvaltioissa paitsi Portugalissa, jossa se säilyi alhaisena (4,1 %).

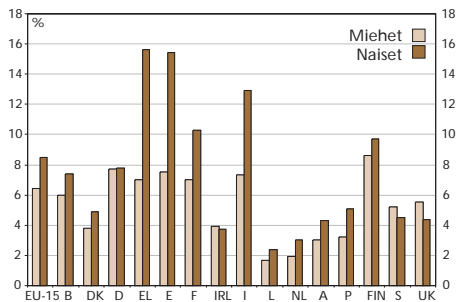
Avainindikaattori

Työttömyysaste (Työttömien osuus työssäkäyvän väestön kokonaismäärästä. Eurostat – Yhdenmukaistettu tilastosarja.)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 Yhteensä	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
2001 Miehet	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
2001 Naiset	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
2000 Yhteensä	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
1994 Yhteensä	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
Työttömyys, 2001 (1 000 henkeä)	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

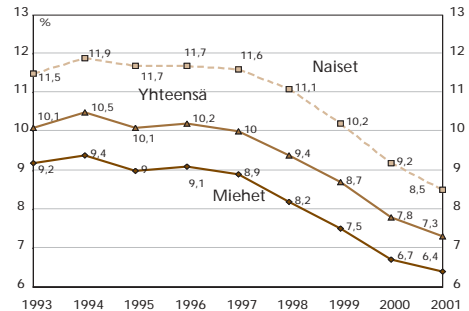
Lähde: Eurostat – Työttömyysaste (ILO:n määritelmä)

Kuvio 18 Työttömyysaste sukupuolen mukaan, 2001



Lähde: Eurostat – Työttömyysaste (ILO:n määritelmä)

Kuvio 19 Työttömyyden kehitys sukupuolen mukaan, EU-15, 1993–2001



Lähde: Eurostat – Työttömyysaste (ILO:n määritelmä)

Nuorisotyöttömyys

Nuorista (15–24-vuotiaista) oli työttöminä koko EU:ssa 7,3 prosenttia vuonna 2001. Nuorten työttömyysaste (osuutena työvoimasta) oli 14,7 prosenttia. Näiden kahden luvun ero vaihtelee huomattavasti maasta toiseen, mikä voi osittain selittyä sillä, että merkittävä osuus tähän ikäryhmään kuuluvista käy edelleen koulua. Nuorisotyöttömyys/väestö ei vähentynyt vuosina 2000–2001 työttömyyden yleistä laskua noudatellen: Se kasvoi viidessä jäsenvaltiossa, pysyi ennallaan viidessä ja väheni viidessä.

Avainindikaattori

Nuorisotyöttömyys/väestö

	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

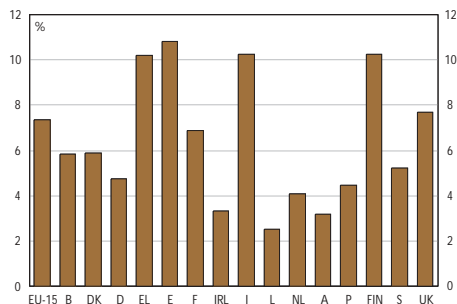
Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Nuorisotyöttömyysaste

2001, yhteensä	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, miehet	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, naiset	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, yhteensä	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, yhteensä	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

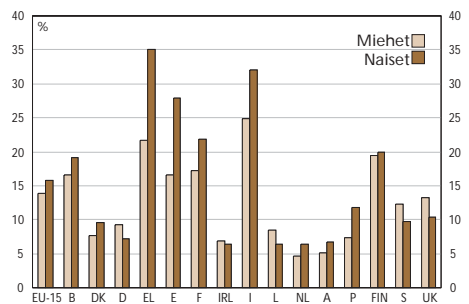
Lähde: Eurostat – Työttömyysaste (ILO:n määritelmän mukaan)

Kuvio 20 Nuorisotyöttömyys/väestö (15–24-vuotiaat), 2001



Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Kuvio 21 Nuorisotyöttömyysaste (15–24-vuotiaat) sukupuolen mukaan, 2001



Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Pitkäaikaistyöttömyys

EU:n 15 jäsenvaltion työikäisestä väestöstä 3,3 prosenttia kärsi vuonna 2001 pitkäaikaistyöttömyydestä. Toisin sanoen 44 prosenttia työttömistä oli ollut työttömänä vähintään vuoden. Pitkäaikaistyöttömyysaste on laskenut viime vuosina, mutta se on edelleen yli 5 prosenttia Kreikassa, Espanjassa ja Italiassa. 15–24-vuotiaista nuorista 6,9 prosenttia (osuutena työvoimasta) oli ollut työttömänä vähintään kuusi kuukautta.

Avainindikaattori

Pitkäaikaistyöttömyysaste	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(Pitkäaikaistyöttömien (yli 12 kuukautta työttömänä olleiden) osuus työvoimasta. Eurostat – Yhdenmukaistettu tilastosarja.)	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 – yhteensä	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 – miehet	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 – naiset	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

Lähde: Eurostat – Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Vähintään 12 kuukautta työttöminä olleiden henkilöiden osuus kaikista työttömistä

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

Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus ja neljännesvuosittaiset työvoimatiedot

Nuorten pitkäaikaistyöttömyysaste (vähintään 6 kuukautta)

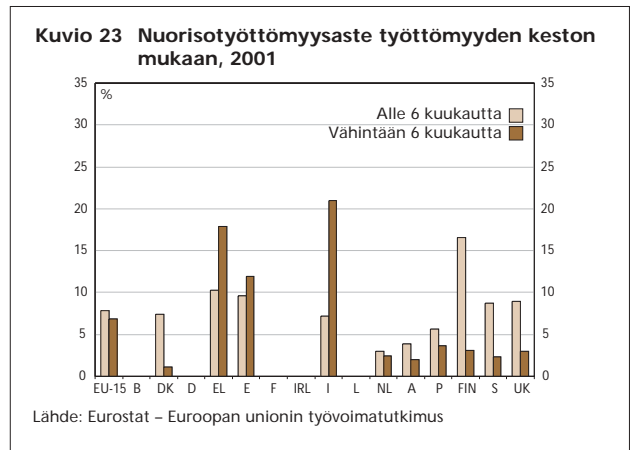
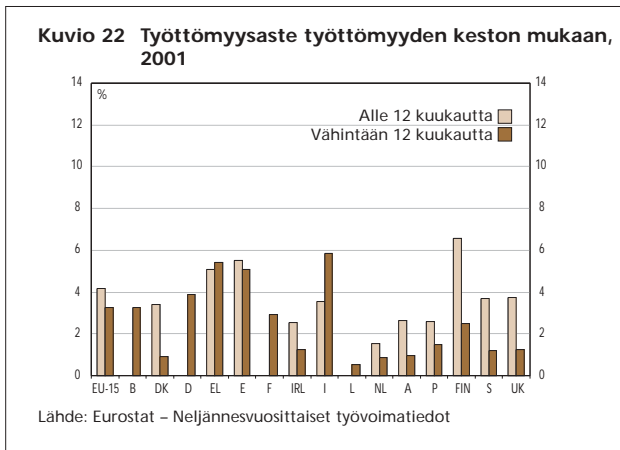
2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus

Vähintään 6 kuukautta työttöminä olleiden nuorten osuus kaikista työttömistä nuorista

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

Lähde: Eurostat – Euroopan unionin työvoimatutkimus



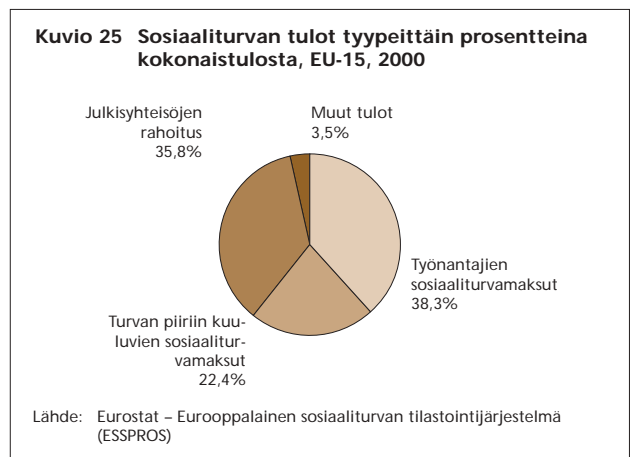
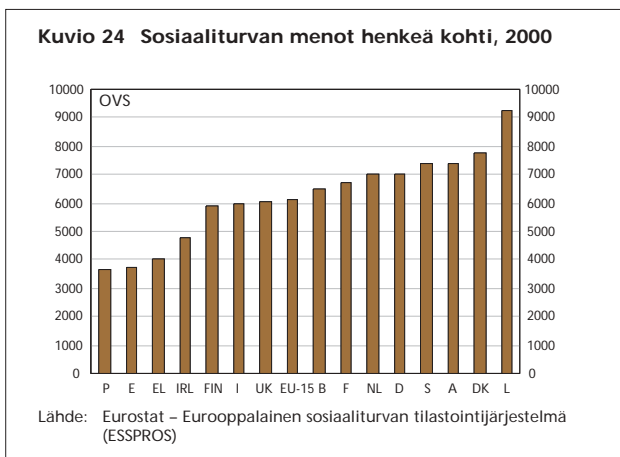
Sosiaaliturvan menot ja tulot

Sosiaaliturvan reaaliomenot pienentyivät EU:ssa vuonna 2000. Niiden osuus oli 27,3 prosenttia BKT:stä, ja ne ovat supistuneet lähes 1 prosenttiyksikön vuodesta 1996. Jäsenvaltioiden välillä on suuria eroja, sillä eniten sosiaaliturvaan panostavan ja siihen vähiten varoja käyttävän maan välinen asukaskohtaisten menojen (OVS) suhdeluku oli 2,5. Sosiaaliturva on järjestetty hyvin eri tavoin eri jäsenvaltioissa riippuen siitä rahoitetaanko se pääasiassa sosiaaliturvamaksuilla vai julkisyhteisöjen rahoituksella.

Avainindikaattori

Sosiaaliturvan menot osuutena BKT:stä	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

Lähde: Eurostat – Eurooppalainen sosiaaliturvan tilastointijärjestelmä (ESSPROS)



Sosiaalietuudet

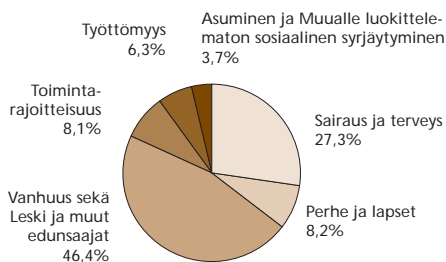
Suurin osuus sosiaaliturvan menoista osoitettiin vuonna 2000 useimmissa jäsenvaltioissa kohderyhmille "Vanhuus" ja "Leski ja muut edunsaajat" (liittyen perheenjäsenen kuolemaan). Erityisesti näin oli Italiassa (63,4 prosenttia etuuskien kokonaismäärästä, kun EU:n keskiarvo oli 46,4 prosenttia). Vanhuksille ja (perheenjäsenen kuoltua) jälkeensä jääneille maksettujen etuuskien reaaliarvo kasvoi unionissa 12 prosenttia henkeä kohti vuosina 1995–2000, kun sosiaalietuuskien kokonaismäärä oli vain 9 prosenttia. Tämä kasvu johtuu erityisesti väestönkehityksellisistä syistä. Myös eläkepolitiikka vaikuttaa näiden etujen kehitykseen.

Avainindikaattori

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Kohderyhmien "Vanhuus" ja "Leski ja muut edunsaajat" prosenttiosuus kaikista sosiaalietuuksista																
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
1990	44,6	41,8	35,8	42,9	52,9	41,4	42,8	29,6	58,7	47,5	37,3	49,9	40,8	32,8	:	43,7

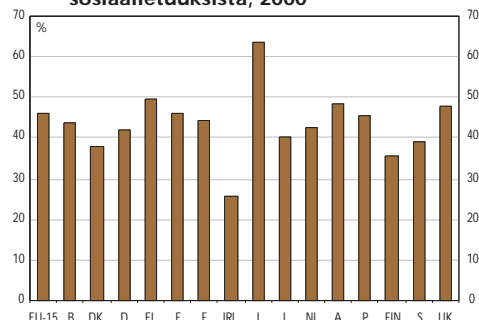
Lähde: Eurostat – Eurooppalainen sosiaaliturvan tilastointijärjestelmä (ESSPROS)

Kuvio 26 Sosiaalietuuskien kohderyhmäluokkien prosenttiosuudet kaikista sosiaalietuuksista, EU-15, 2000



Lähde: Eurostat – Eurooppalainen sosiaaliturvan tilastointijärjestelmä (ESSPROS)

Kuvio 27 Kohderyhmien "Vanhuus" ja "Leski ja muut edunsaajat" prosenttiosuus kaikista sosiaalietuuksista, 2000



Lähde: Eurostat – Eurooppalainen sosiaaliturvan tilastointijärjestelmä (ESSPROS)

Työmarkkinapolitiikan menot

Vuonna 2000 työmarkkinapolitiikan menojen osuus BKT:stä oli 2,04 prosenttia, josta 0,68 prosenttiyksikköä oli osoitettu aktiivisiin työmarkkinatoimiin. Jäsenvaltioiden välillä oli huomattavia eroja ei kuitenkaan selkeästi pohjois-etelä-suunnassa. Kaksi jäsenvaltiota (Belgia ja Tanska) käytti työmarkkinapolitiikkaan yli 3 prosenttia, kuusi jäsenvaltiota (Saksa, Espanja, Ranska, Alankomaat, Suomi ja Ruotsi) 2–3 prosenttia ja kuusi jäsenvaltiota (Kreikka, Irlanti, Italia, Itävalta, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta) alle 2 prosenttia BKT:stä.

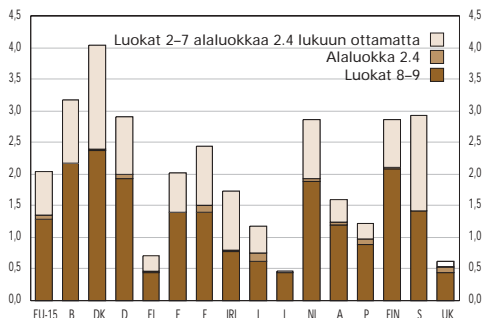
Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Aktiivisiin työmarkkinatoimiin käytettyjen julkisten varojen osuus BKT:stä, 2000																
Luokat 2–7 alaluokkaa 2.4 lukuun ottamatta	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
Alaluokkaa 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
Luokat 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
Yhteensä	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

Luokat 2–7: Koulutus – Työvuorottelu ja työn jakaminen – Työllistämiskannustimet – Vajaakuntoisten ja vammaisten työllistäminen – Suora työpaikkojen luonti – Yrityksen perustamiseen tarkoitetut kannustimet. Alaluokkaa 2.4: Oppisopimustuki. Luokat 8–9: Työttömien tulotason ylläpitäminen ja toimeentulotuki – Varhaiseläkkeelle siirtyminen

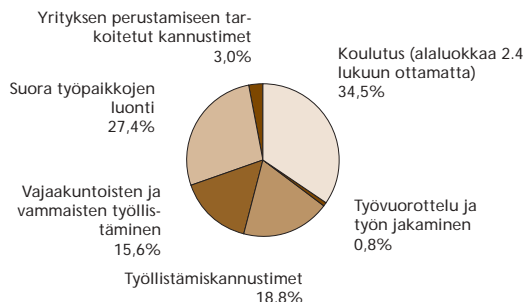
Lähde: Eurostat – Työmarkkinapolitiittinen tietokanta

Kuvio 28 Työmarkkinatoimiin käytetyt julkiset varat osuutena BKT:stä, 2000



Lähde: Eurostat – Työmarkkinapolitiittinen tietokanta

Kuvio 29 Työmarkkinatoimiin käytetyt julkiset varat toimintaluokittain (luokat 2–7), EU-15, 2000



Lähde: Eurostat – Työmarkkinapolitiittinen tietokanta

Tulonjako

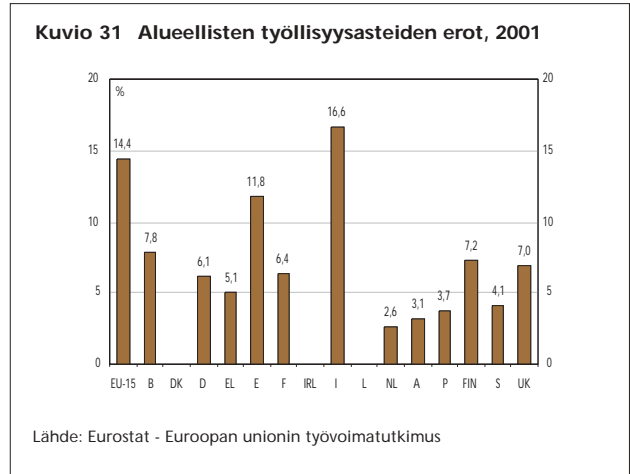
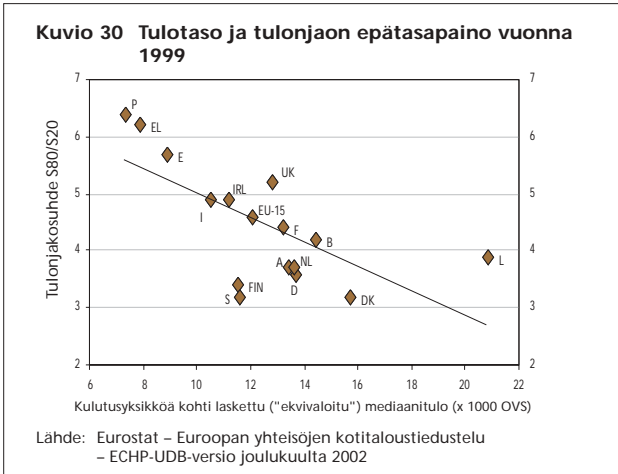
Vuonna 1999 väkiluvulla painotettuna keskiarvona EU:n jäsenvaltioissa suurituloisin 20 prosenttia väestöstä sai 4,6 kertaa niin suuren osuuden kokonaistuloista kuin pienituloisin 20 prosenttia. Tämä parhaiten ja heikoiten toimeentulevien ero on pienin Tanskassa ja Ruotsissa (3,2), Suomessa, Saksassa, Alankomaissa ja Itävallassa. Suurimmillaan se on eteläisissä jäsenvaltioissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Irlannissa.

Avainindikaattori

Tulonjaon epätasapaino (Tuloviidennesten jakosuhte) Väestön suurituloisimman viidennoksen ja pienituloisimman viidennoksen saamien kokonaistulojen välinen suhde. Tulolla tarkoitetaan kulutusyksikköä kohti laskettua ("ekvivaloitua") mediaanituloa.

	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

Lähde: Eurostat – Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu – ECHP-UDB-versio joulukuulta 2002



Pienituloiset kotitaloudet

Vuonna 1999 noin 15 prosentilla EU:n kansalaisista kulutusyksikköä kohti laskettu (eli "ekvivaloitu") tulo oli alle 60 prosenttia kansallisesta mediaanitulosta. Tämä luku vastaa noin 56:ta miljoonaa ihmistä. Kun 60 prosenttia kansallisesta mediaanitulosta asetetaan raja-arvoksi, köyhyysriskissä elävien ihmisten osuus väestöstä oli suhteellisesti korkeampi (yli 21 %) Kreikassa ja Portugalissa, ja suhteellisesti matalampi Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Luxemburgissa, Alankomaissa, Itävallassa ja Suomessa (11–13 %). Erityisen matala se oli Ruotsissa (9 %). Sosiaalietuudet vähentävät köyhyysriskissä elävien osuutta kaikissa jäsenvaltioissa, mutta hyvin eritasoisesti: Niiden aikaansaama vähennys vaihtelee Kreikan 5 prosentista Ruotsin lähes 70 prosenttiin.

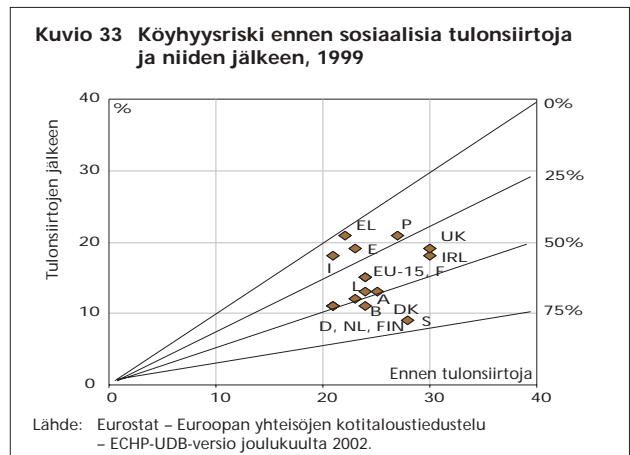
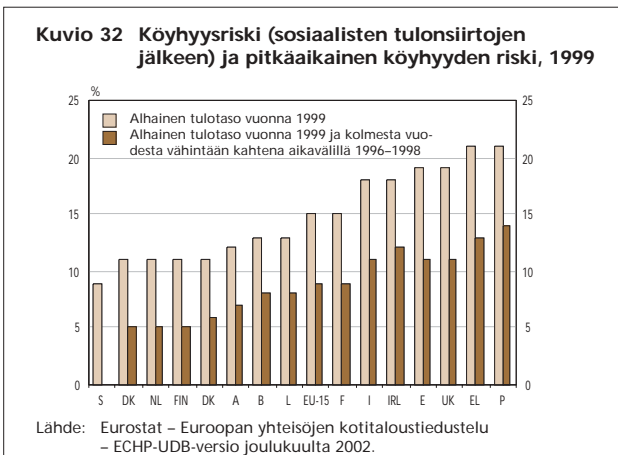
Avainindikaattori

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Köyhyysriski ennen sosiaalisia tulonsiirtoja (Köyhyysrajan alapuolella elävän väestön osuus ennen sosiaalisia tulonsiirtoja. Köyhyysraja = 60 prosenttia kulutusyksikköä kohti lasketusta ("ekvivaloidusta") kansallisesta mediaanitulosta (sosiaalisten tulonsiirtojen jälkeen). Vanhuus- ja perhe-eläkkeet lasketaan tuloksi ennen tulonsiirtoja, ei sosiaalisiksi tulonsiirroiksi), 1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Köyhyysriski sosiaalisten tulonsiirtojen jälkeen. (Köyhyysrajan alapuolella elävän väestön osuus. Köyhyysraja = 60 prosenttia kulutusyksikköä kohti lasketusta ("ekvivaloidusta") kansallisesta mediaanitulosta), 1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
---	-----	----	----	----	----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----

60 % mediaanivuositulosta (€)	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 % mediaanivuositulosta (OVS)	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

Lähde: Eurostat – Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu – ECHP-UDB-versio joulukuulta 2002.



— Työttömät kotitaloudet ja pienet tulot

Yksi köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen suurimmista syistä on työttömyys tai pienet tulot. Köyhyyseriski oli vuonna 1999 51 prosenttia sellaisissa kotitalouksissa elävillä henkilöillä, joissa kukaan työikäinen ei osallistunut työelämään, mikä on melkein kolminkertainen luku niihin kotitalouksiin verrattuna, joissa vähintään yksi henkilö osallistui työelämään.

Avainindikaattori

Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö - 0-65-vuotiaat (Niiden ihmisten, jotka asuvat kotitalouksissa, joissa kukaan ei osallistu työelämään, prosenttiosuus koko väestöstä (poislukien ihmiset niistä kotitalouksista, joiden kaikki jäsenet ovat alle 18-vuotiaita, tai 18-24-vuotiaita ja koulutuksessa, tai vähintään 65-vuotiaita eivätkä enää työskentele))
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

Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö - 0-60-vuotiaat (Niiden ihmisten, jotka asuvat kotitalouksissa, joissa kukaan ei osallistu työelämään, prosenttiosuus koko väestöstä (poislukien ihmiset niistä kotitalouksista, joiden kaikki jäsenet ovat alle 18-vuotiaita, tai 18-24-vuotiaita ja koulutuksessa, tai vähintään 60-vuotiaita eivätkä enää työskentele))
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

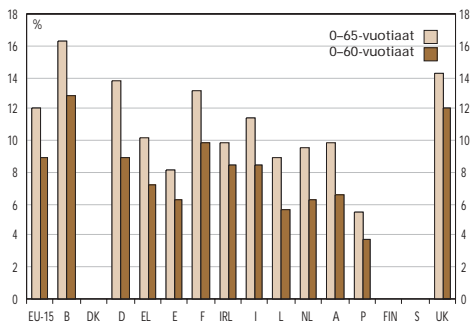
Lähde: Euroopan unionin työvoimatutkimus vuodelta 2002.

Niiden henkilöiden köyhyyseriski (%), jotka elävät kotitalouksissa, joissa elävistä työikäisistä ... työelämään, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
kukaan ei osallistu	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
joskut - mutta eivät kaikki - osallistuvat	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
kaikki osallistuvat	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

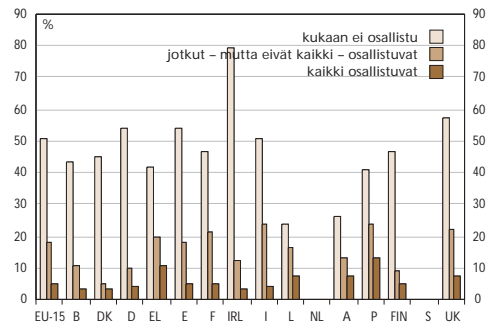
Lähde: Eurostat - Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu - ECHP-UDB-versio joulukuulta 2002

Kuvio 34 Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö, 2002



Lähde: Eurostat - Työmarkkinapoliittinen tietokanta

Kuvio 35 Niiden henkilöiden köyhyyseriski, jotka elävät kotitalouksissa, joissa elävistä työikäisistä ... työelämään vuonna 1999



Lähde: Eurostat - Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu - ECHP-UDB-versio joulukuulta 2002

— Naisten ja miesten osallistuminen päätöksentekoon

Naiset ovat vuodesta 1984 lähtien vahvistaneet jokaisissa vaaleissa edustustaan Euroopan parlamentissa, ja nykyään heitä on 30 prosenttia parlamentaarisista. Naiset ovat silti edelleen aliedustettuina kaikkien jäsenvaltioiden kansanedustuslaitoksissa, ja heidän osuutensa vaihtelee Kreikan 9 prosentista Ruotsin 44 prosenttiin.

Avainindikaattori

Naisten osuus kansallisissa kansanedustuslaitoksissa (tai alahuoneissa) keväällä 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

Naisten osuus Euroopan parlamentissa kesäkuun 1999 vaalien jälkeen

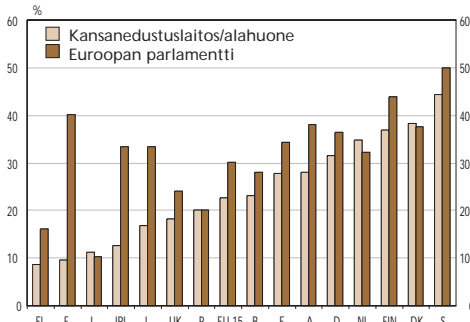
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Naisten osuus kansallisissa hallituksissa keväällä 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

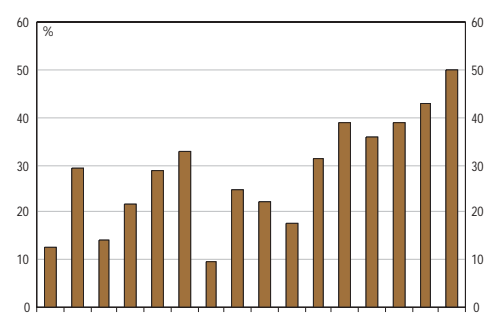
Lähde: Eurooppalainen tietokanta - Naisten osallistuminen päätöksentekoon

Kuvio 36 Naisten osuus kansanedustuslaitoksissa vuonna 2001



Lähde: Eurooppalainen tietokanta - Naisten osallistuminen päätöksentekoon

Kuvio 37 Naisten osuus kansallisissa hallituksissa keväällä 2001



Lähde: Eurooppalainen tietokanta - Naisten osallistuminen päätöksentekoon

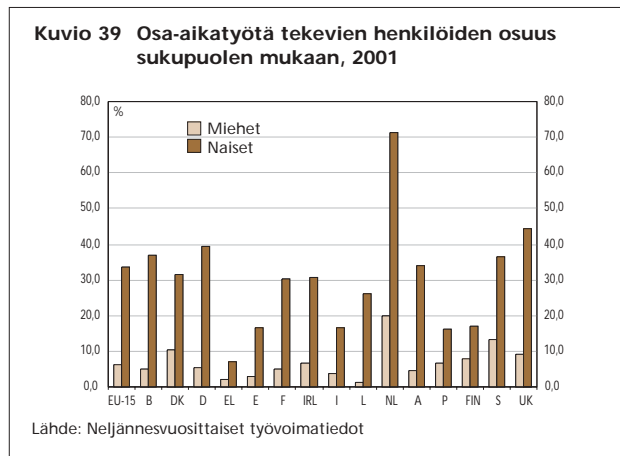
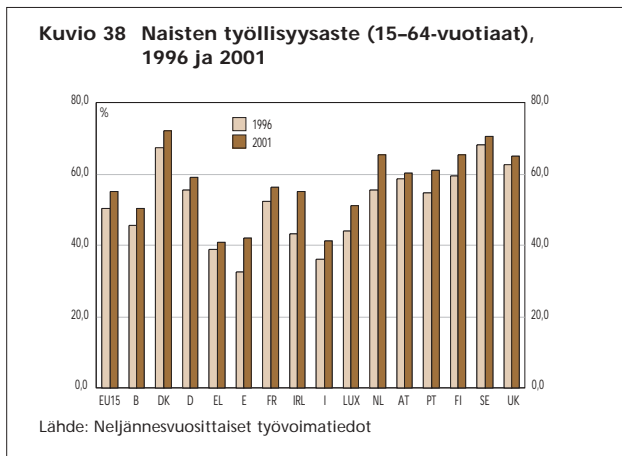
Naisten ja miesten työllisyys

Miesten työllisyysaste kohosi EU:ssa vuosina 1996–2001 lähes 3 prosenttiyksikköä. Naisten työllisyysaste kohosi kuitenkin samana aikana 5 prosenttiyksikköä, mikä pienensi sukupuolten välistä eroa työllisyyden alalla. Miesten työllisyysaste (73,0 %) on kuitenkin edelleen paljon korkeampi kuin naisten (54,9 %). Naisten työllisyysaste on korkein Pohjoismaissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Alankomaissa.

Avainindikaattori

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Työllisyysaste, 15–64-vuotiaat, 2001																
Naiset	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
Miehe	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

Lähde: Neljännesvuosittaiset työvoimatiedot



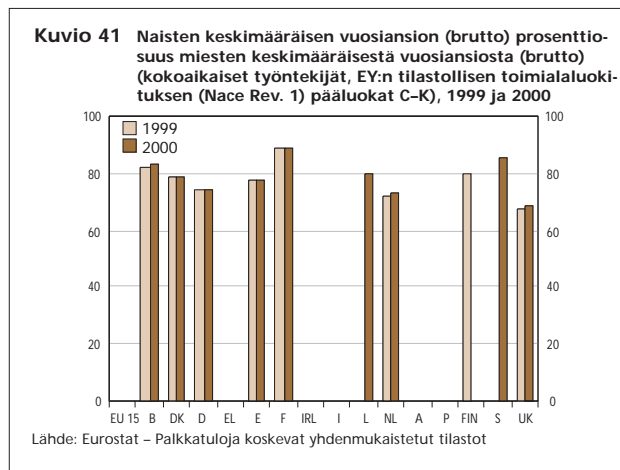
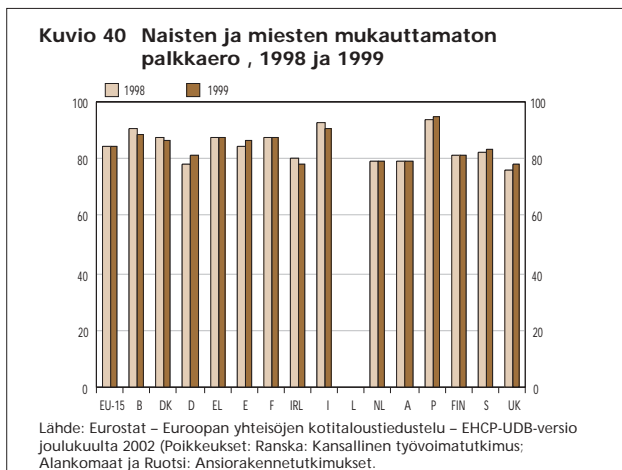
Miesten ja naisten ansiotulot

Arvioiden mukaan naisten keskimääräinen tuntiansio (brutto) oli EU:ssa vuonna 1999 noin 16 prosenttia vähemmän kuin miesten keskimääräinen tuntiansio (brutto). Niiden välinen ero on pienin Portugalissa, Italiassa, Belgiassa ja Ranskassa ja suurin Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Irlannissa. EU:n tasolla ero on pysynyt samana kuin vuosina 1998, 1997 ja 1996. Sukupuolten välisen palkkaeron kaventamiseksi on puututtava sekä suoraan palkanmaksuun kohdistuvaan syrjintään että työmarkkinoille osallistumiseen, ammatinvalintaan ja uralla etenemiseen liittyvään epäsuoraan syrjintään.

Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Naisten ja miesten mukauttamaton palkkaero (Naisten keskimääräisen tuntiansion (brutto) prosenttiosuus miesten keskimääräisestä tuntiansiosta (brutto). Perusjoukko koostuu kaikista 16–64-vuotiaista palkatuista työntekijöistä, jotka työskentelevät vähintään 15 tuntia viikossa.)																
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

Lähde: Eurostat – Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu – EHCP-UDB-versio joulukuulta 2002 (Poikkeukset: Ranska: Kansallinen työvoimatutkimus; Alankomaat ja Ruotsi: Ansiorakennetutkimukset.)



Elinajanodote ja terveen elinajan odote

Elinajanodote pitenee ja on nyt naisilla 81 ja miehillä 75 vuotta. Naiset elävät miehiä pitempään kaikissa jäsenvaltioissa. Koko EU:ssa naiset saavuttavat keskimäärin 66 vuoden iän ja miehet 63 vuoden iän ennen toimintarajoitteiden ilmaantumista.

Avainindikaattori

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Elinajanodote syntyessä, 2000																
Miehet	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
Naiset	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

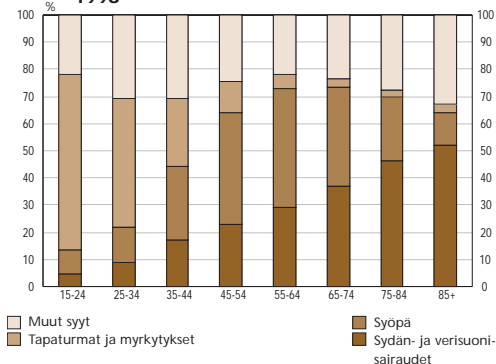
Huom.: Tanska ja Kreikka: vuoden 1999 tiedot.
Lähde: Eurostat – Väestötillastot

Terve elinaika (elinajanodote ilman toimintarajoitteisuutta, syntyessä), 1996

Miehet	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Naiset	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

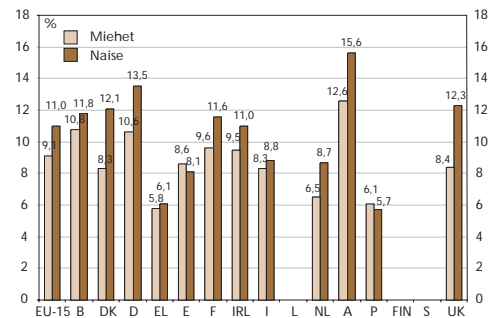
Lähde: Eurostat – Kuolleisuustillastot ja Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu

Kuvio 42 Tärkeimmät kuolinsyyt ikäryhmittäin, EU-15, 1998



Lähde: Eurostat – Kuolleisuustillastot

Kuvio 43 Viimeisten 12 kuukauden aikana sairaalahoitoon joutuneiden osuus väestöstä, 1998



Lähde: Eurostat – Euroopan yhteisöjen kotitaloustiedustelu – ECHP-UDB-versio joulukuulta 2001

Tapaturmat ja työhön liittyvät terveysongelmat

Vuonna 2000 noin 4,0 prosenttia työntekijöistä joutui EU:ssa sellaisen työtaturman uhriksi, joka vaati yli kolmen päivän poissaolon työpaikalta, ja 6,3 prosenttia joutui sellaisen työtaturman uhriksi, joka vaati korkeintaan kolmen päivän poissaolon tai ei vaatinut poissaoloa lainkaan. Vuodesta 1994 lähtien yli kolmen päivän poissaolon vaatineiden työtaturmien lukumäärä väheni 11 prosenttia (indeksi: vuonna 1998 = 100, vuonna 2000 = 99 ja vuonna 1994 = 111). Vuosina 1998 ja 1999 5,4 prosenttia työntekijöistä kärsi työhön liittyvistä terveysongelmista. Vuonna 1999 menetettiin noin 510 miljoonaa työpäivää työtaturmien (160 miljoonaa menetettyä työpäivää) ja työhön liittyvien terveysongelmien (350 miljoonaa menetettyä työpäivää) johdosta. Tieliikennekuolemat ovat vähentyneet noin 46 prosenttia vuodesta 1970, mutta vielä vuonna 2001 tielienteknessä menehtyi EU:ssa noin 40 000 ihmistä.

Avainindikaattori

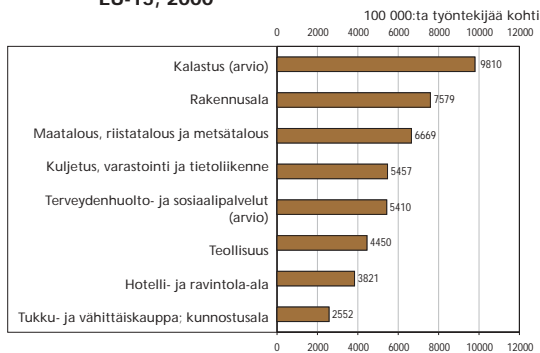
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Vakavat työtaturmat (esiintyvyyteen 100 000:ta työntekijää kohti perustuva indeksi, 1998 = 100), 2000																
Yhteensä	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Miehet	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Naiset	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Kuolemaan johtaneet työtaturmat (esiintyvyyteen 100 000:ta työntekijää kohti perustuva indeksi, 1998 = 100), 2000

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

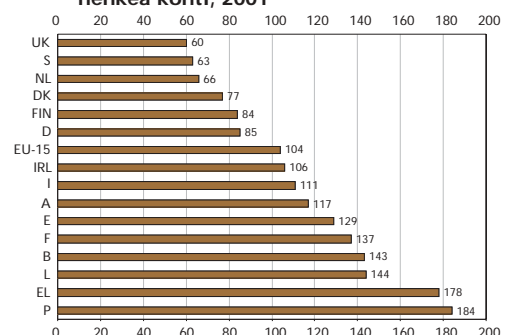
Lähde: Eurostat – Euroopan työtaturmatillastot Work (ESAW)

Kuvio 44 Työtaturmat toimialan mukaan, EU-15, 2000



Lähde: Eurostat – Euroopan työtaturmatillastot (ESAW)

Kuvio 45 Tieliikennekuolemien lukumäärä miljoonaa henkeä kohti, 2001



Lähde: CARE (tieliikenneonnettomuuksia koskeva yhteisön tietokanta) ja Eurostat – Väestötillastot. Huom.: Belgia, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta: v. 2000 tiedot kansallisista lähteistä. Kaikki v. 2001 tiedot ovat arvioita.

Sosiaaliset avainindikaattorit jäsenvaltioittain

Nro	Avainindikaattori	Yksikkö	Vuosi	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Vanhuushuoltosuhte	%	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	Vuosittainen nettomuuttoluku 1000 henkeä kohti		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	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – yhteensä	%	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	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – miehet	%	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	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – naiset	%	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	Elinikäinen oppiminen – yhteensä	%	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	Elinikäinen oppiminen – miehet	%	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	Elinikäinen oppiminen – naiset	%	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	Työllisyysaste (ks. nrot 19m ja 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	lääkäiden työntekijöiden työllisyysaste – yhteensä	%	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	lääkäiden työntekijöiden työllisyysaste – miehet	%	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	lääkäiden työntekijöiden työllisyysaste – naiset	%	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	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – yhteensä	vuotta	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	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – miehet	vuotta	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	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – naiset	vuotta	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	Työttömyysaste – yhteensä	%	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	Työttömyysaste – miehet	%	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	Työttömyysaste – naiset	%	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	Nuorisotyöttömyys/väestö	%	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	Pitkäaikaistyöttömyysaste – yhteensä	%	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	Pitkäaikaistyöttömyysaste – miehet	%	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	Pitkäaikaistyöttömyysaste – naiset	%	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	Sosiaaliturvan menot osuutena BKT:stä	%	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	Kohderyhmien "Vanhuus" ja "Leski ja muut edunsaajat" prosenttiosuus kaikista sosiaalietuksista	%	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	14 Aktiivisiin työmarkkinoitomiin käytettyjen julkisten varojen osuus BKT:stä	%	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	Tulonjaon epätasapaino	Suhdeluku	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	Köyhyysriski ennen sosiaalista tulonsiirtoja	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Köyhyysriski sosiaalisten tulonsiirtojen jälkeen	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö - 0-65-vuotiaat	%	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	Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö - 0-60-vuotiaat	%	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	Naisten osuus kansallisissa kansanedustuslaitoksissa	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Miesten työllisyysaste (ks. nro 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	Naisten työllisyysaste (ks. nro 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	GNaisten ja miesten mukauttamaton palkkaero	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Elinajanodote syntyessä – miehet	vuotta	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	Elinajanodote syntyessä – naiset	vuotta	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	Terve elinaika – miehet	vuotta	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Terve elinaika – naiset	vuotta	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Vakavat työtapatuomat – yhteensä		2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Vakavat työtapatuomat – miehet		2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Vakavat työtapatuomat – naiset		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Kuolemaan johtaneet työtapatuomat		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Luku voi olla eri vuodelta (viimeisimmät tiedot), tai sitä voi koskea jokin muu rajoitus.

Avainindikaattorien lukuohjeet ovat sivulla 36

Sosiaaliset avainindikaattorit kustakin liittyvästä valtioista/hakijamaasta

Nr	Avainindikaattori	Yksikkö	Vuosi	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Vanhuushuoltosuhte	%	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	Vuosittainen nettomuuttoluku 1000 henkeä kohti 2000			3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:
5t	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – yhteensä	%	2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – miehet	%	2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Kouluttautumisen varhain lopettavat, jotka eivät ole yleissivistävässä tai ammatillisessa jatkokoulutuksessa – naiset	%	2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Elinikäinen oppiminen – yhteensä	%	2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Elinikäinen oppiminen – miehet	%	2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Elinikäinen oppiminen – naiset	%	2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Työllisyysaste (ks. nrot 19m ja 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	lakkaiden työntekijöiden työllisyysaste – yhteensä	%	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
8amlakkaiden työntekijöiden työllisyysaste – miehet	%	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	lakkaiden työntekijöiden työllisyysaste – naiset	%	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	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – yhteensä	vuotta	2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – miehet	vuotta	2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä – naiset	vuotta	2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Työttömyysaste – yhteensä	%	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	Työttömyysaste – miehet	%	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	Työttömyysaste – naiset	%	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	Nuorisotyöttömyys/väestö	%	2001Q2	6,6	13,6	3,4	6,7	8,7	3,7	8,6	10,2	:	15,6	7,0	17,6	5,7	:
11t	Pitkäaikaistyöttömyysaste – yhteensä	%	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	Pitkäaikaistyöttömyysaste – miehet	%	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	Pitkäaikaistyöttömyysaste – naiset	%	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	Sosiaaliturvan menot osuutena BKT:stä	%	2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Kohderyhmien "Vanhuus" ja "Leski ja muut edunsaajat" prosenttiosuus kaikista sosiaalietuuksista	%	2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	14 Aktiivisiin työmarkkinatoimiin käytettyjen julkisten varojen osuus BKT:stä	%	2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Tulonjaon epätasapaino Suhdeluku 1999			4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Köyhyyseriski ennen sosiaalisia tulonsiirtoja	%	1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Köyhyyseriski sosiaalisten tulonsiirtojen jälkeen	%	1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö – 0-65-vuotiaat	%	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
17b	Työttömissä kotitalouksissa asuva väestö – 0-60-vuotiaat	%	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	Naisten osuus kansallisissa kansanedustuslaitoksissa	%	1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Miesten työllisyysaste (ks. nro 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	Naisten työllisyysaste (ks. nro 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	Naisten ja miesten mukauttamaton palkkaero	%	1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Elinajanodote syntyessä – miehet	vuotta	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	Elinajanodote syntyessä – naiset	vuotta	2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°
21bm	Terve elinaika – miehet	vuotta	1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Terve elinaika – naiset	vuotta	1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Vakavat työtapaturmat – yhteensä Indeksiarvo (1998 = 100)		2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Vakavat työtapaturmat – miehet Indeksiarvo (1998 = 100)		2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Vakavat työtapaturmat – naiset Indeksiarvo (1998 = 100)		2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Kuolemaan johtaneet työtapaturmat Indeksiarvo (1998 = 100)		2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

Nr, Avainindikaattori Unit Year EU-15 BG CY CZ EE HU LV LT MT PL RO SK SI TR
Avainindikaattorien lukuohjeet ovat sivulla 36

Avainindikaattorien lukuohjeet

- 3 65 vuotta täyttäneitten määrä vuonna 2001 oli 24,3 % EU:n työikäisestä väestöstä (15–64-vuotiaista).
- 4 EU:n nettomuuttoaste vuonna 2001 oli 3,1 tuhatta asukasta kohti.
- 5t 18–24-vuotiaista 19,4 % lopetti EU:ssa vuonna 2001 koulun alemman keskiasteen jälkeisiä opintoja suorittamatta.
- 6t Koko EU:ssa 8,4 % 25–64-vuotiaista osallistui vuonna 2001 yleissivistävään tai ammatilliseen koulutukseen (kyselyä edeltäneiden neljän viikon aikana).
- 7 64,0 % koko EU:n 15–64-vuotiaista oli vuonna 2001 työssä.
- 8at 38,6 % koko EU:n 55–64-vuotiaista oli vuonna 2001 työssä.
- 8bt Todellinen työmarkkinoilta poistumisikä oli 59,9 vuotta vuonna 2001.
- 9t 7,4 % koko EU:n työvoimasta (työssäkävivistä ja työnhakijoista) oli vuonna 2001 työttömänä.
- 10 7,3 % koko EU:n 15–24-vuotiaista oli vuonna 2001 työttömänä.
- 11t 3,2 % EU:n työvoimasta (työssäkävivistä ja työnhakijoista) oli vuonna 2001 ollut työttömänä vähintään vuoden.
- 12 EU:ssa sosiaaliturvan menot olivat 27,3 % bruttokansantuotteesta vuonna 2000.
- 13 Kohderyhmille ”Vanhuus” ja ”Leski ja muut edunsaajat” maksetut etuudet muodostavat suurimman osuuden sosiaaliturvan menoista EU:ssa (46,4 % kokonaisuutuksista vuonna 2000).
- 14 Vuonna 2000 EU:ssa aktiivisiin työmarkkinatoimiin käytetyt julkiset varat olivat 0,681 % bruttokansantuotteesta.
- 15 Vuonna 1999 väkiluvulla painotettuna keskiarvona EU:n jäsenvaltioissa suurituloisin 20 prosenttia väestöstä sai 4,6 kertaa niin suuren osuuden kokonaistuloista kuin pienituloisin 20 prosenttia.
- 16a Ottamatta huomioon sosiaalisia tulonsiirtoja 24 % EU:n väestöstä olisi elänyt köyhyysrajan alapuolella vuonna 1999.
- 16b Sosiaaliset tulonsiirrot huomioon ottaen 15 % EU:n väestöstä eli tosiasiallisesti köyhyysrajan alapuolella vuonna 1999.
- 17a EU:ssa 12,1 % 0–65-vuotiaista asui vuonna 2002 kotitalouksissa, joissa kukaan ei osallistunut työelämään (poislukien ihmiset niistä kotitalouksista, joiden kaikki jäsenet ovat alle 18-vuotiaita, tai 18–24-vuotiaita ja koulutuksessa, tai vähintään 65-vuotiaita eivätkä enää työskentele).
- 18 Koko EU:ssa naisten osuus kansallisissa kansanedustuslaitoksissa tai alahuoneissa oli 23 % vuonna 2001.
- 19 EU:n kaikista 15–64-vuotiaista miehistä 73,0 % ja naisista 54,9 % oli vuonna 2001 työssä.
- 20 Koko EU:ssa naisten keskimääräinen tuntiansio (brutto) oli 84 % miesten keskimääräisestä tuntiansiosta (brutto) vuonna 1999. Perusjoukko koostuu kaikista 16–64-vuotiaista palkatuista työntekijöistä, jotka työskentelevät vähintään 15 tuntia viikossa.
- 21a Vuonna 2000 miesten keskimääräinen elinajanodote syntyessä oli EU:ssa 75,3 vuotta ja naisten 81,4 vuotta.
- 21b Miespuolinen EU-kansalainen voi odottaa elävänsä ilman toimintarajoitetta keskimäärin 63-vuotiaaksi ja naispuolinen keskimäärin 66-vuotiaaksi (vuoden 1996 tiedot).
- 22at Koko EU:ssa sattui vuonna 2000 vakavia (yli kolmen päivän poissaolon vaatineita) työtapaturmia 100 000 työntekijää kohti 1 % vähemmän kuin vuonna 1998.
- 22b Koko EU:ssa sattui vuonna 2000 kuolemaan johtaneita työtapaturmia 100 000 työntekijää kohti 21 % vähemmän kuin vuonna 1998.

Eurostatin Data Shop -verkosto

Belgique/België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

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

Asiointikielet:
ES, DE, EN, FR

France

INSEE Info service

Eurostat Data Shop
195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Puhelin: (33) 1 53 17 88 44
Faksi: (33) 1 53 17 88 22
Sähköposti: datashop@insee.fr
MIDAS Net -hankkeen jäsen

Asiointikielet:
FR

Danmark

DANMARKS STATISTIK

Bibliotek og Information
Eurostat Data Shop
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Puhelin: (45) 39 17 30 30
Faksi: (45) 39 17 30 03
Sähköposti: bib@dst.dk
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Asiointikielet:
DA, EN

Italia - Roma

ISTAT

Centro di informazione statistica
— Sede di Roma
Eurostat Data Shop
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Puhelin: (39) 06 46 73 31 02/06
Faksi: (39) 06 46 73 31 01/07
Sähköposti: dipdiff@istat.it
MIDAS Net -hankkeen jäsen

Asiointikielet:
IT

Deutschland

Statistisches Bundesamt

Eurostat Data Shop Berlin
Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Puhelin: (49) 1888-644 94 27/28
Faksi: (49) 1888-644 94 30
Sähköposti: datashop@destatis.de
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Asiointikielet:
DE, EN

Italia - Milano

ISTAT

Ufficio regionale per la Lombardia
Eurostat Data Shop
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Puhelin: (39) 02 80 61 32 460
Faksi: (39) 02 80 61 32 304
Sähköposti: mileuro@tin.it
MIDAS Net -hankkeen jäsen

Asiointikielet:
IT

España

INE

Eurostat Data Shop
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Puhelin: (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00
Faksi: (34) 91 583 03 57
Sähköposti: datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
MIDAS Net -hankkeen jäsen

Asiointikielet:
ES, EN, FR

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Puhelin: (352) 43 35-2251
Faksi: (352) 43 35-22221
Sähköposti: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
MIDAS Net -hankkeen jäsen

Asiointikielet:
ES, DE, EN, FR,IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

Eurostat Data Shop — Voorburg
Postbus 4000
2270 JM Voorburg
Nederland
Puhelin: (31-70) 337 49 00
Faksi: (31-70) 337 59 84
Sähköposti: datashop@cbs.nl

Asiointikielet:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

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

Asiointikielet:
EN, FR, PT

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

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

Asiointikielet:
EN, FI, SV

Sverige

STATISTICS SWEDEN

Information service
Eurostat Data Shop
Karlavägen 100
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Puhelin: (46-8) 50 69 48 01
Faksi (46-8) 50 69 48 99
Sähköposti: infoservice@scb.se
Internet: <http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp>

Asiointikielet:
EN, SV

United Kingdom

Eurostat Data Shop

Office for National Statistics
Room 1.015
Cardiff Road
Newport
South Wales
NP10 8XG
UK
Puhelin: (44) 1633 813369
Faksi: (44) 1633 813333
Sähköposti:
eurostat.datashop@ons.gov.uk

Asiointikielet:
EN

Norge

Statistics Norway

Library and Information Centre
Eurostat Data Shop
Kongens gate 6
Boks 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Puhelin: (47) 21 09 46 42/43
Faksi: (47) 21 09 45 04
Sähköposti: Datashop@ssb.no

Asiointikielet:
EN, NO

**Schweiz/Suisse/
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

Eurostat Data Shop
Bleicherweg 5
CH-8090 Zürich
Puhelin: (41) 1 225 12 12
Faksi: (41) 1 225 12 99
Sähköposti: datashop@statistik.zh.ch
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Asiointikielet:
DE, EN

USA

HAYER ANALYTICS

Eurostat Data Shop
60 East 42nd Street
Suite 3310
New York, NY 10165
Puhelin: (1-212) 986 93 00
Faksi: (1-212) 986 69 81
Sähköposti: eurodata@haver.com

Asiointikielet:
EN

Eurostatin kotisivu
www.europa.eu.int/comm/eurostat/