

2003

De sociale situatie in de Europese Unie

- In kort bestek -



Europese Commissie

De sociale situatie in de Europese Unie 2003

- In kort bestek -

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Belangrijkste sociale ontwikkelingen	7
1.1 De Sociale Situatie: Kansen en Uitdagingen	7
1.2 Bevolkingsdynamiek	7
1.3 Recente werkgelegenheidsontwikkelingen	8
1.4 Levensomstandigheden	9
1.5 Ontwikkeling van de inkomensverdeling	10
1.6 Ontwikkelingen in de toetredende staten	11
2 Gezondheid en gezondheidszorg in de Europese Unie	12
2.1 Gezondheid van de Europeanen en huidige Europese agenda	12
2.2 Bevolking en gezondheid	14
2.3 Determinanten van de volksgezondheid	15
2.4 Gezondheidszorgstelsels	18
2.5 Toekomstige uitdagingen voor de gezondheidszorgstelsels	19
3 De veerkracht van het Europees Sociaal Model	22
Bijlagen	
Indicatoren	
Vergrijzing	24
Migratie en asiel	24
Onderwijs en zijn effecten	25
Levenslang leren	25
Werkgelegenheid	26
Arbeidsdeelname van ouderen	26
Werkloosheid	27
Jeugdwerkloosheid	27
Langdurige werkloosheid	28
Ontvangsten en uitgaven voor sociale bescherming	28
Sociale uitkeringen	29
Uitgaven voor arbeidsmarktbeleid	29
Inkomensverdeling	30
Huishoudens met een laag inkomen	30
Werkloze huishoudens en lage lonen	31
Vrouwen en mannen in de besluitvorming	31
Werkgelegenheid van vrouwen en mannen	32
Inkomen van vrouwen en mannen	32
Levensverwachting met/zonder beperkingen	33
Ongevallen en werkgerelateerde gezondheidsproblemen	33
Sociale kernindicatoren per lidstaat	34
Sociale kernindicatoren per toetredende staat / kandidaat-lidstaat	35
Eurostat Data Shops	37

Voorwoord

In het Verslag over de sociale situatie wordt de levenskwaliteit van de Europese burgers behandeld. Het geeft een holistisch beeld van de bevolking en de sociale omstandigheden waarin zij leeft, als achtergrond voor de sociale beleidsontwikkeling, en is een van de instrumenten om de ontwikkelingen op sociaal gebied in alle lidstaten te volgen.

Deze publicatie dient als samenvatting van het verslag. Zij bestaat uit twee grote hoofdstukken. Het eerste bevat een overzicht van de belangrijkste sociale en economische tendensen in Europa, ondersteund door feiten en cijfers. Het tweede is een samenvatting van het bijzonder thema van dit jaar, met name de gezondheid,

waarin vooral wordt besproken hoe en waarom de gezondheid van de Europese burgers erop verbeterd is en wat de mogelijke uitdagingen voor de toekomst zijn. Een korte beschouwing over het Europees Sociaal Model besluit de publicatie.

Net als de vorige jaren worden in de bijlagen bij deze publicatie een reeks geharmoniseerde sociale indicatoren voor iedere lidstaat gepresenteerd. Voor de eerste keer worden deze indicatoren ook gegeven voor de toetredende staten en de kandidaat-lidstaten. Die indicatoren geven een eerste overzicht van de sociale situatie. Daarnaast vormen zij een krachtig instrument om de sociale ontwikkelingen in de tijd te volgen.



Anna Diamantopoulou
Lid van de Commissie
Werkgelegenheid
en sociale zaken



Pedro Solbes Mira
Lid van de Commissie
Economische en financiële
zaken, Eurostat

1 Belangrijkste sociale ontwikkelingen

1.1 De Sociale Situatie: Kansen en Uitdagingen

De sociale situatie wordt hoofdzakelijk bepaald op het snijvlak van langetermijn ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw met economische veranderingen op de korte en middellange termijn.

Na vijf jaren waarin de economie sterk is gegroeid, waardoor 12 miljoen banen zijn gecreëerd en de arbeidsparticipatie is toegenomen met vier procentpunt naar 64% van de bevolking in de actieve beroepsleeftijd, zijn de verwachtingen nu minder optimistisch. In 2001 is de economische groei gedaald tot 5,1%, oftewel minder dan de helft van het groeipercentage van 2000, en in 2002 heeft de groei zich vrij traag hersteld. Desalniettemin bleef de werkgelegenheid toenemen, zij het langzaam.

Ondertussen wordt duidelijker welke economische en sociale problematiek de maatschappij de middellange termijn te wachten staat als gevolg van de verdergaande vergrijzing van de Europese bevolking. Binnenkort zal de toename van de omvang van de Europese bevolking in de actieve beroepsleeftijd na een eeuw tot stilstand komen in minder dan tien jaar zal het effect van de pensionering van de babyboomers zich volledig doen voelen.

De structurele verbeteringen die sinds 1996 tot stand zijn gebracht, en de succesvolle invoering van de gemeenschappelijke munteenheid hebben geleid tot betere economische prestaties in monetair en financieel opzicht en tot meer flexibiliteit op de arbeidsmarkt. Naast de onmiskenbare bijdrage die is geleverd aan de verbetering van de levensomstandigheden, zijn op een aantal gebieden ook meer beleidsmogelijkheden ontstaan. Er zijn nieuwe kansen ontstaan om structurele problemen op het terrein van de werkgelegenheid aan te pakken, zoals jeugdwerkloosheid en de beperkte arbeidsdeelname van vrouwen en ouderen. De daling van de werkloosheid is verder versterkt door de demografische ontwikkelingen met een krimpende bevolking in de actieve beroepsleeftijd. Door de toename van de werkgelegenheid is ook de druk op het stelsel voor sociale bescherming afgenomen en is er meer armslag ontstaan voor pensioenhervormingen. Ongelijkheid is niet toegenomen tijdens de periode van groeiende welvaart. Door de toename van de arbeidsparticipatie en de economische groei zijn nieuwe mogelijkheden ontstaan om de hardnekkige armoede en sociale uitsluiting aan te pakken.

In dezelfde periode is gebleken dat de lidstaten er aanzienlijk beter in slagen om van de EU steun te krijgen voor hun beleidsinspanningen. Samenwerking bij de strijd tegen sociale uitsluiting en bij de modernisering van de sociale bescherming maken nu onderdeel uit van het samenwer-

kingsproces op macro-economisch gebied en werkgelegenheid, hetgeen mogelijkheden heeft gecreëerd voor een driehoek van elkaar versterkende maatregelen in het werkgelegenheids-, het economische en sociale beleid.

Er blijven ernstige problemen bestaan, waarbij zich met de uitbreiding weer nieuwe voegen. Besluitvaardigheid is vereist om de prestaties van de afgelopen vijf tot zeven jaar in stand te houden en de kansen te benutten die zijn gecreëerd met als doel voortzetting van de duurzame groei en gestage verbetering van de sociale situatie¹.

1.2 Bevolkingsdynamiek

De ontwikkelingen in de Europese demografie hebben belangrijke gevolgen voor de sociale situatie en de huidige grote uitdagingen waarvoor de Europese economie staat.

De EU-bevolking vergrijsd...

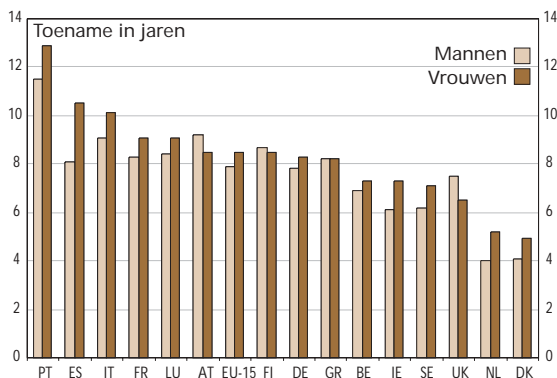
De EU-bevolking vergrijsd, waardoor de grijze druk zal toenemen. Hoewel de vruchtbaarheid licht is gestegen van 1,45 kinderen per vrouw in 1999 naar 1,47 in 2001, ligt deze nog altijd ruim onder het vervangingspeil van 2,1. De levensverwachting neemt toe en de sterfte is meer en meer geconcentreerd onder de ouderen. Naarmate de naoorlogse geboortegolf de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, zal het aantal mensen in de oudere leeftijdsgroepen toenemen. Op dit moment vertegenwoordigt de groep mensen van 65 jaar en ouder 16% van de totale bevolking en de groep jonger dan 15 jaar zo'n 17%. In 2010 wordt de verhouding 18% tegenover 16%. De opvallendste stijging zal die van het aantal "zeer oude" mensen (ouder dan 80 jaar) zijn, dat de komende 15 jaar met bijna 50% toeneemt.

...en ondanks het grotere aantal jongeren in de leeftijdsverdeling in de toetredende landen brengt de uitbreiding geen verandering in deze ontwikkeling.

Als gevolg van hoge vruchtbaarheidscijfers in de jaren zeventig en tachtig hebben de toetredende landen momenteel een jongere leeftijdsverdeling dan de EU-15 (65+-ers maken 13% van de bevolking uit en kinderen onder de 15 jaar 19%). De uitbreiding zal dus een verjongend effect hebben, dat echter van beperkte omvang en tijdelijk is. Op de middellange tot lange termijn zullen de toetredende landen de bevolkingsafname in de EU eerder versterken. Door de snelle daling van de vruchtbaarheidscijfers ontgroent ook daar de bevolking snel. In 2020 zal het aantal ouderen dan ook in de buurt komen van het niveau van de EU-15.

1 Een volledige beoordeling van de algemene situatie van de Europese Unie van begin 2003 is te vinden in de Mededeling van de Commissie - Kiezen voor groei: Kennis, innovatie en banen in een hechte samenleving - Verslag voor de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad van 21 maart 2003 over de strategie van Lissabon inzake economische, sociale en ecologische vernieuwing, COM(2003) 5 def.

Grafiek 1 Stijging van de levensverwachting tussen 1960 en 2000



Bron: Eurostat. Gegevens over 2000: schattingen voor de EU-15, gegevens over 1999 voor DE en GR. Gegevens over 1960 voor DE met uitzondering van ex-GDR.

Tegelijkertijd worden de gezinnen minder stabiel en de huishoudens kleiner...

De toenemende grijze druk heeft gevolgen voor ons vermogen om te voorzien in de zorgbehoefte, eens te meer door ontwikkelingen in de structuur van gezinnen en huishoudens. Er wordt minder en later getrouwd en er worden meer huwelijken verbroken. In 2001 werden er slechts vijf huwelijken per 1.000 inwoners van de EU-15 gesloten, terwijl het er in 1970 nog acht waren. Bovendien is volgens schattingen het echtscheidingspercentage voor huwelijken die in 1960 zijn aangegaan, 15%, terwijl dit percentage voor in 1980 aangegane huwelijken bijna verdubbeld is naar 28%. De nieuwe trend van kleinere huishoudens, waarbij meer mensen, alle leeftijden tezamen genomen, alleen wonen, zet door. Daarnaast stijgt het aantal kinderen die bij één volwassene wonen, opvallend en daalt het aantal paren met kinderen. In 2000 woonde 10% van de kinderen van 0-14 jaar bij één volwassene, terwijl dit in 1990 6% was. De overgrote meerderheid van deze alleensstaande ouders is vrouw. Polen en Cyprus uitgezonderd, zijn de gezinnen in de toetredende landen aanmerkelijk minder stabiel geworden.

...terwijl migratiestromen een steeds belangrijkere rol spelen bij demografische veranderingen.

Al ruim tien jaar lang is het immigratieoverschot de belangrijkste factor in de bevolkingstoename in de Unie. In alle lidstaten vindt thans een grote instroom plaats. In 2001 bedroeg het migratiesaldo per jaar 3,1 per 1.000 inwoners, wat overeenkomt met ongeveer 74% van de totale bevolkingstoename. In sommige toetredende landen heeft emigratie merkbaar gevolgen gehad voor de demografische situatie. Vooral in de Baltische staten heeft zich een bevolkingsdaling voorgedaan die te wijten is aan emigratie.

Beleidsmakers raken doordrongen van de gevolgen van de vergrijzing...

De afgelopen paar jaar is het besef gaan leven dat de bevolking vergrijst en dat dit gevolgen heeft voor de werkgelegenheid en het sociale beleid. De lidstaten hebben zich verplicht om oplossingen te zoeken voor vergrijzingskwesties in het verband van solide overheidsfinanciën, werkgelegenheid en sociale bescherming (i.c. pensioenen, gezondheid en langdurige zorg) en het nationale beleid daarop af te stemmen. De nieuwe samenwerking inzake vergrijzingskwesties krijgt op vele gebieden navolging van de toetredende landen.

...en zij nemen de nodige maatregelen op zowel nationaal als EU-niveau.

Als algemene beoordeling van de huidige beleidsinspanningen kan worden gezegd dat de meeste lidstaten – en toetredende landen – van plan zijn om de bestaande kansen te benutten voordat de geboortegolfcohorten de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. Zij hebben zich voorgenomen om de sociale doelstellingen van de stelsels voor de pensioenen², gezondheidszorg en langdurige zorg³ en de betaalbaarheid ervan niet in gevaar te brengen wanneer de druk door vergrijzing toeneemt. Verscheidene grote hervormingen zijn al ten uitvoer gebracht en veel andere zijn in voorbereiding.

1.3 Recente werkgelegenheidsontwikkelingen

In 2002 is de werkloosheid voor het eerst sinds 1996 licht toegenomen. Niettemin hebben de arbeidsmarkten zich ondanks de economische neergang buitengewoon veerkrachtig betoond. Er werden meer banen gecreëerd dan er verdwenen, waardoor de werkgelegenheid per saldo toenam.

Dit duidt erop dat de ontwikkeling en toepassing van de Europese werkgelegenheidsstrategie en de nieuwe nadruk op bevordering van sociale integratie er mede toe heeft bijgedragen dat de Unie een weg is ingeslagen die een duurzame en grotere groei van de werkgelegenheid betekent; deze groei bedraagt 1,3% per jaar vanaf 1996⁴. De arbeidsparticipatie steeg in 2001 naar 64% en komt in 2002 waarschijnlijk uit op 64,5%; het werkloosheidspercentage daalde tot 7,4%, het laagste percentage in tien jaar; weliswaar steeg het in 2002, maar met een uiterst lichte stijging tot 7,6%⁵.

Terwijl de totale arbeidsparticipatie in de uitgebreide Unie wat lager zal zijn dan in de EU-15, zijn de structureel zwakke punten in de bestaande en toekomstige lidstaten grotendeels gelijk, zij het in verschillende omvang. De uitdagingen waarvoor de toekomstige lidstaten zich nog zien gesteld, zijn het vergroten van de arbeidsparticipatie en de werkgelegenheid, het bevorderen van arbeidsstromen van

2 Voorstel van de Commissie voor een gezamenlijk verslag van de Commissie en de Raad inzake toereikende en betaalbare pensioenen, COM(2002) 737 def.

3 Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's - Voorstel voor een Gezamenlijk Verslag - Gezondheidszorg en ouderenzorg: ondersteuning van nationale strategieën voor een hoog niveau van sociale bescherming, COM(2002) 774 def.

4 Zie voor een vollediger beoordeling van de ontwikkelingen in de werkgelegenheid gedurende deze periode de mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's - Inventarisatie van vijf jaar Europese werkgelegenheidsstrategie, COM/2002/0416 def.

5 Een voorstel voor een werkgelegenheidsstrategie voor de toekomst met het oog op de huidige onzekere toestand is te vinden in "De toekomst van de Europese werkgelegenheidsstrategie (EWS): een strategie voor volledige werkgelegenheid en beter werk voor allen", COM(2003) 6 def.

landbouw en industrie naar de dienstensector zonder dat de regionale ongelijkheid op de middellange termijn wordt vergroot, en het moderniseren en verbeteren van vaardigheden zodat deze in de moderne vrije kenniseconomie bruikbaar zijn.

Wil men verdere voortgang boeken bij de verwezenlijking van de agenda van Lissabon (met onder andere volledige werkgelegenheid), dan zijn krachtige maatregelen nodig om de arbeidsparticipatie en de werkgelegenheid te vergroten, de arbeidskwaliteit en -productiviteit te bevorderen en cohesie te stimuleren.

Of het arbeidsaanbod in stand blijft, zal in toenemende mate afhankelijk zijn van de vergroting van de arbeidsparticipatie van vrouwen...

Tussen 1996 en 2001 is de arbeidsparticipatie van mannen en vrouwen toegenomen met respectievelijk bijna drie en vijf procentpunten, waardoor de kloof tussen de seksen werd versmald tot 18 procentpunt. Wat betreft werkloosheid is de kloof tussen mannen en vrouwen ook minder groot geworden, maar met 2,3 procentpunt blijft deze in 2001 wel substantieel. Dat deze verschillen tussen mannen en vrouwen recent kleiner zijn geworden, is een bemoedigend teken dat in de nabije toekomst een einde kan komen aan het verschil tussen de werkloosheidspercentages.

Hoewel ook in de toetredende landen een verschil tussen mannen en vrouwen bestaat, is het aantal vrouwen dat deel uitmaakt van de beroepsbevolking hier groter dan in de EU-lidstaten (46% in verhouding tot 42%). Ook het aantal vrouwen in leidinggevende functies is groter. In de toetredende landen is 38% van de leidinggevendende vrouw, terwijl dit in de EU 34% is. Bovendien komt parttime werk in de toetredende landen minder vaak voor en is het eerlijker verdeeld tussen de seksen. 6% van de mannen (in de EU 7%) en 9% van de vrouwen (in de EU 32%) werkt in deeltijd.

... en werkende ouderen...

Globaal gezien had in 2001 38,5% van de EU-bevolking tussen 55 en 64 jaar een baan. Dit percentage ligt ver onder de 50%-doelstelling van Stockholm voor 2010. De gemiddelde leeftijd van arbeidsmarktverlaters was in 2001 59,9 jaar. Volgens de Europese Raad van Barcelona moet deze leeftijd in 2010 ongeveer vijf jaar hoger liggen, wat een hele opgave is. Recente verbeteringen in de werkgelegenheid voor ouderen in een aantal lidstaten laten zien dat de trend van dalende arbeidsparticipatie kan worden gekeerd indien de inspanningen worden geïntensiveerd. In de toetredende landen ligt de arbeidsparticipatie van werkenden in de leeftijd van 55-64 jaar zelfs nog lager maar in de afgelopen paar jaar is zij stabiel geworden en is zij begonnen te verbeteren.

Vanuit een andere hoek bekeken – namelijk gezien de huidige en toekomstige bevolkingsdynamiek die leidt tot een daling van het aantal inwoners in de actieve beroepsleeftijd – is het van groot belang dat de meeste lidstaten een aanzienlijke arbeidsreserve hebben onder vrouwen en ouderen. Indien de bestaande belemmeringen voor participatie worden weggenomen, zou deze arbeidsreserve kun-

nen gebruikt worden om de gevolgen van vergrijzing voor de omvang van de beroepsbevolking tegen te gaan.

...en ook van de omvang en vorm van de immigratie en de integratie van immigranten.

Uit demografische scenario's waarbij wordt uitgegaan van stabiele immigratiestromen en wordt aangenomen dat de werkgelegenheidsdoelstellingen van Lissabon worden gehaald, blijkt gewoonlijk dat na 2010 de totale omvang van de werkgelegenheid in de EU-15 kleiner zal worden als gevolg van een krimpende bevolking in de actieve beroepsleeftijd. Meer dan tevoren gaat dan productiviteitsverhoging een belangrijke rol spelen voor economische groei. In dit opzicht zal ook immigratie van belang zijn, vooral wanneer de bestaande arbeidsreserve onder de beschikbare bevolking in de actieve beroepsleeftijd volledig benut is. Het is duidelijk dat de positieve economische en sociale effecten van immigratie afhangen van het vermogen van de lidstaten om te zorgen voor volledige integratie van nieuwkomers en de personen te hunnen laste in de werkgelegenheid en, in ruimere zin, in de samenleving van de Europese landen. Een succesvolle integratie van immigranten kan bijdragen aan de instandhouding van economische groei en de sociale cohesie.

De werkgelegenheidsgroei heeft ook tot gevolg gehad dat er meer kwaliteitsbanen zijn gecreëerd.

Ruim tweederde van de nieuwe banen die tussen 1996 en 2001 zijn gecreëerd, was voor hoog opgeleiden, aangezien de kenniseconomie de alledaagse werkelijkheid werd. In meer dan de helft van de banen moet tegenwoordig een computer worden gebruikt. Uit recent onderzoek van de Commissie is bovendien gebleken dat de economieën in de EU met meer banen van grotere kwaliteit het ook beter doen met betrekking tot werkgelegenheid en productiviteit. Er bestaat ook een aanzienlijk aantal banen van geringere kwaliteit. Terwijl deze banen voor jongeren en hoog opgeleiden vaak dienen als springplank naar een vastere betrekking, geldt dit niet voor werkende ouderen en ongeschoolde werknemers. Wanneer deze groepen op een tijdelijk contract of onvrijwillig in deeltijd werken, of in een baan waarin geen opleiding wordt geboden, blijven zij hangen in een kring van werkloosheid, inactiviteit en laaggekwalificeerd werk. Derhalve is het van belang om opwaartse mobiliteit gericht op kwaliteitsbanen voor hoger opgeleiden te stimuleren bij het bevorderen van meer en duurzame werkgelegenheid.

1.4 Levensomstandigheden

Gemeten naar ontwikkelingen in inkomen en consumptie blijven de levensomstandigheden verbeteren. De gemiddelde inkomensstijging per jaar per hoofd van de bevolking schommelde de afgelopen tien jaar rond 1,5%, waarbij het netto middeninkomen per jaar in de EU-15 in 1998 ongeveer 11.700 KKS⁶ bedroeg. Het is duidelijk dat in dit middeninkomen aanzienlijke verschillen tussen lidstaten en aanzienlijke ongelijkheid binnen de lidstaten zijn verborgen. De "noordelijke" helft van de Unie gaf een hoger

6 Koopkrachtstandaarden om te corrigeren voor koopkrachtverschillen tussen de landen

inkomensniveau te zien, met over het algemeen minder inkomensongelijkheid dan in de zuidelijke lidstaten. Ook de gemiddelde consumptie is in de afgelopen jaren duidelijk gestegen. In Duitsland bijvoorbeeld, dat in dit opzicht karakteristiek is voor de lidstaten, is de consumptie per huishouden toegenomen met ongeveer 2,6% per jaar.

Levensomstandigheden komen tot uitdrukking in de visie van burgers op hun levenskwaliteit.

In 2002 waren de Europeanen zeer of tamelijk gelukkig met hun leven in het algemeen (78%, terwijl dit twee jaar daarvoor 77% was); van dit percentage was zo'n 20% (in 2000 was dit 17%) zeer tevreden. De best tevreden mensen wonen in Zweden (95%) en Denemarken (94%), terwijl in Portugal (50%) en Griekenland (49%) de tevredenheid het minst sterk naar voren komt. Net als in voorgaande jaren lijken mannen gelukkiger met hun leven dan vrouwen, en jongeren beter tevreden dan ouderen. De variatie in de beoordeling van de levenskwaliteit in de EU-15 kan voor een groot deel worden verklaard door verschillen in de beoordeling van de gezondheidstoestand.

Hoger opgeleiden en mensen met een hoger inkomen scoren hoger wat betreft de beoordeling van gezondheid en levenskwaliteit, in samenhang met verschillen in sociaal-economische status. Bovendien beoordelen over het algemeen ouderen hun gezondheid als slechter.

Bij de Eurobarometer-enquête van 2002 vonden de meeste respondenten overheidsuitgaven op het gebied van gezondheidszorg belangrijker dan op andere gebieden, zoals onderwijs of sociale bijstand, en waren zij van mening dat de kwaliteit van het gezondheidszorgstelsel één van de drie belangrijkste kwesties is die zich thans voordoen in de maatschappij.

1.5 Ontwikkeling van de inkomensverdeling

Het inkomen is één van de belangrijkste factoren waardoor de levensstandaard wordt bepaald. Ook is de inkomensverdeling van belang in verband met de relatieve armoede en het risico van sociale uitsluiting. De verzorgingsstaat speelt een belangrijke rol bij de herverdeling van primaire inkomsten, waardoor de ongelijkheid en armoede worden verminderd. Een recent verslag⁷ wijst uit dat de inkomensongelijkheid tussen 1980 en 1997 in veel landen sterk schommelde, waardoor in de meeste gevallen de ongelijkheid toenam. Tijdens de economische groei in de tweede helft van de jaren negentig is het opmerkelijk dat de ongelijkheid gemiddeld niet is gestegen maar eerder is gedaald.

Het ligt voor de hand dat hierin mogelijk tot uiting komt dat de recente economische groei in belangrijke mate door de werkgelegenheid werd aangedreven. Voor mensen met werk is de kans op armoede⁸ het kleinst en voor werklozen het grootst (vijf keer zo groot). In 1998 was

voor gepensioneerden en zelfstandig ondernemers de kans op armoede twee keer zo groot, voor kinderen drie keer zo groot en voor andere groepen niet in een beroep werkzame mensen vier keer zo groot.

Aanhoudend risico op armoede en sociale uitsluiting...

Ondanks het aanzienlijke herverdelingseffect van de sociale bescherming blijft het een kerntaak van de Unie de armoede te bestrijden en de sociale integratie te bevorderen. Recente bevindingen aan de hand van de Eurobarometer-enquête van 2001 wijzen uit dat een groot gedeelte van de mensen zichzelf nog steeds als arm beschouwt, in die zin dat hun netto inkomen lager is dan het bedrag dat zij absoluut noodzakelijk achten. De mate van subjectieve armoede loopt sterk uiteen in de verschillende lidstaten – van 9% in Denemarken tot 66% in Portugal. Uit de enquête blijkt ook dat per persoon de duur van de armoede over het algemeen langer is in de zuidelijke landen (14 à 15 jaar) dan in de noordelijke landen (2 à 3 jaar). De Eurobarometer levert verder bewijs voor het feit dat armoede in nauw verband staat met maatschappelijke isolatie en sterk wordt beïnvloed door werkgelegenheid van geringe kwaliteit, in het bijzonder geringe kwaliteit van werktaken, ontbrekende arbeidszekerheid en onvoldoende opleiding.

Er bestaat een nauw verband tussen sociale integratie en werkgelegenheid en/of inkomen. Opmerkelijk is dat in de kennismaatschappij nieuwe technologieën zowel een kans als een bedreiging voor de integratie van de minder bevoorrechteten betekenen. Dit komt naar voren uit onderzoek van de ESDIS-groep op hoog niveau (werkgelegenheid en sociale dimensie van de informatiemaatschappij) en het is hoog op de politieke agenda geplaatst door de resoluties van de Raad inzake sociale integratie via de kennismaatschappij (oktober 2001) en toegang tot de kennismaatschappij voor gehandicapten (2002).

...en uitgesproken verschillen binnen de Unie...

Er bestaan aanzienlijke verschillen in het percentage arme huishoudens per lidstaat (uitgaande van een armoedegrens van 60% van het nationaal equivalent middeninkomen). In 1998 bedroeg het verschil tussen de lidstaat met het hoogste en die met het laagste armoedecijfer 14 procentpunt. Tussen 1995 en 1998 daalde het armoedecijfer in zes van de twaalf lidstaten die beschikken over gegevens voor beide jaren. Niettemin was dit cijfer voor de EU-15 in 1998 hetzelfde als in 1995.

Globaal hebben de zuidelijke lidstaten het laagste gemiddelde equivalent netto-inkomen in KKS, maar ook de grootste inkomensongelijkheid volgens de vragenronde van 1998 van het EG-huishoudpanel. De Scandinavische lidstaten vertonen de minste ongelijkheid, terwijl het hoogste gemiddelde equivalent netto-inkomen is te vinden in Luxemburg, België en Nederland.

7 Zie "Income on the Move", een rapport inzake inkomensverdeling, armoede en inkomensherverdeling, Sociaal en Cultureel Planbureau (Nederland), gefinancierd door de Europese Commissie, DG Werkgelegenheid en Sociale Zaken (E1 onderzoekserie 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_move.html

8 Onder kans op armoede wordt hier verstaan minder dan 60 procent van het equivalent middeninkomen.

...die echter zonder de herverdeling die de sociale uitkeringen bewerkstelligen in de EU-15 veel groter zouden zijn.

Sociale beschermingsuitkeringen bewerkstelligen aanzienlijk meer herverdeling⁹ dan belastingen. Volgens de Gini-coëfficiënt¹⁰ wordt door sociale uitkeringen de inkomensongelijkheid teruggedrongen met 30 tot 40%. In Duitsland, Nederland, België en het Verenigd Koninkrijk vertonen de uitkeringen een relatief hoge mate van regressiviteit: huishoudens met een laag inkomen ontvangen een naar verhouding groter gedeelte van de sociale uitkeringen dan in Finland, Denemarken en Zweden. Desalniettemin is in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk de vermindering van ongelijkheid tussen de verdeling van het marktinkomen en het bruto inkomen vrij bescheiden. Dit komt doordat sociale bescherming een tamelijk klein deel van het nationaal inkomen vertegenwoordigt.

Er bestaan vele soorten uitkeringen; ook het aantal ontvangers en het gemiddelde bedrag verschillen. Als we eenvoudigweg het inkomen 'voor' en 'na uitkering' vergelijken, dringen alle uitkeringen bij elkaar de armoede terug met 25 procentpunt¹¹. Het grootste deel van de armoedevermindering is toe te schrijven aan ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen (15 procentpunt). Werkloosheids-, gezins/kinder- en ziekte-/invaliditeitsuitkeringen hebben elk een gelijk herverdelend effect waardoor de armoede met ongeveer drie procentpunt wordt teruggedrongen.

1.6 Ontwikkeling in de toetredende staten

Hoewel gedurende de tweede helft van de jaren negentig in de meeste toetredende landen vorderingen zijn gemaakt bij het dichten van de inkomenskloof die bestaat ten opzichte van de EU-lidstaten, bestaat er nog altijd een behoorlijk verschil. In 2000 bedroeg in acht toetredende landen het BBP per hoofd van de bevolking uitgedrukt in KKS minder dan de helft van het EU-gemiddelde.

Daarbij is de inkomensverdeling in de toetredende landen over het algemeen ongelijker geworden. Dit geldt in het bijzonder voor de acht kandidaat-leden in Midden- en Oost-Europa¹². In de afgelopen tien jaar is in Oost-Europa zowel de armoede als de ongelijkheid in belangrijke mate toegenomen. Recentelijk is een stabilisatie opgetreden. De ongelijkheid en armoede nemen niet verder toe, maar aan de gevolgen in sociaal opzicht van de snelle toename van de ongelijkheid aan het begin van de overgangperiode dient nadere aandacht te worden besteed.

Meer aandacht voor deze problemen...

Armoede staat in alle toetredende landen op de politieke agenda, maar dit geldt in mindere mate voor het bredere begrip sociale uitsluiting in de zin van misdeling in meerdere opzichten. Desalniettemin heeft sociale uitsluiting de afgelopen jaren een prominenter plaats in het beleid gekregen, vaak als een weerspiegeling van beleidsvorming op het niveau van de EU. De hoofdoorzaken van maatschappelijke uitsluiting zijn werkloosheid en het uit elkaar vallen van gezinnen. Vele toetredende landen ondervinden problemen bij het bieden van sociale bescherming en werkgelegenheid met de bedoeling te zorgen voor voldoende inkomen en middelen. Het bereik en functioneren van de sociale regelingen zijn bovendien zodanig dat het zeer moeilijk is om de maatschappelijke uitsluiting aan te pakken.

...terwijl er tegelijkertijd in het kader van de EU-samenwerking veel meer hulp mogelijk is.

Hoe belangrijk het is deze problemen aan te pakken kreeg onlangs nieuwe nadruk doordat de Raad in december 2002 herziene, passende EU-doelstellingen voor de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting heeft goedgekeurd. De wijzigingen betekenen zowel een bekrachtiging van de doelstellingen die al in 2000 door de Europese Raad van Nice zijn goedgekeurd, als grotere nadruk op emancipatieaspecten, de problemen waarmee immigranten te maken krijgen, en het belang om het aantal mensen dat in armoede en sociale uitsluiting dreigt te vervallen, terug te dringen. De doelstellingen bieden de ondergrond voor een tweede reeks nationale tweekerenplannen ter bestrijding van armoede en maatschappelijke uitsluiting, die alle lidstaten in juli 2003 moeten hebben opgesteld. De open coördinatiemethode op het gebied van armoede en sociale uitsluiting die in 2000 door de Europese Raad van Lissabon is geïntroduceerd, heeft een resultaat opgeleverd dat moet worden bestendigd en waarop kan worden voortgebouwd.

Thans is de uitbreiding van de EU-15 naar de EU-25 nabij. Aanzienlijke veranderingen in de algemene sociale situatie in de Unie zijn te verwachten. De knelpunten in het beleid inzake maatschappelijke uitsluiting, armoede en ongelijkheid in het algemeen, o.a. met betrekking tot de gezondheidstoestand, zullen groter worden. De regionale ongelijkheid en problemen met betrekking tot sociale cohesie nemen toe. Aangezien de verschillen tussen de lidstaten veel groter zullen zijn, zal er veel behoefte bestaan aan samenwerkingsinstrumenten, waarmee dergelijke verschillen constructief kunnen worden overbrugd.

9 Deze cijfers zijn afkomstig uit "Income on the Move" en betreffen hoofdzakelijk de vragenronde van 1997 van het EG-huishoudpanel.

10 De Gini-coëfficiënt is een indexcijfer waarmee de werkelijke inkomensverdeling van alle inkomenswaarden wordt vergeleken met een soort theoretisch ideale verdeling waarbij iedereen hetzelfde inkomen heeft (Gini-coëfficiënt = 0 procent). Een Gini-coëfficiënt van 100 procent zou betekenen dat slechts één persoon al het inkomen heeft.

11 Dit cijfer geeft een orde van grootte aan, omdat er echter andere variabelen zijn die een effect hebben op de twee situaties, kan het verschil tussen de twee Gini-coëfficiënten niet alleen verklaard worden door het effect van sociale uitkeringen.

12 Europese Commissie, "Een succes maken van de uitbreiding", strategiedocument en verslag van de Europese Commissie over de vorderingen van de toetredende landen op weg naar toetreding, p.13.

2 Gezondheid en gezondheidszorg in de Europese Unie

2.1 Gezondheid van de Europeanen en huidige Europese agenda

Gezondheid is dit jaar het speciale thema van het rapport. Gezondheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn zaken waaraan de Europeanen een hoge prioriteit toekennen (Eurobarometer van 2002). In dit rapport wordt de huidige gezondheidstoestand van de Europeanen beschreven en worden de belangrijkste gezondheidsdeterminanten aangewezen.

De sector van de gezondheid mag dan een sleutelrol spelen bij de behandeling, bestrijding en preventie van een slechte gezondheid en daarnaast ook bij het behoud van een goede gezondheid, toch zijn sociaal-economische factoren, levensstijl- en omgevingsfactoren in belangrijke mate bepalend voor de algemene gezondheidstoestand van burgers. De gezondheidszorg en langdurige zorg zijn binnen de Unie op sterk uiteenlopende wijzen georganiseerd. Naast deze verschillen bestaan ook belangrijke overeenkomsten. Bovendien staan de lidstaten – zoals in dit rapport wordt aangetoond – wat betreft het gezondheidsbeleid nu en in de toekomst grotendeels voor dezelfde uitdagingen. Twee punten vallen op door hun speciale relevantie. Enerzijds bestaat in de aanwezigheid van krachtige aanjagers van structurele verandering, zoals de vergrijzing en nieuwe gezondheidstechnologieën voortdurend de noodzaak tot het optimaliseren van de kosteneffectiviteit van gezondheidsstelsels. Anderzijds is er volop gelegenheid tot het realiseren van een betere synergie tussen gezondheidsbeleid en ander beleid dat van invloed is op de sociaal-economische en omgevingsdeterminanten van gezondheid.

Gezondheid is een kostbaar goed

De gezondheidstoestand van burgers is van grote invloed op de productiecapaciteit van de maatschappij en een verbetering van de gezondheid kan de groeicapaciteit vergroten¹³. De reden hiervoor is dat een betere gezondheid mogelijkheden schept voor een grotere productiviteit, een langer werkzaam leven en lagere kosten (minder ziekteverzuim, minder noodzaak tot behandeling, minder arbeidsongeschiktheid enz.)¹⁴.

De gezondheidszorg vormt deel van de stelsels voor sociale bescherming in de lidstaten. Als zodanig is het een thema voor de nieuwe samenwerking¹⁵ bij de modernisering en verbetering van de sociale bescherming, die deel uitmaken van de bredere strategie van Lissabon. Toegankelijkheid, kwaliteit en houdbaarheid zijn aangewezen als het gemeenschappelijke doel dat de lidstaten in hun gezondheidszorgbeleid nastreven. Door behoud van inkomen zorgt het stelsel van sociale bescherming tevens mede voor behoud van de gezondheid van de burgers. Pensioenstelsels bijvoorbeeld dragen in belangrijke mate bij aan het gezond blijven van oudere burgers, doordat zij na de pensionering een voldoende levensstandaard mogelijk maken.

Het ligt voor de hand dat het resultaat van investeringen in de gezondheid niet alleen afhankelijk is van de hoogte van de uitgaven, maar ook van het doel waarvoor, het tijdstip waarop en de wijze waarop middelen worden toegewezen. Het resultaat van investeringen in gezondheid kan bijvoorbeeld bijzonder groot zijn indien men zich richt op sociale groepen of regio's waarin de gemiddelde gezondheidstoestand slecht is of in het bijzonder gevaar loopt. Ongelijkheid in de gezondheidstoestand houdt verband met ongelijkheid binnen de maatschappij in een ruimer opzicht. Arme en uitgesloten mensen hebben in het bijzonder te kampen met een slechte gezondheid. Het beleid van de lidstaten met als doel het bestrijden van armoede, terugdringen van ongelijkheid en bevorderen van maatschappelijke integratie heeft evenals de nieuwe Europese samenwerking in deze kwesties een positief effect op de gezondheidstoestand van arme mensen en vergroot de sociale cohesie binnen de maatschappij.

Als zodanig bevinden gezondheid en gezondheidszorg zich op het snijpunt van de Europese werkgelegenheidsstrategie en de inspanningen van de Unie om de sociale bescherming te moderniseren en verbeteren. Het stroomlijnen en integreren van beleidsinspanningen op het gebied van de werkgelegenheid, sociale integratie, sociale bescherming en gezondheidszorg tot een geïntegreerd proces dat is gericht op de bestendinging en verbetering van het Europees sociaal model, behoort tot de bijdrage van de Commissie aan de Europese Raad in het voorjaar van 2003 en de tussentijdse evaluatie van de sociale agenda.

In de afgelopen decennia zijn de omstandigheden voor het bereiken van een goede gezondheidstoestand en het krijgen van een geschikte en doeltreffende behandeling voor ziekten in de Europese Unie sterk verbeterd. Dit is te danken aan inspanningen die zijn geleverd door de publieke en particuliere sector in de vorm van directe investeringen in een betere gezondheidszorg. Gezondheidszorgstelsels mogen dan wel een cruciale rol spelen bij de bestrijding en preventie van een slechte gezondheid, ook ander beleid dat van invloed is op de omgevings- en sociaal-economische determinanten van een goede gezondheid, zoals werk en werkomstandigheden, hebben een grote invloed op de huidige en toekomstige gezondheidstoestand van de burgers.

13 Een beoordeling van dit wereldwijd geldende verband is te vinden in het verslag van de Commissie macro-economie en gezondheid, voorzitter Jeffrey D. Sachs (2001): "Macroeconomics and health: investing in health for economic development". WHO, Genève.

14 Uit een Amerikaanse bespreking van de wetenschappelijke literatuur van de laatste tien jaar kan worden geconcludeerd dat werkenden met een goede gezondheid 15 tot 30% meer verdienen dan werkenden met een slechte gezondheid: Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Ontwerp voor een gezamenlijk verslag van de Commissie en de Raad inzake toereikende en betaalbare pensioenen, COM(2002) 737 def.; alsook ontwerp voor een gezamenlijk verslag van de Commissie en de Raad inzake gezondheidszorg en ouderenzorg: ondersteuning van nationale strategieën voor een hoog niveau van sociale bescherming, COM(2002) 774 def.

De agenda voor het Europees gezondheidsbeleid

In de afgelopen tien jaar zijn door beleidsontwikkelingen gezondheidskwesties hoog op de Europese agenda komen te staan.

In het Verdrag van Maastricht (1993) kreeg de volksgezondheid voor het eerst een wettelijke basis (artikel 129) die samenwerking tussen de lidstaten, preventie van nieuwe ziekten en stimuleringsmaatregelen aanmoedigde. Er werd niet voorzien in de harmonisatie van wetten en bestuursrechtelijke bepalingen. Ingevolge deze nieuwe verplichtingen heeft de Commissie de mededeling inzake het actiekader op het gebied van de volksgezondheid¹⁶ gepresenteerd, die als uitgangspunt het opzetten van acht volksgezondheidsprogramma's heeft. De toegevoegde waarde op EU-niveau bestond in ondersteuning van de inspanningen die de lidstaten leveren en in de verspreiding van informatie over de beste werkwijzen als onderbouwing van de voorzieningen op het gebied van sociale bescherming in de hele Gemeenschap.

Het algemeen kader voor het gezondheidsbeleid veranderde op het einde van de 90-er jaren. Het Verdrag van Amsterdam breidde de bevoegdheid uit van de Gemeenschap in de volksgezondheid. Artikel 129 werd herzien door meerdere nieuwe bepalingen toe te voegen en kreeg het nieuwe nummer 152. Volgens Artikel 152 moeten maatregelen in de volksgezondheid waarborgen dat een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid wordt bereikt, de volksgezondheid wordt verbeterd, ziekte en aandoeningen evenals bronnen van gevaar voor de gezondheid worden voorkomen en ervoor zorgen dat alle EU beleidsmaatregelen de gezondheid beschermen.

Tegen deze achtergrond heeft de Commissie in mei 2000 een nieuwe gezondheidsstrategie voorgesteld¹⁷ welke streeft naar een samenhangende aanpak van de werkgerelateerde gezondheid op het vlak van de Gemeenschap. Sleutelement was het voorstel voor een nieuw communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid¹⁸. Het programma is gericht op drie doelstellingen:

- Verbetering van de kennis en informatie ten behoeve van de ontwikkeling van de volksgezondheid,
- Vergroting van het vermogen snel en gecoördineerd op gezondheidsbedreigingen te reageren
- Gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Bovendien heeft de Commissie een EG gezondheidsforum opgericht dat relevante Europese organisaties samen brengt. Verder is er nog het zesde kaderprogramma voor onderzoek dat beleidsonderzoek voorziet dat nuttig is op het gebied van het sociaal beleid, in het bijzonder voor de uitvoering van de Europese Sociale Agenda¹⁹. De verantwoordelijkheid voor voorzieningen voor en financiering van gezondheidszorg ligt bij de lidstaten. Dit betekent echter niet dat de fundamentele vrijheden – zoals het vrij verrichten van diensten, de vrije verspreiding van medische producten of het vrije verkeer van

werknemers – of ander communautair beleid niet van toepassing zijn op dit gebied. Daarnaast komt gezondheid verspreid over de gehele Europese sociale agenda terug als onderwerp en maakt gezondheid een belangrijk deel uit van de EU-strategie voor duurzame ontwikkeling; beide zijn weer een belangrijk onderdeel van de strategie van Lissabon. Bovendien is gezondheidszorg een belangrijke plaats gaan innemen op de terreinen grensoverschrijdende mobiliteit en kwaliteitsverbetering op het terrein van de overheidsfinanciën.

De kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg zijn nu erkend als hoofdpunten waarop nauwer moet worden samengewerkt door de lidstaten. Tijdens de Europese Raad van Göteborg (juni 2001) is het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor economische politiek gevraagd om na te denken over wat de knelpunten zijn in een vergrijzende samenleving en om voor de Europese Raad in het voorjaar van 2002 een eerste verslag op te stellen met richtsnoeren op het gebied van de gezondheidszorg en ouderenzorg. In het rapport werd geconcludeerd dat de demografische, technologische en financiële ontwikkelingen gepaard gaan met een problematiek in de stelsels voor gezondheidszorg en langdurige zorg in de Europese Unie waarin de volgende zaken centraal staan: toegang voor iedereen, onafhankelijk van inkomen of vermogen, zorg van een goede kwaliteit, betaalbaarheid van het zorgstelsel.

Deze drie algemene doelstellingen zijn door de Raad onderschreven in een eerste oriënterend verslag inzake gezondheidszorg en ouderenzorg voor de Europese Raad van Barcelona waarbij tevens werd benadrukt dat alle gezondheidszorgstelsels in de EU zijn gebaseerd op het principe van solidariteit, rechtvaardigheid en universaliteit. De Europese Raad van Barcelona heeft de Commissie en de Raad verzocht om de kwesties toegang, kwaliteit en betaalbaarheid aan een nader onderzoek te onderwerpen. Op basis van een vragenlijst die werd voorgelegd aan de lidstaten, heeft de Commissie een gezamenlijk verslag neergelegd over nationale strategieën die een grote sociale bescherming garanderen²¹. Aangezien een groot gedeelte van de overheidsuitgaven naar de gezondheidszorg gaat, is de financiële houdbaarheid van zorgsystemen en hun hervorming in dit opzicht belangrijk.

Gezondheid en veiligheid in de werkomgeving is een van de belangrijkste aspecten van het Europese sociale beleid. Gezondheid in de werkomgeving wil niet alleen zeggen dat ongelukken of beroepsziekten niet voorkomen, maar betekent ook lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn, zaken die van belang zijn voor de kwaliteit van het werk en de productiviteit van de werknemers. Voor de periode 2002-2006 is een nieuwe communautaire strategie met betrekking tot gezondheid en veiligheid in de werkomgeving ontwikkeld, waarin rekening wordt gehouden met veranderingen in de maatschappij en de wereld van de arbeid²². In de strategie wordt een totaalbenadering van welzijn op het werk toegepast die is gebaseerd op preventieve maatregelen en het opbouwen van partnerschappen tussen alle spelers op het gebied van werk, gezondheid en veiligheid.

16 November 1993

17 COM (2002) 285 definitief van 16.5.2000

18 PB L 271/1 van 9.10.2002. Besluit 1786/EG

19 Zie het bijzondere programma voor onderzoek en technologische ontwikkeling; Integratie en versterking van de Europese Onderzoekruimte (2002-2006)

20 Gebaseerd op COM(2001) 723 def.: De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen.

21 COM(2002) 774 def.

22 COM(2002) 118 def.: Zich aanpassen aan de veranderingen in werk en samenleving: een nieuwe communautaire gezondheids- en veiligheidsstrategie 2002-2006.

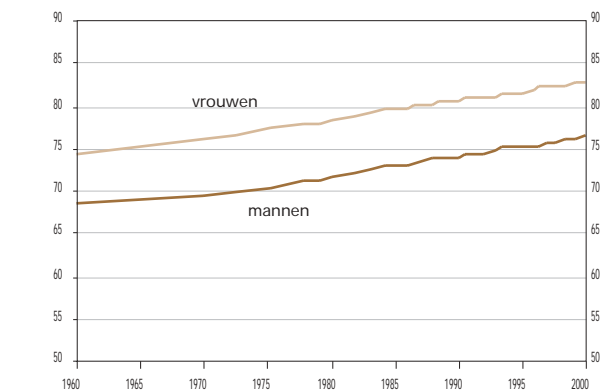
2.2 Bevolking en gezondheid

In de afgelopen tientallen jaren is de gezondheidstoestand van de burgers in alle EU-lidstaten verbeterd...

De gemiddelde gezondheidstoestand van de EU-burger wordt beter. In 2000 was voor de EU-15 de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte 78 (75 voor mannen, 81 voor vrouwen). Deze ligt hoger dan in de VS (74 voor mannen, 80 voor vrouwen), maar lager dan in Japan (78 voor mannen, 84 voor vrouwen).

De levensverwachting bij de geboorte is niet alleen een sociale indicator, maar ook als economische indicator van belang. Uit onderzoek naar de macro-economische aspecten van gezondheid blijkt dat de gezondheidstoestand een groot deel van het verschil in economische groeipercentages verklaart²³.

Grafiek 2 levensverwachting mannen en vrouwen in de EU-15, 1960-2000



Bron: Eurostat

De levensverwachting is in de twintigste eeuw toegenomen. In de eerste zestig jaar van de eeuw werd een toename met 25 jaar bereikt, terwijl daar in de laatste veertig jaar nog acht jaar bij kwam²⁴. De levensverwachting voor mannen steeg van 68 jaar in 1970 tot 75 jaar in 2000²⁵. In dezelfde periode steeg de levensverwachting voor vrouwen met zes jaar, van 75 jaar in 1970 tot 81 jaar in 2000.

De oorzaak van de lagere levensverwachting voor mannen is de grotere sterfte onder mannen van alle leeftijden, een bekend verschijnsel in alle lidstaten alsook de meeste andere landen in de wereld. Hoewel deze verschillen tussen mannen en vrouwen worden bepaald door biologische factoren, kunnen ze voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan sociale oorzaken en bepaalde 'levensstijl' patronen. Nu het gedrag van mannen en vrouwen in de EU meer gelijk wordt, beginnen de levensverwachtingen voor de beide seksen elkaar

te naderen. Deze ontwikkeling is reeds waargenomen op het niveau van de EU-15 (tussen 1990 en 2000 nam de levensverwachting bij de geboorte toe met 2,5 jaar voor mannen, terwijl dit voor vrouwen slechts 2 jaar was) en voor alle lidstaten behalve Griekenland, Spanje, Luxemburg en Portugal.

Ten gevolge van de toenemende levensverwachting in combinatie met veranderingen in de vruchtbaarheid wordt de EU-bevolking steeds ouder. Deze vergrijzing betekent dat het aantal ouderen groeit terwijl er relatief minder mensen in de actieve beroepsleeftijd (15-64) zijn. De demografische trends hebben economische en sociale gevolgen op een aantal gebieden, waaronder gezondheid en zorgstelsels.

Vanuit gezondheidszorgopzicht is een van de belangrijkste demografische trends de toenemende omvang van de groep zeer oude mensen (ouder dan 80). Tussen 2010 en 2030 zal deze groep met acht miljoen mensen, een toename van 44%, d.w.z. een groei die zelfs groter is dan de groei van de oudere bevolking in het algemeen. Thans hebben de meeste zeer oude mensen hulp en verzorging nodig, die formeel of informeel wordt aangeboden - in het laatste geval omvat dit zorg door familieleden, wat vooral voorkomt in de zuidelijke lidstaten. In de toekomst worden de huishoudens kleiner en is familie mogelijk minder goed in staat de toenemende zorgtaken op zich te nemen, waardoor de taken van zowel beroepsmatige thuisverzorgers als de mantelzorg aan belang winnen. Het vergrijzingsproces wordt gekenmerkt door een belangrijk man/vrouwaspect: vrouwen zullen de overgrote meerderheid van deze zeer oude mensen vormen. Naarmate de bevolking vergrijst, gaan de gezondheidsproblemen van vrouwen aanmerkelijk meer invloed hebben op het patroon van aandoeningen die behandeling en een aanpak behoeven.

... met als gevolg nieuwe patronen in de trend van het sterfte- en ziektecijfer.

Naarmate mensen langer leven, schuiven ziekte en sterfte op naar een steeds hogere leeftijd. De belangrijkste doodsoorzaken zijn hart- en vaatziekten (circa 40% van de sterfgevallen), kanker (een kwart van de sterfgevallen), aandoeningen aan de luchtwegen, spijsverteringsaandoeningen en externe oorzaken van letsel en vergiftiging, waaronder (auto-)ongevallen²⁵. Een op de vijf sterfgevallen wordt veroorzaakt door een te voorkomen ziekte. Dit algemene patroon is echter verschillend voor de seksen en, in het bijzonder, leeftijds-groepen. De sterfte in het eerste levensjaar is in de afgelopen tientallen jaren in alle lidstaten afgenomen; de huidige cijfers hier behoren tot de laagste ter wereld. Gezien de restverschillen in kindersterfte tussen sociale groepen en landstrekken is er niettemin ruimte voor verdere verbetering. Aangezien de kindersterfte echter heden ten dage uiterst laag is, is een verdere toename van de levensverwachting nu afhankelijk van het terugbrengen van het ziekte- en sterfecijfer onder ouderen.

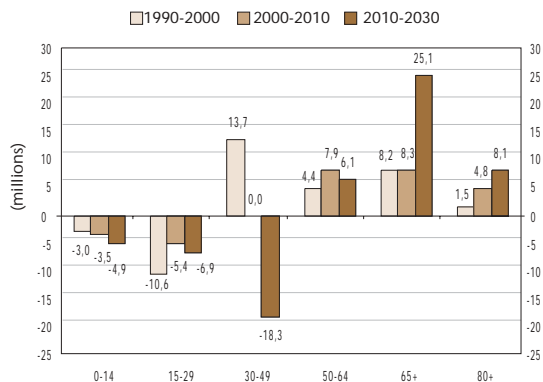
23 Verslag van de Commissie over macro-economie en gezondheid, voorzitter Jeffrey D. Sachs (2001): Macroeconomics and health: investing in health for economic development. WHO, Genève (p. 24): "Meer in het bijzonder wordt elke verbetering van de levensverwachting bij de geboorte met 10 procent in verband gebracht met een toename van de economische groei met minimaal 0,3 à 0,4 procentpunt per jaar, bij onveranderde andere groeifactoren".

24 De vertraagde toename wordt gedeeltelijk verklaard door de aard van de indicator. Voor een gegeven jaar is de levensverwachting de gemiddelde leeftijd die een pasgeboren kind naar verwachting zal bereiken indien het sterftecijfer voor het betreffende jaar hetzelfde blijft. Aangezien het totale aantal levensjaren dat iemand die in het eerste levensjaar komt te overlijden, verliest, veel groter is dan bijvoorbeeld het aantal verloren jaren van een persoon die op 65-jarige leeftijd komt te overlijden, is de levensverwachting gevoeliger voor een afname van de zuigelingssterfte dan voor een langer wordende levensduur bij een hogere leeftijd.

25 In enkele zuidelijke lidstaten stakte de toename van de levensverwachting voor mannen echter in de tweede helft van de jaren tachtig en begin van de jaren negentig tengevolge van de toegenomen sterfte door aids en verkeersongelukken, die vooral jonge mannen trof.

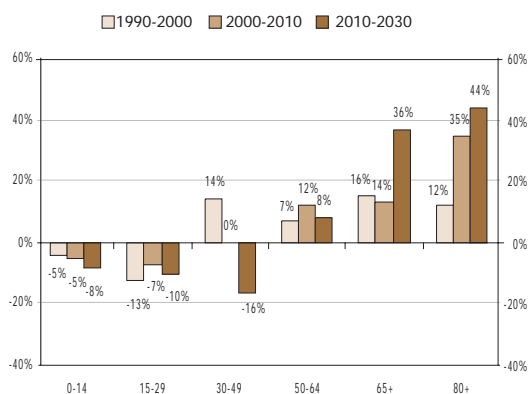
26 Bron: Eurostat. Zie ook het verslag van DG Gezondheids- en consumentenbescherming "De gezondheidstoestand van de Europese bevolking" EG 2001.

Grafiek 3 Verschuivingen in de bevolkingsopbouw van de EU als geheel per leeftijdsgroep (in miljoenen), EU-15



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

Grafiek 4 Verschuivingen in de bevolkingsopbouw van de EU als geheel per leeftijdsgroep (in %), EU-15



Bron: Eurostat

De voornaamste morbiditeitsoorzaken zijn neurodegeneratieve aandoeningen (zoals de ziekte van Alzheimer en dementie), letsel, hart- en vaatziekten, aandoeningen van gewrichten en spieren en kanker²⁷. Aangezien deze aandoeningen grotendeels duidelijk leeftijdsgebonden zijn, zal de vergrijzing gevolgen hebben voor het morbiditeitspatroon en de behoefte aan gezondheidszorg. Ook psychische gezondheidsproblemen nemen sterk toe. In de EU is ongeveer een kwart van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te wijten aan een psychische ziekte.

Ook in de toetredende landen en de kandidaat-lidstaten verbetert de gezondheidstoestand.

Ook in de toetredende landen stijgt het gezondheidsniveau, maar in de meeste gevallen is het lager dan in de huidige EU-lidstaten. Er bestaan grote verschillen tussen de toetredende landen en de kandidaat-lidstaten. Malta en Cyprus scoren het beste (vergelijkbaar met of beter dan sommige bestaande lid-

staten), gevolgd door Slovenië, terwijl in de Baltische staten, Roemenië, Bulgarije en Turkije een slechtere gezondheidssituatie heerst. Deze komt tot uiting in een grotere kindersterfte en een lagere levensverwachting alsook het vaker voorkomen van niet-besmettelijke ziekten (in het bijzonder hartaandoeningen, hart- en vaatziekten en kanker), besmettelijke ziekten (waaronder in sommige landen seksueel overdraagbare aandoeningen en tuberculose) en onnatuurlijke dood.

De trends van de arbeidsongeschiktheid in de toekomst zal meer samenhangen met ouderdom risico's.

Een typisch aspect van het menselijk leven is dat het aantal functionele handicaps van verschillende aard gewoonlijk toeneemt met de leeftijd. Ziekte, een riskante levensstijl, ongelukken en sociaal-economische factoren veroorzaken tezamen een 'ongeschiktmakings'proces dat met het verstrijken van de tijd voortschrijdt. Het is daarom niet verbazingwekkend dat jongeren 5% van de mensen met een handicap uitmaken, terwijl dit voor mensen in de actieve beroepsleeftijd 46% is en de resterende 49% van de mensen die een handicap zeggen te hebben, ouder dan 60 jaar is (Volgens gegevens van het EG-huishoudpaneel). Met het toenemen van de levensverwachting komen ook een verminderd zicht en gehoor vaker voor, evenals neurologische aandoeningen als de ziekte van Alzheimer en dementie. Toekomstige ontwikkeling van de leeftijdsspecifieke risico's van functiebelemmeringen zullen een sleutelfactor zijn voor het aantal ouderen dat hulp en verzorging nodig heeft.

2.3 Determinanten van de volksgezondheid

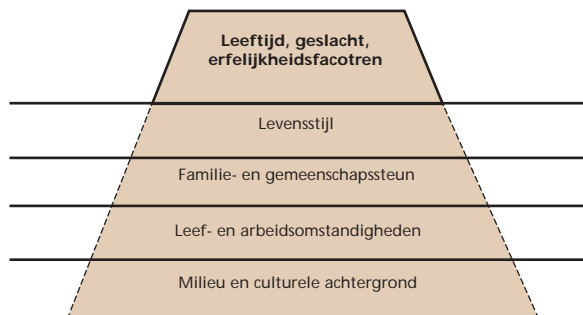
Ontwikkelingen in de gezondheid worden sterk bepaald door omgevingsfactoren...

Europeanen hebben te maken met gezondheidsrisico's in hun natuurlijke milieu die in zeer sterke mate zijn te wijten aan de heersende levenspatronen en het bijbehorende gebruik van hulpbronnen. De menselijke gezondheid is afhankelijk van de beschikbaarheid van kwaliteits voedsel, water, lucht en behuizing. Daarnaast wordt zij beïnvloed door lawaai, verkeersoverlast en ongelukken en inadequate riolering. Door de snelle verstedelijking zijn in veel steden specifieke problemen ontstaan met als gevolg luchtvervuiling en onaanvaardbare woonomstandigheden. Andere gezondheidsproblemen houden verband met besmet water en voedsel, waardoor overdraagbare ziekten ontstaan. Tegen deze nadelige effecten wordt echter voortdurend actie ondernomen door stadsvernieuwing, verbetering van de infrastructuur, toezicht op verontreinigende stoffen en aanscherping van de voedselveiligheidsmaatregelen die ervoor hebben gezorgd dat zij minder vaak voorkomen.

In de afgelopen tien jaar is de luchtvervuiling in de Midden- en Oost-Europese steden afgenomen door allerlei technische maatregelen en vanwege de economische stagnatie. De woonomstandigheden daarentegen blijven achter bij de West-Europese normen en er ontstaan zeer grote verkeersproblemen.

27 Bron: Eurostat. Zie ook het verslag van DG Gezondheids- en consumentenbescherming "De gezondheidstoestand van de Europese bevolking" EG 2001

Grafiek 5 Belangrijkste determinanten van de gezondheid²⁸



...sociaal-economische factoren...

Er bestaat een duidelijk verband tussen gezondheid en sociaal-economische status. Dit begrip wordt gewoonlijk omschreven aan de hand van een aantal met elkaar verbonden indicatoren, zoals beroepsprestige, geslacht en onderwijsniveau, inkomen en vermogen. Voor het individu bepaalt de sociaal-economische status de bereikbaarheid van sociale en materiële middelen alsmede de blootstelling aan gezondheidsrisico's.

Op individueel niveau lijkt onderwijs de maatschappelijke vaardigheden te bevorderen, individuele kansen te vergroten, zelfvertrouwen te geven, vaardigheden en capaciteiten te vergroten en een gezondere levensstijl te bevorderen, doordat het de aandacht voor de risico's doet toenemen. Volgens de Eurobarometer beoordeelt slechts de helft van degenen die minder dan hoger middelbaar onderwijs hebben genoten, zijn gezondheid als "goed" of "zeer goed", tegen bijna 75% van degenen die hoger onderwijs hebben genoten.

Zowel werkgelegenheid als werkloosheid zijn van belang voor de gezondheidstoestand. Het is gebleken dat een hoge arbeidsparticipatie, of weinig werkloosheid, in combinatie met een gemiddeld grote welvarendheid van een land de sterfte na verloop van tijd sterk terugdringt²⁹. Bovendien wijzen veel onderzoeken op individueel niveau op een duidelijke samenhang tussen werkloosheid en ziekte of een handicap, zowel in lichamelijk als geestelijk opzicht. Werklozen zeggen veel vaker in slechte gezondheid te verkeren en gaan veel vaker naar de dokter. Mensen zonder werk lopen een grotere kans om te overlijden dan mensen met vast werk. Jonge werklozen plegen vaker zelfmoord. Sociale netwerken en informeel werk kunnen het negatieve effect van het verlies van arbeidsplaatsen echter wel verlichten. In sommige lidstaten is dit 'buffer' effect veel uitgesprokener dan in andere. Globaal heeft arbeid een positief effect op levensduur en gezondheid, mits het werk van goede kwaliteit betreft. Er is aangetoond dat werk van slechte kwaliteit specifieke beroepsgerelateerde gezondheidsproblemen (ongevallen, let-

sel en beroepsziekten) veroorzaakt. De voornaamste werkgerelateerde gezondheidsproblemen betreffen aandoeningen van gewrichten en spieren, gevolgd door stress en vervolgens longaandoeningen en hart- en vaataandoeningen. De bedrijfstak, het beroep, het soort arbeidscontract (tijdelijk) of het tijdstip van het werk (ploegenarbeid), de leeftijd en het geslacht zijn van invloed op de prevalentie en incidentie van ziekten. Hoewel vrouwen 46% van de beroepsbevolking uitmaken, is het percentage vrouwen dat aan een beroepsziekte lijdt, gemiddeld 18%; hierin komen echter ook verschillen in het aantal gewerkte uren tot uitdrukking.

Een baan van een slechte kwaliteit brengt aanzienlijke kosten met zich mee. Er dient te worden gekeken naar de kosten van preventieve en curatieve gezondheidszorg in verhouding tot het aantal werkdagen dat is verloren wegens werkgerelateerde ongevallen en gezondheidsproblemen en het daaruit volgende verlies van productie en inkomsten. In 1998/99 waren in de EU ongevallen en werkgerelateerde gezondheidsproblemen de oorzaak van in totaal 500 miljoen verloren werkdagen.

In de toetredende landen is een groter deel van de werknemers van mening dat hun werk een risico is voor hun gezondheid en veiligheid: 40%, vergeleken met 27% in de EU³⁰. Werkgerelateerde problemen, in het bijzonder algemene vermoeidheid en aandoeningen van gewrichten en spieren, worden vaker genoemd in deze landen. Het stelsel voor gezondheid en veiligheid op het werk in de toetredende landen moet worden aangepast aan de Europese wetgeving. In veel van deze landen is er niet veel te merken van een driepartijen model, zodat het nog een hele uitdaging blijft om te zorgen voor inbreng van werknemers en werkgevers waarmee het systeem kan worden verbeterd.

...en de omvang en kwaliteit van sociale netwerken.

Sociale steun is van belang voor gezondheid en is vooral van doorslaggevende betekenis voor een goede gezondheid aan begin en einde van de levenscyclus. Sociale netwerken – bestaande uit gezinsleden, familieleden, collega's en vrienden – helpen de gezondheid van individuen te beschermen en versterken. Zij remmen afwijkend gedrag en de meeste factoren die verband houden met de levensstijl. Zij kunnen de toegang tot gezondheid en diensten vergemakkelijken, verschaffen veel informele zorg en helpen de uitwerking van negatieve gebeurtenissen te verminderen.

In alle lidstaten is het gezin nog altijd de basis van zorg voor en steun aan zowel kinderen als volwassenen. Ook wordt de taak van de familie bij zorgverschaffing gezien als belangrijk en positief. Momenteel besteedt 6% van de Europeanen een groot deel van zijn tijd aan het verschaffen van langdurige zorg aan ouderen of volwassenen in de actieve beroepsleeftijd die ziek zijn of een handicap hebben. De mate waarin gezinnen in de toekomst langdurige zorg kunnen verstrekken, wordt beïnvloed door ontwikkelingen in de arbeidsdeelname van vrouwen en de toenemende instabiliteit van de gezinsstructuur. In alle lidstaten wordt een ontwikkeling waargenomen die leidt tot kleinere huishoudens en een toe-

28 Deze figuur is tot stand gekomen op basis van het werk van Dahlgren en Whitehead (zie Dahlgren and Whitehead: Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm, 1191).

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", Europese Commissie, DG Werkgelegenheid, arbeidsverhoudingen en sociale zaken.

30 Onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in de toetredende landen, 2001 – Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden.

name van het aantal alleenwonenden. Uit scenario's voor de EU-15 blijkt dat in 2020 46% van de mensen van 85 jaar en ouder, van wie 80% vrouw is, alleen woont. Daardoor heeft waarschijnlijk een groeiend aantal ouderen formele zorgvoorzieningen nodig, ook al blijven de handicaps op oudere leeftijd afnemen.

Bij strategieën ter bevordering van gezond gedrag dient een grote verscheidenheid aan deelnemers in sterke mate te worden betrokken. Voor meer aandacht voor en een betere kennis van de gezondheidsrisico's is een balans nodig tussen actie van de overheid, de sociale omgeving en het individu. Daarnaast speelt het potentieel van actie vanuit de bevolking door niet-gouvernementele organisaties, lokale groepen en andere groepen mensen, een grotere rol en verdeint daarom de nodige aandacht.

Recente ontwikkelingen op het gebied van maatschappelijke uitsluiting betekenen een nieuwe uitdaging voor het terugdringen van ongelijkheid in gezondheid.

In arme landen lijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen de hoogte van het inkomen en sterfte. Een betere gezondheid wordt vaak in verband gebracht met een hoger inkomen. Dit verband is minder sterk aanwezig in rijkere landen, waar het sterfjepatroon lijkt te zijn gerelateerd aan inkomensongelijkheid. Dit komt voornamelijk doordat een laag inkomen en armoede in verband worden gebracht met slechte levens- en werkomstandigheden en een slechte levensstijl. Arme mensen omschrijven hun gezondheid veel vaker als slecht tot zeer slecht in de meeste lidstaten en maken melding van een grote mate van sociale isolatie, minder potentiële steun en minder beschikbaarheid van informele zorg.

Een laag inkomen en armoede kunnen een minder goede toegang tot preventieve (bijv. spreekuur) en curatieve (bijv. medicatie, ziekenhuisopname) gezondheidszorg van voldoende kwaliteit (bijv. behandeling, communicatie en nazorg) met zich meebrengen. De hogere inkomensgroepen maken vaker gebruik van de diensten van specialisten, terwijl mensen met een lager inkomen vaker zorg van de huisarts krijgen³¹. Juist wanneer er ook sprake is van armoede binnen de maatschappij wordt de gezondheid beter door minder inkomensongelijkheid. Voor het beleid betekent dit dat armoedebestrijding en het wegnemen van belemmeringen voor de toegang tot het gezondheidszorgstelsel belangrijke gezondheidskwesties zijn.

Ook de gezondheidsrisico's van diverse levensstijlen brengen nieuwe uitdagingen met zich mee...

De levensstijl is van grote invloed op de gezondheidstoestand. Een aantal ernstige, groeiende gezondheidsproblemen met epidemische proporties houdt verband met een ongezonde levensstijl die te maken heeft met voeding, beweging en misbruik van alcohol, tabak en drugs. Hierin kan verandering gebracht worden door openbare gezondheidscampagnes om mensen meer bewust te maken en door preventieve voorlichting.

Volgens het recentste WHO-rapport³² is tabak de voornaamste risicofactor en is ongeveer 12% van de totale last van ziekte en schade aan de gezondheid op tabaksgebruik terug te voeren. Het roken van tabak wordt in verband gebracht met een enorme reeks – soms fatale – aandoeningen, die anders vermeden hadden kunnen worden (cardiovasculaire aandoeningen, kanker en longaandoeningen). Eenderde van de totale bevolking van de EU-15 geeft aan regelmatig te roken. Roken komt in de EU-15 meer voor bij mannen dan bij vrouwen (40% en 28% respectievelijk) en het aantal rokers neemt toe, in het bijzonder onder jonge vrouwen. Uit gegevens voor Denemarken blijkt dat longkanker, een ziekte die in verband wordt gebracht met de grote tabaksconsumptie onder vrouwen, een van de oorzaken is van de relatief lage levensverwachting van Deense vrouwen³³.

Alcohol en bloeddruk zijn verantwoordelijk voor 9 à 10% van de voor ziektelast gecorrigeerde levensjaren³⁴, en cholesterol en lichaamsgewicht voor 6 à 7% van de voor ziektelast gecorrigeerde levensjaren voor beide seksen. Inadequate voeding, ofwel een slecht algemeen eetpatroon, heeft in sociaal-economisch opzicht ernstige gevolgen als oorzaak van gezondheidsgebreken met de nodige economische en sociale kosten. Eurostat-gegevens wijzen erop dat circa 17% van de volwassene in de EU te zwaar is en circa 6,5% zwaarlijvig is. Voor mensen die te zwaar of zwaarlijvig zijn, neemt het risico op een aantal chronische ziekten, zoals hart- en vaat-aandoeningen, bepaalde soorten kanker en type II-diabetes, toe. Zwaarlijvigheid komt steeds vaker voor, vooral onder kinderen.

... in het bijzonder voor jongeren...

De verbetering van de gezondheid van jongeren is niet in hetzelfde tempo verlopen als die van de maatschappij in het algemeen. Jongeren, in het bijzonder jonge mannen, hebben tegenwoordig te maken met een relatief hogere sterfte in verband met gedrag en levensstijl. Er is vaak sprake van drugsgebruik, waaronder alcoholmisbruik, bij het buitengewoon grote aantal sterfgevallen onder jongeren door externe oorzaken: voor jonge mannen tussen 15 en 30 jaar zijn dit voornamelijk auto-ongevallen, maar ook andere soorten onnatuurlijke dood, zoals zelfmoord, op een na de meest voorkomende doodsoorzaak voor jonge mannen. Verder komt het gebruik van drugs het vaakst voor onder jonge volwassenen, in het bijzonder mannen in een stedelijke omgeving. Onder jonge volwassenen komt het grofweg tweemaal zo vaak voor als onder alle volwassenen tezamen. Bovendien is seksueel gedrag, bijvoorbeeld ongewilde zwangerschap en het risico op besmetting met seksueel overdraagbare besmettingen - belangrijk voor de gezondheid van jongeren.

... en in de toetredende landen.

De problemen in verband met tabaksconsumptie zijn groot en het aantal rokers onder jonge mensen en vrouwen neemt alleen maar toe. Een andere factor die te maken heeft met levensstijl en een rol speelt bij veel doodsoorzaken, is alcoholconsumptie. In de toetredende landen in Midden- en

31 Het onderwerp toegang tot gezondheidszorg van goede kwaliteit, ook voor kwetsbare groepen, komt aan de orde in het gezamenlijke verslag over sociale integratie dat in december 2001 werd goedgekeurd in Laken.

32 Wereldgezondheidsrapport – 2002: Reducing risks, promoting healthy life.

33 Zie het verslag van DG Gezondheids- en consumentenbescherming "De gezondheidstoestand van de Europese bevolking" EG 2001

34 DALY (disability-adjusted life year) is een maat voor de ziektelast die rekening houdt met het aantal levensjaren verloren door vroegtijdig overlijden en aantal jaren verloren door ziekte van een bepaalde ernst en duur. Eén DALY verloren betekent m.a.w. één gezond levensjaar verloren.

Oost-Europa speelt alcohol waarschijnlijk een grotere rol in het buitensporige aantal gevallen van hartdood³⁵ en cirrose dan in de EU. Het sterftecijfer met als oorzaak letsels, in het bijzonder door verkeersongevallen, verdrinking en brand, en doodslag en zelfmoord is over het algemeen ook hoger in deze landen, hetgeen gedeeltelijk kan worden toegeschreven aan alcoholconsumptie patronen.

2.4 Gezondheidszorgstelsels

De gezondheidszorg is in alle lidstaten belangrijk voor de feitelijke gezondheid en de economie...

De gezondheidszorg is van belang om gezondheidsproblemen te bestrijden en levert een belangrijke bijdrage aan de feitelijke gezondheid. Bovendien heeft de sector gezondheidszorg en langdurige zorg veel gewicht in de economie en de werkgelegenheid. Gemiddeld bedraagt de werkgelegenheid in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening van de vijftien lidstaten bijna 10% van de totale werkgelegenheid. Daarbij is de gezondheidssector een uiterst dynamische en zich snel ontwikkelende economische sector die het potentieel heeft om in nog sterkere mate bij te dragen aan economische groei en werkgelegenheidskansen. De gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening hebben tussen 1995 en 2001 18% van de netto werkgelegenheid in de EU gecreëerd³⁶.

...en alle lidstaten staan ondanks grote verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg voor een gelijksoortige problematiek.

In de lidstaten worden de gezondheidszorgstelsels op heel verschillende manieren georganiseerd, geregeld, gefinancierd, beschikbaar gesteld en gebruikt. Niettemin bestaan er veel overeenkomsten met betrekking tot de problemen waarvoor binnen de gezondheidszorgstelsels oplossingen moeten worden gezocht. De vergrijzing vormt een gemeenschappelijke uitdaging van formaat. Als de gemeenschappelijke doelstelling die de lidstaten nastreven in hun gezondheidszorgbeleid, beschouwt men over het algemeen het zorgen dat een betaalbare gezondheidszorg van goede kwaliteit voor iedereen bereikbaar is, ook wanneer de vergrijzing haar hoogtepunt bereikt.

De lidstaten besteden veel geld aan de gezondheidszorg...

In 1999 lagen de totale gezondheidszorguitgaven tussen 10,3% van het BBP in Duitsland en 6,1% van het BBP in Luxemburg, waarbij het gewogen gemiddelde 8,4% bedroeg. De totale uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het bruto binnenlands product zijn momenteel het hoogst in Duitsland, gevolgd door Frankrijk en België. In de VS bedroegen de totale gezondheidsuitgaven in 2000 13% van het BBP, waarvan 44% overheidsuitgaven³⁷. In Canada liggen de cijfers dichterbij het EU-gemiddelde; daar bedragen de gezondheidszorguitgaven 9,1% van het BBP, waarvan 71% overheidsuitgaven.

De Europese gezondheidszorgstelsels kennen een combinatie van financieringsbronnen. In alle lidstaten wordt het meeste door de overheid betaald (gemiddeld 75%) uit belastingheffing en sociale ziekteverzekeringspremies. De particuliere uitgaven (eigen bijdragen en kosten particuliere ziektekostenverzekering) belopen minder dan 30% van de totale gezondheidszorguitgaven, behalve in Griekenland, Italië en Portugal. In de jaren negentig stegen de eigen bijdragen als percentage van de totale gezondheidszorguitgaven in de EU enigszins; in 1998 was het EU-gemiddelde 16%, wat een groter deel van de particuliere gezondheidszorguitgaven vormt dan de particuliere ziekteverzekeringspremies. In Italië en Portugal belopen de eigen bijdragen als percentage van de totale gezondheidszorguitgaven meer dan 30%. Het lijkt erop dat het verschuiven van kosten naar particuliere financieringsbronnen tegen de verwachting in de toename van de totale gezondheidszorguitgaven niet heeft beperkt.

...en aan de langdurige zorg.

Het is moeilijk vast te stellen wat de kosten van en nationale ontwikkelingen in de langdurige zorg (of derdelijnsgezondheidszorg) zijn, omdat deze diensten vaak over verschillende overheidsorganen en -begrotingen zijn verdeeld; doorgaans zijn dit de begroting voor volksgezondheid en voor sociale dienstverlening. De beste bestaande schattingen van de overheidsuitgaven aan langdurige zorg wijzen op een gewogen EU-gemiddelde van 1,3% van het BBP in 2000, lopend van 0,7% in Frankrijk, Italië en Oostenrijk tot en met 3% in Denemarken en 2,8% in Zweden³⁸.

De organisatie van de langdurige zorg varieert sterk in de verschillende lidstaten. Denemarken beschikt over een groot aantal bedden die zijn gereserveerd voor langdurige verpleging, terwijl dit aantal in de lidstaten in het Middellandse-Zeegebied ver beneden het EU-gemiddelde ligt, hetgeen verband houdt met de afwijkende rol die de familienetwerken spelen bij het geven van mantelzorg. In de sector vinden in een hoog tempo veranderingen plaats, aangezien de dienstverlening in de noordelijke en centrale lidstaten wordt gereorganiseerd of vernieuwd en in het zuiden wordt uitgebreid, deels vanwege de veranderingen in familiepatronen. Instellingen zonder winstoogmerk spelen een steeds grotere rol in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Binnen de gezondheidszorg is de balans tussen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg³⁹ stapsgewijs verschoven. Het gewicht van de tweedelijnsgezondheidszorg (hoofdzakelijk in het ziekenhuis opgenomen patiënten) is afgenomen, voornamelijk vanwege de vooruitgang en verbetering van de eerstelijns behandeling en dagbehandeling. Hierdoor is behoefte ontstaan aan meer spreiding van de dienstverlening in de gezondheidszorg en aan een nieuwe afstemming tussen de betrokkenen op nationaal, regionaal en lokaal niveau. De veranderende verhoudingen tussen de staat, de markt en de non-profitsector in de gezondheidszorg, waarbij voor de particuliere sector een steeds grotere rol is weggelegd, betekenen nieuwe problemen met betrekking tot het regelen en beheren van de dienstverlening in de zorg en het bereiken van de beoogde rechtvaardigheid.

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

36 Werkgelegenheid in Europa, 2002.

37 OESO-gegevens over gezondheid – 2002.

38 Budgetary Challenges posed by ageing populations – Comité voor economische politiek (2001).

De meeste lidstaten zorgen voor toegang voor allen...

In alle lidstaten geldt een universeel of nagenoeg universeel recht op gezondheidszorg. Dit kan worden gerekend onder de belangrijkste wapenfeiten van de EU in de afgelopen tientallen jaren. Nu in januari 2000 de universele dekking is ingevoerd in Frankrijk biedt dit land evenals Denemarken, Finland, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Portugal, Zweden en het VK een universele, wettelijk voorgeschreven ziektekostendekking, waardoor het risico op maatschappelijke uitsluiting van gezondheidszorg sterk wordt verkleind. Ter vergelijking: volgens schattingen beschikken 40 miljoen inwoners van de VS, ofwel 14% van de bevolking, niet over een ziektekostenverzekering⁴⁰.

Ondanks de universele of nagenoeg universele aard van de wettelijke ziekteverzekering bestaan in de lidstaten nog altijd toegangproblemen die hebben te maken met diverse hiaten in de dekking. Er zijn twee manieren waarop deze problemen zich voordoen: tengevolge van de uitsluiting van specifieke behandelingen van de wettelijke geregelde ziekteverzekering of doordat er steeds vaker sprake is van eigen bijdragen.

...en het opstellen van kwaliteitsnormen.

In de meeste lidstaten is voortgang geboekt bij het opstellen van kwaliteitsnormen voor de gezondheidszorg⁴¹. Dit blijkt echter op sommige terreinen lastig, bijvoorbeeld in het geval van poliklinische patiënten, en wat betreft de invoering van resultaatgebonden normen. De druk om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren, blijft toenemen, evenals de druk om de kosten in te dammen. Mede door het toenemende besef dat andere patiënten meebetalen aan uitgaven voor ondoelmatige technologieën wordt in het kader van de evaluatie van gezondheidstechnologieën vaker gevraagd dat een begrotingseffect en kosteneffectiviteit van maatregelen worden bewezen. In alle EU-landen vindt in een of andere vorm kwaliteitsbeoordeling van de geleverde gezondheidszorg plaats⁴².

In de toetredende landen en kandidaat-lidstaten zijn andere patronen waarneembaar.

Het percentage van het bruto binnenlands product dat de meeste toetredende landen en kandidaat-lidstaten uitgeven aan gezondheidszorg ligt onder het EU-gemiddelde. Het varieert van 2,6% in Roemenië tot ruim 8% in Malta. In de toetredende landen lijkt men naar verhouding snel geneigd tot ziekenhuisopname, hetgeen hoofdzakelijk is te wijten aan een onderontwikkelde eerstelijnszorg⁴³. In veel van deze landen is er echter minder medisch personeel per inwoner en zijn de ziekenhuisinfrastructuur en andere gezondheidszorginstellingen relatief slecht. Theoretisch is het recht op gezondheidszorg nog altijd universeel en is er in de meeste landen sprake van volledige dekking. In de praktijk is de

dienstverlening echter gerantsoeneerd en is inofficiële betaling niet ongewoon⁴⁴. In enkele toetredende landen bestaat er een zekere trend van privatisering van de dienstverlening in de gezondheidszorg. Een bijkomstig verschijnsel is dat er meer particuliere middelen worden besteed aan de gezondheid, zowel via eigen bijdragen als via risicodekking door particuliere ziekteverzekeraars.

2.5 Toekomstige uitdagingen voor de gezondheidszorgstelsels

De gezondheidszorg krijgt te maken met nieuwe uitdagingen in verband met hun financiële draagkracht, kwaliteit en toegankelijkheid vanwege hervorming van de samenleving en hogere verwachtingen...

De vraag naar gezondheidszorg en langdurige zorg is in de afgelopen decennia toegenomen, voornamelijk tengevolge van de voortgang die is geboekt in de technologieën en behandelingen en de hogere verwachtingen van de rijkere samenleving. Ook zullen de beleidsmakers een antwoord moeten vinden op de nieuwe, structurele trend van toenemende verwachtingen van de consumenten van gezondheidszorg. De veranderingen in levensstijl, werkpatronen, inkomens, onderwijsniveau en gezinsstructuur leiden tot een andere houding ten opzichte van de gezondheidszorg. De informatiemaatschappij geeft tevens aan iedereen met toegang tot het internet onmiddellijke toegang tot informatie over de recentste mogelijke behandelingen: websites over gezondheid behoren tot de sites met de grootste bezoekersaantallen. Tot de veranderende attitudes behoort het toegenomen bewustzijn van de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt, minder tolerantie van discriminatie en minder ontzag voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Er bestaan op grote schaal aanwijzingen voor een verlangen naar meer keuze en maatwerk in de dienstverlening, alsook toegang tot een grotere verscheidenheid aan medische behandelingen – waaronder behandelingen die traditioneel gezien geen deel uitmaken van het gezondheidszorgstelsel. Daarom is een juiste beoordeling van en antwoord op de onderliggende gezondheidsbehoeften van de bevolking belangrijk. Dit kan bijdragen tot het verdwijnen van ondoeltreffende, wellicht zelfs schadelijke gezondheidszorg.

... ontwikkelingen op het gebied van technologieën en geneswijzen...

De voortgang die is geboekt op het gebied van medische technologieën en behandelingen is mede oorzaak van de stijgende kosten van de afgelopen tientallen jaren. Met nieuwe technologieën kunnen de kosten van het behandelen van bepaalde ziekten worden teruggebracht. Aan de andere kant stijgen de uitgaven indien met deze technologieën aandoeningen worden behandeld waarvoor eerder

39 De tweedelijnsgezondheidszorg bestrijkt de intramurale zorg; de derdelijnsgezondheidszorg voorziet in langdurige zorg.

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

41 Voor een discussie over kwaliteitsnormen, zie de Mededeling van de Commissie "Gezondheids- en ouderenzorg: steun aan nationale strategieën met het oog op een hoog niveau van social participatie" (2003)

42 Een gedetailleerde discussie van de evaluatie van gezondheidstechnologieën is te vinden in deel 2.3 van de publicatie van DG Werkgelegenheid en Sociale Zaken "De Sociale Situatie in the EU 2003"

43 Zie Wallace C., Haerpfer C., Mateeva L. (Institute for advanced studies, Wenen). "Health and health care systems in the Applicant Countries" augustus 2002, p. 8

44 Het stelsel van sociale bescherming in de 13 kandidaat-lidstaten – een verslag aan de Europese Commissie, DG Werkgelegenheid en sociale zaken – november 2002.

geen behandeling of slechts een minder doeltreffende behandeling bestond, of indien zij worden voorgeschreven voor aandoeningen waarvoor goedkopere behandelalternatieven bestaan. De gevolgen van nieuwe technologieën voor de toekomstige gezondheidszorguitgaven zijn moeilijk voorspelbaar, maar een systematischere evaluatie van medische technologieën en behandelingen zou ervoor helpen zorgen dat toegenomen uitgaven slechts het gevolg zijn van echte vooruitgang en dat gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden voor besparingen. Een dergelijke evaluatie - en de verspreiding en uitvoering van de resultaten - is van groot belang voor de drie doelstellingen toegang, kwaliteit en levensvatbaarheid. Vaststellen van vooruitgang hangt in zeer grote mate af van de kwaliteit van de gegevens met betrekking tot de gezondheid. Op EU-niveau kunnen nog altijd zeer zwakke punten worden waargenomen, zowel met betrekking tot de beschikbaarheid van gegevens als de normalisering van definities en methoden voor het verzamelen van gegevens.

Zoals in de meeste andere economische sectoren is ook in het gezondheidszorgstelsel informatie- en communicatietechnologie (ICT) ingevoerd. Een aanzienlijke verbetering van de organisatie van de dienstverlening in de gezondheidszorg is hiermee mogelijk. Sommige gezondheidszorginstanties geven aan momenteel 20% van hun investeringsbegroting voor materieel te besteden aan ICT. Door de verbreiding van ICT kunnen minder bevoorrechte groepen te maken krijgen met nieuwe belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg van goede kwaliteit indien de patiënt hiervoor dient te beschikken over bepaalde computervaardigheden.

...vergrijzing van de bevolking...

Tengevolge van het langdurig lage geboortecijfer en de stijgende levensverwachting vergrijst de Europese bevolking⁴⁵. In de komende tien tot vijftien jaar gaan de eerste geboortegolfcohorten met pensioen, hetgeen aanvankelijk zal leiden tot hogere pensioenuitgaven. Tien jaar later, wanneer deze groepen beginnen aan hun vierde levensfase, zal de enorme omvang van deze groepen mensen waarschijnlijk leiden tot een grotere behoefte aan dienstverlening in de gezondheidszorg en in het bijzonder de langdurige zorg. De vraag naar zorg zal echter aanzienlijk afhangen van de doeltreffendheid van eerdere en toekomstige strategieën ter bevordering van de gezondheid.

De gevolgen van de vergrijzing voor de gezondheidszorgkosten in de toekomst zijn moeilijk te voorspellen. Zij hebben betrekking op zowel de vraag naar als het aanbod van gezondheidszorg en houden duidelijk verband met leven-

somstandigheden, levensstijl, steun van familie en de sociaal-economische situatie. De demografische ontwikkeling die voor de gezondheidszorg het belangrijkste is, is het groeiende aantal zeer oude mensen (ouder dan 80 jaar) in een context waarin de huishoudens kleiner worden en de familie mogelijk in mindere mate in staat of bereid is om te voorzien in de zorgbehoefte. Enerzijds zal het gezondheidszorgstelsel moeten worden aangepast aan de veranderingen in het patroon van ziekte en zorgbehoefte, waarbij de geriatrie en de behandeling van chronische aandoeningen toenemen in omvang en belang. Anderzijds zal men zich er binnen het officiële gezondheidsstelsel op moeten voorbereiden dat er een situatie ontstaat waarin men een veel groter deel van de zorgbehoefte voor zijn rekening moet nemen, daar in veel lidstaten de rol die de familie speelt bij het bieden van zorg, kleiner wordt. Daarbij komt dat, ofschoon het percentage zeer oude mensen dat langdurige zorg behoeft mogelijk daalt tengevolge van een betere gezondheid en minder handicaps, deze groep in absolute aantallen waarschijnlijk blijft groeien.

...en vergrijzing van het medische personeel.

De problemen bij het aantrekken en behouden van medisch personeel waarmee sommige lidstaten al te maken hebben, verscherpen waarschijnlijk door de algemene trend van vergrijzing en afname van het arbeidspotentieel binnen deze sector, waardoor de concurrentie in de strijd om personeel zal toenemen. Beide ontwikkelingen kunnen een kostenstijging met zich mee brengen. Derhalve zal de gezondheidszorg moeten worden aangepast aan de invloed die de vergrijzing heeft op zowel het personeel als de cliëntele. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegkundigen: in zeven lidstaten is 40% van de verpleegkundigen al ouder dan 45 jaar en in vijf andere lidstaten heeft al bijna de helft van de verpleegkundigen deze leeftijd bereikt. Er bestaan nog twee factoren die duidelijk bijdragen aan het gebrek aan verpleegkundigen: een wervingsstop afgewisseld met een inhaal wervingsinspanning en vooral ook de veeleisende werkomstandigheden in combinatie met een bescheiden beloning, met als gevolg een groter personeelsverloop. De werving van immigranten om de tekorten op te vullen in deze sector zal in belang toenemen.

Door de uitbreiding ontstaan mogelijk nieuwe personeelsproblemen. Wanneer het vrije verkeer van personen volledig van toepassing is op de toetredende landen, ontstaan hierdoor mogelijk andere problemen voor de medische zorg en dienstverlening in deze landen, omdat mensen wellicht in andere lidstaten behandeld willen worden en medisch personeel wellicht afkomt op de hogere lonen in de huidige EU-landen.

45 Volgens verwachtingen die zijn gebaseerd op het demografische nulscenario van Eurostat zou ten gevolge van de veranderingen in de leeftijdsverdeling van de bevolking in de komende kwart eeuw de omvang van de totale gezondheidszorguitgaven, onder overigens gelijke omstandigheden, in de EU gemiddeld reëel kunnen toenemen met bijna 0,6% per jaar. Volgens een schatting van het Comité voor economische politiek zou bovendien deze door de vergrijzing veroorzaakte toename van overheidsuitgaven aan gezondheidszorg en langdurige zorg in de periode 2000-2050 kunnen oplopen tot 2 à 3 procentpunt van het BBP. Tegenover deze verwachtingen dient echter enige voorzichtigheid te worden betracht, daar zij betrekking hebben op zeer lange tijdsperiodes en steunen op bepaalde aannamen betreffende toekomstige economische en gedragstrends.

In reactie daarop is in de gezondheidszorg een proces van voortdurende verandering nodig evenals een betere synergie met ander beleid.

Het gecombineerde gevolg van technologische vooruitgang, stijgende inkomens en verwachtingen en vergrijzing brengt structureel stijgende gezondheidszorguitgaven met zich mee. Daarom moet het toekomstige gezondheidsbeleid er in de eerste plaats op gericht zijn dat de zorginstellingen zo doeltreffend en kosteneffectief gaan werken dat de houdbaarheid van algemeen toegankelijke gezondheidszorg en langdurige zorg van goede kwaliteit geen gevaar loopt, zelfs wanneer deze trends zich aandienen. Dit vraagt om krachtige maatregelen voor beter bestuur en effectbeoordeling ten aanzien van de maatregelen, behandelingen en technologieën in de gezondheidszorg.

De vergrijzing zal leiden tot meer druk op de diensten in de gezondheidszorg en de langdurige zorg. De beleidsmakers en -uitvoerders moeten inspelen op sprongsgewijs veranderende ziektepatronen en voorzien in de personeelsbehoefte en zij moeten de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid op de langere termijn handhaven, wat een complexe mengeling van uitdagingen betekent.

Zoals hierboven bleek bestaan in alle lidstaten bestaan sterke verbanden tussen sociaal-economische factoren (te weten onderwijsniveau, gezinspatronen, ongelijkheid tussen vrouwen en mannen, inkomen en arbeid) en gezondheid en is er nog altijd sprake van grote gezondheidsverschillen. Hoewel deze verschillen niet volledig los staan van de aard van het gezondheidszorgstelsel, worden zij primair in verband gebracht met de verschillen in bredere zin in de sociaal-economische gezondheidsdeterminanten. Op basis daarvan zou men kunnen stellen dat beleid dat de arbeidsparticipatie bevordert, de kwaliteit van banen verbetert of verschillen verkleint, zou kunnen leiden tot grote verbeteringen in de gezondheidssituatie van de bevolking. Sterker nog, een van de conclusies van dit verslag is dat naast gezondheidsbeleid ook sociaal en werkgelegenheidsbeleid in combinatie met economisch beleid een grote bijdrage kunnen leveren aan het ontstaan en behoud van een goede gezondheid. Nog een grote uitdaging zal daarom zijn het zoeken van manieren om beter gebruik te maken van de synergie tussen gezondheidsbeleid en ander beleid dat van invloed is op de sociaal-economische determinanten en omgevingsdeterminanten van gezondheid, teneinde te zorgen voor goede, gezonde levensomstandigheden voor alle Europeanen gedurende alle fasen van hun levenscyclus⁴⁶.

46 Mededeling van de Commissie over effectbeoordeling (COM(2002) 276) def. Is hier relevant.

3 De veerkracht van het Europees Sociaal Model

In 1993, toen de Europese Raad van Kopenhagen zich de vraag stelde waarom het groeipotentieel, het concurrentievermogen en de werkgelegenheid achterbleven bij andere grote economieën, werd van verscheidene kanten geopperd dat de zwakkere prestaties het gevolg waren van fundamenteel zwakke punten in het bestaande Europees maatschappijmodel. Anderen stelden dat de grondbeginselen van het Europees sociaal model volledig verenigbaar zouden zijn met inspanningen om de algemene prestaties van de Unie aanzienlijk te verbeteren. Nu, tien jaar later, lijken de indicatoren die zijn verzameld voor dit verslag over de sociale situatie in de Europese Unie te bevestigen dat de Unie en haar lidstaten er goed aan hebben gedaan een benadering te kiezen die is gericht op het bewaren van de solidariteit en sociale cohesie⁴⁷.

Uit de indicatoren voor de werkgelegenheid, het onderwijs, de gezondheid en het algemene welzijn die verspreid over dit verslag zijn te vinden, blijkt over het algemeen dat er behoorlijke voortgang is geboekt en dat Europa even goed als andere grote economieën in staat is goede levensomstandigheden te bieden voor de grote meerderheid van zijn burgers.

In de afgelopen tien jaar zijn werkgelegenheidsbevordering en modernisering van de sociale bescherming in toenemende mate gaan behoren tot de hoofdprioriteiten die centraal staan in de algemene strategie van de Unie. In de lidstaten hebben de arbeidsparticipatie en het sociaal beleid een snelle ontwikkeling doorgemaakt, waarbij achterstanden werden weggewerkt en convergentie ontstond. Daardoor zijn wij geen getuige geweest van het verdwijnen van de Europese aanpak, die is gebaseerd op marktdynamiek gekoppeld aan overheidsinspanningen, maar van een versteviging en verdere ontwikkeling van het Europees sociaal model.

Algemeen wordt nu ingezien dat sociaal beleid van goede kwaliteit gericht op de ondersteuning van de werkgelegenheid, de economische prestaties kan verbeteren. De gezondheidszorg is een goed voorbeeld van deze synergie

tussen de sociale en de economische dimensie. Enerzijds draagt de gezondheidszorgsector bij aan de levenskwaliteit; een betere gezondheid wordt omgezet in betere economische prestaties (grotere productiviteit, minder verzuim, minder behoefte aan gezondheidszorg enz.). Anderzijds stimuleert de ontwikkeling van deze sector de groei van de werkgelegenheid. Tussen 1995 en 2001 kwamen er in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening meer dan 2 miljoen banen bij, ofwel 18% van het totale aantal gecreëerde banen. Deze sector is nu goed voor bijna 10% van de totale werkgelegenheid.

Zoals wordt benadrukt in het syntheseverslag van dit jaar⁴⁸, zijn de lidstaten die het best scoren op alle cruciale indicatoren, de lidstaten waar de uitgangspunten van de actieve verzorgingsstaat met de grootste consequentheid en inzet in praktijk worden gebracht. De prestaties van deze lidstaten tonen aan dat er mogelijkheden bestaan voor verdere vooruitgang, waar in de komende jaren beter gebruik van moet worden gemaakt. De Europese werkgelegenheidsstrategie en de nieuwe processen inzake de modernisering van de sociale bescherming en de bevordering van sociale integratie zijn opgezet om alle lidstaten in staat te stellen te putten uit de gemeenschappelijke schat aan kennis inzake de wijze waarop Europa kan komen tot meer economische en sociale duurzaamheid.

Vanzelfsprekend bestaan er nog altijd aanzienlijke problemen. Bovendien heeft de Unie de komende tien jaar waarschijnlijk met nog grotere problemen te kampen dan in de afgelopen tien jaar. Verontrustend zijn bijvoorbeeld nog steeds de trends met betrekking tot de jongerengeneratie die op diverse plaatsen in dit verslag over de sociale situatie nadruk hebben gekregen: aanhoudende werkloosheid, specifieke doodsoorzaken en arbeidsongevallencijfers en het ontbreken van een beroepsopleiding. Ook hardnekkige armoedefuiken geven aanleiding tot bezorgdheid. Toch is, zoals de lidstaten met de beste resultaten aantonen, de beste manier om resultaten te boeken het verbeteren en moderniseren van het functioneren van het Europees sociaal model.

47 Groei, concurrentievermogen, werkgelegenheid - naar de 21e eeuw: wegen en uitdagingen, Commissiewitboek, COM(1993) 700 def.

48 Kiezen voor groei: Kennis, innovatie en banen in een hechte samenleving - Verslag voor de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad van 21 maart 2003 over de strategie van Lissabon inzake economische, sociale en ecologische vernieuwing, COM(2003) 005 def.

Bijlagen

Vergrijzing

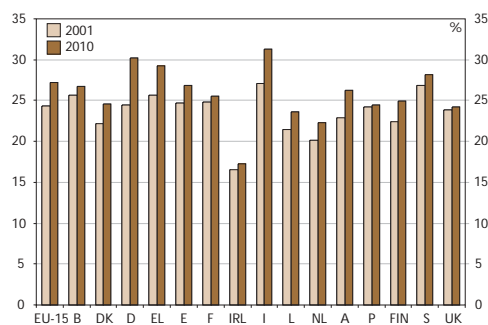
In 2001 telde de EU 62 miljoen 65-plussers, tegen slechts 34 miljoen in 1960. Ouderen maken thans 16% uit van de totale bevolking en 24% van de bevolking in de werkende leeftijd (15-64 jaar). Verwacht wordt dat dit laatste percentage in 2010 opgelopen zal zijn tot 27%. De komende vijftien jaar zal het aantal "zeer oude" mensen van 80 jaar en ouder met bijna 50% toenemen.

Kernindicator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Grijze druk (65-plussers als percentage van de bevolking in de werkende leeftijd (15-64) op 1 januari)																
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

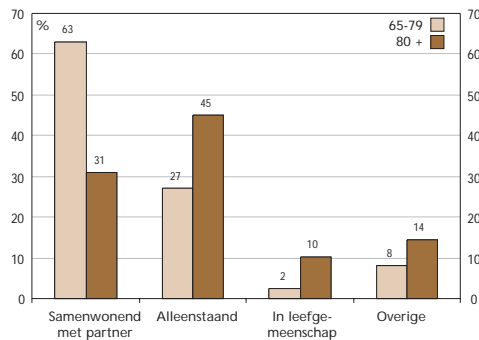
Bron: Eurostat - Bevolkingsstatistieken

Grafiek 6 Grijze druk, 2001 en 2010



Bron: Eurostat - Bevolkingsstatistieken. EU-15, EL en UK gegevens over 2000.

Grafiek 7 Ouderen naar leefvorm en leeftijd, EU-15, 2010



Bron: Eurostat - Basishuishoudscenario's (basis 1995)

Migratie en asiel

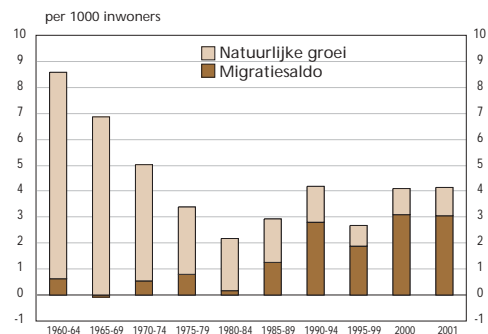
Sinds 1989 is het migratiesaldo de belangrijkste component van de jaarlijkse bevolkingsontwikkeling in de Unie. In 2001 bedroeg het jaarlijkse migratiesaldo 3,1 per 1000 inwoners, wat overeenkomt met ongeveer 74% van de totale bevolkingstoename. In 2000 was zo'n 5% van de EU-bevolking buitenlander (3,4% van buiten de EU en 1,5% uit een andere lidstaat) en werden er in de vijftien lidstaten iets meer dan 363.000 asielaanvragen ingediend.

Kernindicator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Migratiesaldo (per 1000 inwoners)																
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
Gemiddeld migratiesaldo per jaar																
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

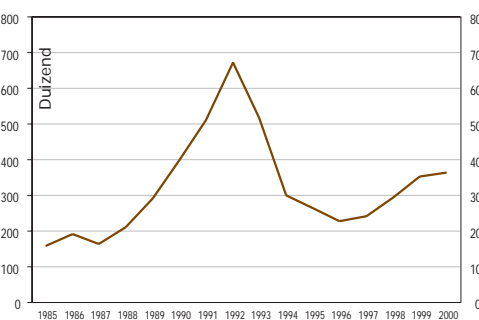
Bron: Eurostat - Bevolkingsstatistieken

Grafiek 8 Gemiddelde jaarlijkse bevolkingsontwikkeling naar component, EU-15, 1960-2001



Bron: Eurostat - Bevolkingsstatistieken

Grafiek 9 Asielaanvragen, EU-15, 1985-2000



Bron: Eurostat - Migratiestatistieken

Onderwijs en zijn effecten

Het onderwijsniveau van de bevolking is de afgelopen dertig jaar sterk verbeterd, vooral onder vrouwen. Tegenwoordig heeft meer dan 75% van de jongeren van 25-29 jaar in de Unie een diploma hoger middelbaar onderwijs. Maar nog altijd verlaat 19% van de 18-24-jarigen het onderwijssysteem met hooguit lager middelbaar onderwijs.

Kernindicator

Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen (Percentage 18-24-jarigen met slechts lager middelbaar onderwijs (ISCED 0-2) dat geen verder onderwijs of opleiding volgt)

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

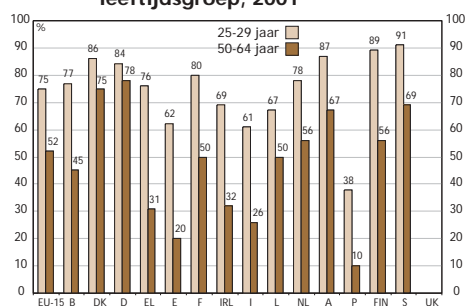
Bevolking van 18-24 jaar naar activiteit (%), 2001

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

NB: IRL, gegevens over 1997. UK - De gegevens over vroegtijdige schoolverlaters worden niet getoond. Er moet nog overeenstemming worden bereikt over de definitie van "hoger middelbaar onderwijs".

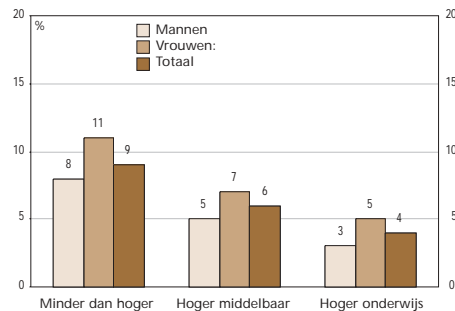
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Grafiek 10 Percentage van de bevolking met ten minste hoger middelbaar onderwijs naar leeftijdsgroep, 2001



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête. NB: IRL, gegevens over 1997. UK: gegevens niet getoond. Er moet nog overeenstemming worden bereikt over de definitie van "hoger middelbaar onderwijs".

Grafiek 11 Werkloosheid onder 25-64-jarigen naar geslacht en onderwijsniveau, EU-15, 2001



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête
NB: UK - GCSE 'O'-niveaus zijn inbegrepen in hoger middelbaar (ISCED 3)

Levenslang leren

In 2001 had 8% van de bevolking van de EU tussen 25 en 64 jaar de laatste vier weken onderwijs of scholing gevolgd. Dit soort scholing komt kennelijk meer voor in de Noordse landen, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Ouderen krijgen gewoonlijk minder scholing dan jongeren. Hoger opgeleiden nemen eerder deel aan scholing dan lager opgeleiden.

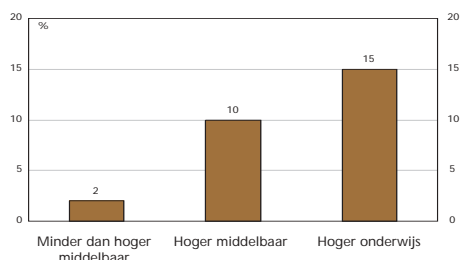
Kernindicator

Levenslang leren (Percentage van de 25-64-jarigen dat de laatste 4 weken voor het onderzoek onderwijs of scholing heeft gevolgd), 2001

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

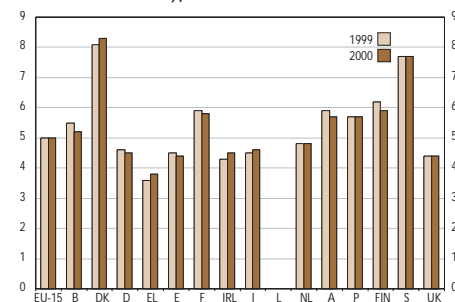
NB: F - scholing moet plaatsvinden op het moment van het interview om mee te tellen. IRL: gegevens over 1997.
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Grafiek 12 Levenslang leren (Percentage van de 25-64-jarigen dat de laatste 4 weken voor het onderzoek onderwijs of scholing heeft gevolgd) naar onderwijsniveau, EU-15, 2001



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête. NB: F - scholing moet plaatsvinden op het moment van het interview om mee te tellen. IRL: gegevens over 1997. UK - GCSE 'O'-niveaus zijn inbegrepen in hoger middelbaar (ISCED 3).

Grafiek 13 Uitgaven voor menselijk kapitaal (Totale overheidsuitgaven voor onderwijs in procenten van het BBP), 1999 en 2000



Bron: Eurostat - Onderwijsstatistieken. NB: EU-15, IRL, FIN en UK gegevens over 2000; B, DK, D, A en P gegevens over 1999; L gegevens over 1997.

Werkgelegenheid

In 2001 hadden naar schatting 168 miljoen mensen in de Unie werk, een stijging van meer dan 12 miljoen sinds 1996. Dit komt overeen met een groei van het werkgelegenheidsvolume van zo'n 1,5% per jaar. In 2001 steeg de werkgelegenheid met 1,2%. De netto arbeidsdeelname van de 15-64-jarigen lag in 2001 bij 64%.

Kernindicator

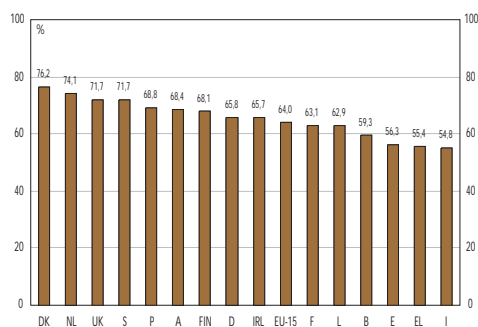
Netto arbeidsdeelname, 15-64-jarigen	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

Ontwikkeling van de werkgelegenheid

Totale werkgelegenheid 2001 (miljoen)	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
Totale werkgelegenheid 2000 (miljoen)	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
Totale werkgelegenheid 1996 (miljoen)	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 (% gemiddelde jaarlijkse werkgelegenheids-groei)	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 (% jaarlijkse werkgelegenheids-groei)	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

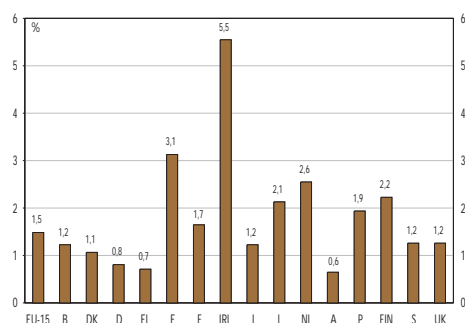
Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens beroepsbevolking

Grafiek 14 Netto arbeidsdeelname (15-64-jarigen), 2001



Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens beroepsbevolking

Grafiek 15 Gemiddelde jaarlijkse werkgelegenheids-groei, 1996-2001



Bron: Eurostat - Nationale rekeningen (ESR 95)

Arbeitsdeelname van ouderen

De netto arbeidsdeelname van mannen tussen 55 en 64 jaar in de EU is de afgelopen vier jaar weliswaar met 1,5 procentpunten gestegen tot 48,7% in 2001, maar ligt nog altijd onder het niveau van 1991 (51,2%). De overeenkomstige arbeidsdeelname van vrouwen is daarentegen gestaag toegenomen tot 29% in 2001. Alles tezamen nam in 2001 38,6% van de bevolking tussen 55 en 64 jaar aan het arbeidsproces deel. In 2001 traden mannen op een leeftijd van gemiddeld 60,5 jaar uit het arbeidsproces, terwijl vrouwen ongeveer 1,5 jaar vroeger uittraden. De algemene uittredingsleeftijd was 60 jaar.

Kernindicator

Netto arbeidsdeelname van ouderen (55-64 jarigen met werk als percentage van de totale bevolking van dezelfde leeftijd), 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totaal	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
Mannen	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
Vrouwen	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

Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd (Gemiddelde uittredingsleeftijd, gewogen volgens waarschijnlijkheid van uittreding uit de arbeidsmarkt), 2001

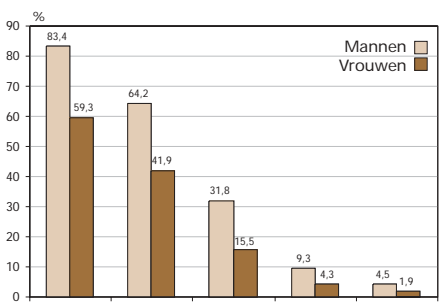
Totaal	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Mannen	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Vrouwen	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0

Werkenden in de leeftijd van 55-64 jaar, 2001 (1000)

EU-15	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240
-------	-------	-----	-----	------	-----	------	------	-----	------	----	-----	-----	-----	-----	-----	------

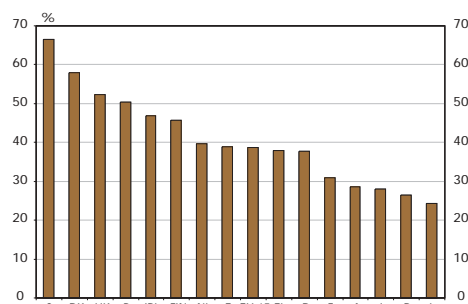
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête en Kwartaalgegevens beroepsbevolking

Grafiek 16 Netto arbeidsdeelname naar leeftijdsgroep en geslacht, EU-15, 2001



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Grafiek 17 Netto arbeidsdeelname van ouderen, 2001



Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens beroepsbevolking

Werkloosheid

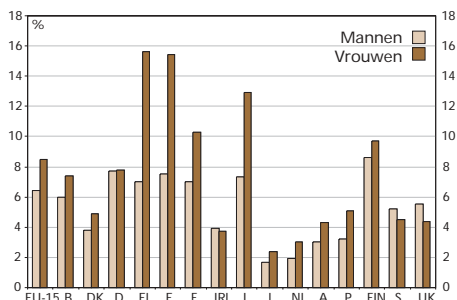
In 2001 daalde het totaal aantal werklozen in de Europese Unie tot 12,8 miljoen. Dit komt overeen met 7,4% van de beroepsbevolking. Dit is het laagste percentage sinds 1992. Tussen 2000 en 2001 daalde de werkloosheid het sterkst in Spanje, Frankrijk, Finland en Zweden, al is het cijfer in Spanje nog steeds het hoogst (10,6%), nog iets hoger dan in Griekenland (10,5%). Het nam in alle lidstaten af, met uitzondering van Portugal, waar het nog steeds bij een kleine 4,1% ligt.

Kernindicator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Werkloosheidspercentage (Totaal aantal werklozen als percentage van de totale beroepsbevolking. Geharmoniseerde reeksen).																
2001 Totaal	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 Mannen	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 Vrouwen	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 Totaal	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 Totaal	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
Aantal werklozen, 2001 (1000)	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

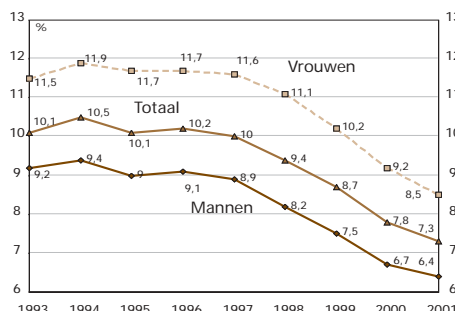
Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Grafiek 18 Werkloosheid naar geslacht, 2001



Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Grafiek 19 Ontwikkeling van het werkloosheidscijfer naar geslacht, EU-15, 1993-2001



Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Jeugdwerkloosheid

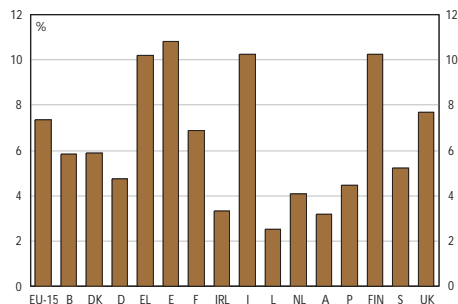
Over de hele EU was in 2001 7,3% van de jongeren (15-24 jaar) werkloos. De jeugdwerkloosheid (als percentage van de beroepsbevolking) bedroeg 14,7%. De verschillen tussen beide percentages lopen van land tot land sterk uiteen en kunnen gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat vrij veel mensen in deze leeftijdsgroep nog onderwijs volgen. Tussen 2000 en 2001 heeft de jeugdwerkloosheid de algemene tendens van dalende werkloosheid niet gevolgd, is in vijf lidstaten zelfs gestegen en in vijf gelijk gebleven.

Kernindicator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Aandeel werklozen in de jongerenpopulatie																
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
Jeugdwerkloosheidscoëfficiënt																
2001 totaal	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 mannen	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 vrouwen	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	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	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

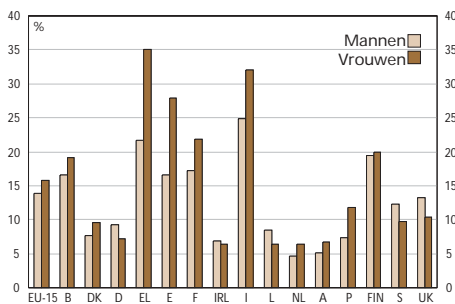
Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Grafiek 20 Aandeel werklozen in de jongerenpopulatie (15-24 jaar), 2001



Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Grafiek 21 Jeugdwerkloosheidspercentage (15-24 jaar) naar geslacht, 2001



Bron: Eurostat - Werkloosheidscijfers (IAO-definitie)

Langdurige werkloosheid

In de vijftien EU-landen was 3,3% van de beroepsbevolking in 2001 langdurig werkloos. Anders gezegd: 44% van de werklozen had al minstens een jaar geen werk. De langdurige werkloosheid is de afgelopen jaren wel gedaald, maar bedraagt in Griekenland, Spanje en Italië nog steeds 5% en meer. Van de jongeren tussen 15 en 24 jaar was 6,9% (als percentage van de beroepsbevolking) al minstens een half jaar werkloos.

Kernindicator

Percentage langdurig werklozen	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(Totaal aantal langdurig werklozen (meer dan 12 maanden) als percentage van de totale beroepsbevolking - geharmoniseerde reeksen.)	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 - totaal	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 - mannen	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 - vrouwen	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

Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens arbeidskrachten

Langdurig werklozen (12 maanden of langer) als percentage van het totale aantal werklozen

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

Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête en Kwartaalgegevens arbeidskrachten

Percentage langdurig werkloze jongeren (6 maanden of langer)

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

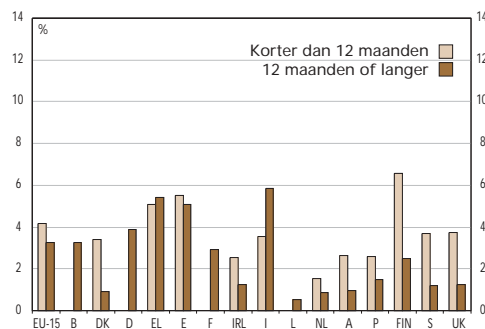
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Langdurig werkloze jongeren (6 maanden of langer) als percentage van het totale aantal werkloze jongeren

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

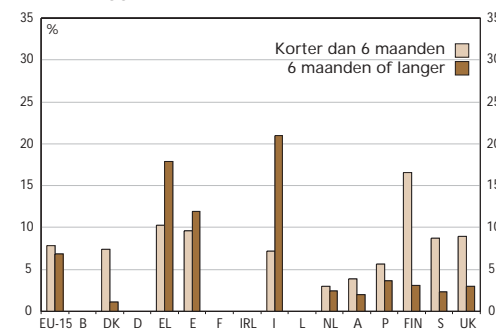
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Grafiek 22 Werkloosheidspercentage naar duur, 2001



Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens arbeidskrachten

Grafiek 23 Jeugdwerkloosheidspercentage naar duur, 2001



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Ontvangsten en uitgaven voor sociale bescherming

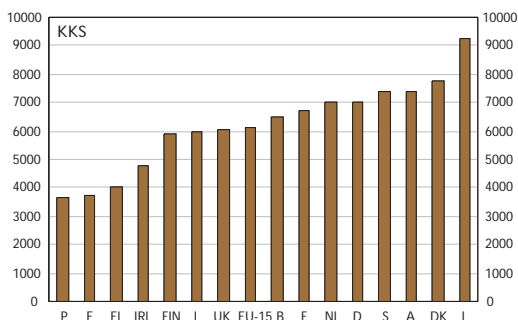
In 2000 zijn de reële uitgaven voor sociale bescherming in de Europese Unie afgenomen. Ze waren goed voor 27,3% van het BBP, een percentage dat sinds 1996 met ongeveer een procentpunt daalt. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten: de verhouding van de uitgaven per inwoner in KKS bedraagt 2,5 tussen het land dat het meest uitgeeft en het land dat het minst uitgeeft. Het financieringsstelsel voor de sociale bescherming verschilt sterk van land tot land, waarbij in sommige landen de voorkeur wordt gegeven aan sociale premies en in andere aan overheidsbijdragen.

Kernindicator

Uitgaven voor sociale bescherming als percentage van het BBP	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

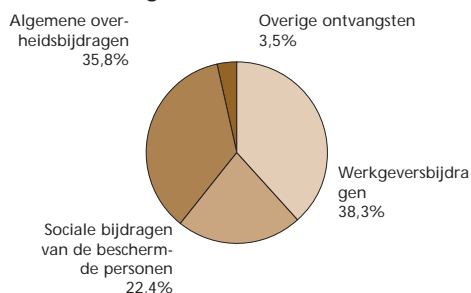
Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Grafiek 24 Uitgaven voor sociale bescherming per hoofd van de bevolking, 2000



Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Grafiek 25 Aandeel van de verschillende ontvangsten van de sociale bescherming in de totale ontvangsten, EU-15, 2000



Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Sociale uitkeringen

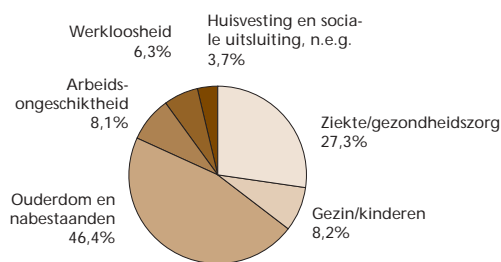
Het leeuwendeel van de sociale zekerheidsuitgaven ging in 2000 in de meeste lidstaten naar ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen. Dit gold vooral voor Italië (63,4% van de totale uitkeringen, bij een EU-gemiddelde van 46,0%). Over de hele EU genomen stegen de uitkeringen aan ouderen en nabestaanden in de periode 1995-2000 reëel met 12% per hoofd, tegenover +9% voor alle uitkeringen. Deze groei wordt voornamelijk verklaard door demografische ontwikkelingen. Overigens is het pensioenbeleid van de lidstaten ook van invloed op de ontwikkeling van deze uitkeringen.

Kernindicator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Aandeel van de ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen in de totale sociale uitkeringen																
1999	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
1990	44,6	41,8	35,8	42,9	52,9	41,4	42,8	29,6	58,7	47,5	37,3	49,9	40,8	32,8	:	43,7

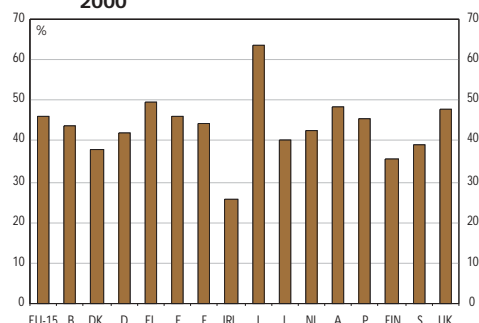
Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Grafiek 26 Sociale uitkeringen naar functiegroepen als percentage van de totale uitkeringen, EU-15, 2000



Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Grafiek 27 Aandeel van de ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen in de totale sociale uitkeringen, 2000



Bron: Eurostat - Europees systeem van geïntegreerde statistieken van de sociale bescherming (ESSOBS)

Uitgaven voor arbeidsmarktbeleid

In 2000 vertegenwoordigden de totale uitgaven voor arbeidsmarktbeleid 2,04% van het BBP waarvan 0,68%-punt bestemd was voor actieve maatregelen. Er zijn grote verschillen tussen de lidstaten, zonder duidelijke kloof tussen de noordelijke en de zuidelijke. Twee landen geven meer dan 3% van hun BBP uit (België en Denemarken), zes landen geven tussen 2% en 3% uit (Duitsland, Spanje, Frankrijk, Nederland, Finland en Zweden), en zes landen geven minder dan 2% uit (Griekenland, Ierland, Italië, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk).

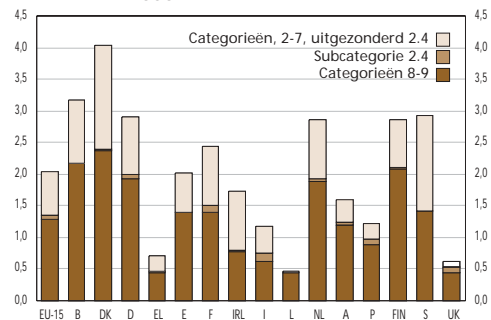
Kernindicator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Overheidsuitgaven voor actieve arbeidsmarktbeleidsmaatregelen als percentage van het BBP - 2000																
Categorieën 2-7, uitgezonderd 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Subcategorie 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
Categorieën 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
Totaal	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

Categorieën 2-7: opleiding - functiewisseling en duobanen - werkgelegenheidsprikkels - integratie van gehandicapten - creëren van banen - financiële prikkels om een eigen onderneming te starten. Subcategorie 2.4: speciale steun voor het leerlingwezen. Categorieën 8-9: inkomenssteun voor werklozen - vervroegde uitstroom

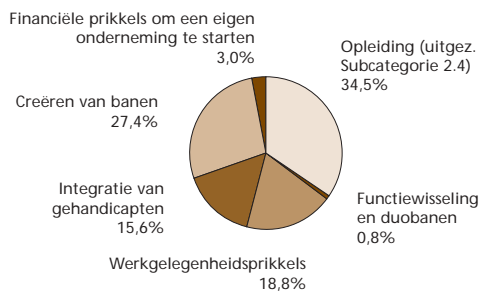
Bron: Eurostat - Databank Arbeidsmarktbeleid

Grafiek 28 Totale overheidsuitgaven voor arbeidsmarktbeleidsmaatregelen als percentage van het BBP 2000



Bron: Eurostat - Databank Arbeidsmarktbeleid

Grafiek 29 Uitgaven voor arbeidsmarktbeleid volgens het soort maatregel (categorieën 2-7), EU-15, 2000



Bron: Eurostat - Databank Arbeidsmarktbeleid

Inkomensverdeling

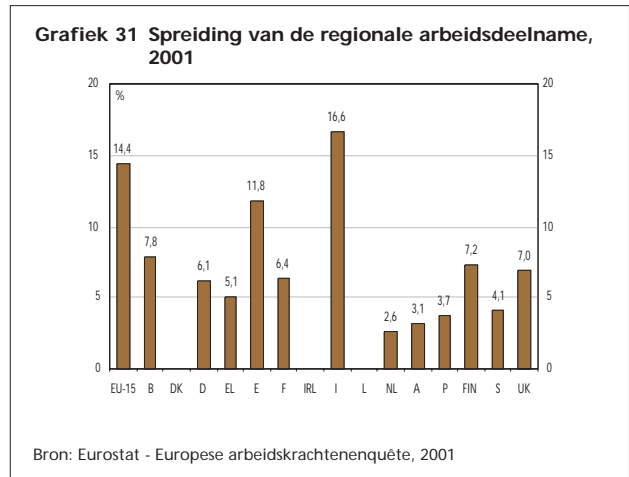
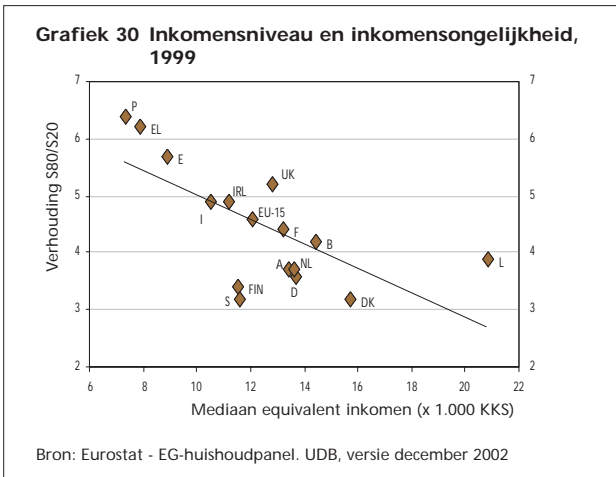
Als gewogen gemiddelde van de EU lidstaten in 1999, ontving de meest verdienende 20% van de bevolking 4,6 maal zoveel van het totale inkomen als de meest verdienende 20% van de bevolking. Deze kloof tussen arm en rijk is het kleinst in Denemarken en Zweden (3,42) gevolgd door Finland, Duitsland, Nederland en Oostenrijk. Ze is het grootst in de zuidelijke lidstaten, het Verenigd Koninkrijk en Ierland.

Kernindicator

Ongelijke inkomensverdeling (verhouding van inkomens quintiel aandelen) - De verhouding van het totale inkomen van 20% van de bevolking met het hoogste inkomen (bovenste quintiel) tot het inkomen van die 20% van de bevolking met het laagste inkomen (beneden quintiel). Onder inkomen wordt het equivalente beschikbare inkomen verstaan.

	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

Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2002



Huishoudens met een laag inkomen

In 1999 had rond 15% van de EU-burgers een equivalent inkomen dat lager was dan 60% van het respectieve nationale mediaan inkomen. Dat zijn alles bij elkaar zo'n 56 miljoen mensen. Bij een drempel van 60% van het nationaal mediaan inkomen was het percentage mensen dat in armoede dreigde te vervallen, relatief hoger (meer dan 21%) in Griekenland en Portugal, en relatief lager in België, Denemarken, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Finland (11 tot 13%). Het was bijzonder laag in Zweden (9%). In alle lidstaten verkleinen sociale uitkeringen het percentage mensen dat in armoede dreigt te vervallen, maar de mate waarin loopt sterk uiteen: van 5% in Griekenland tot bijna 70% in Zweden.

Kernindicator

Armoederisico - voor sociale overdrachten Het aandeel personen met een equivalent beschikbaar inkomen, voor sociale overdrachten, onder de armoedegrens. Deze armoedegrens is vastgesteld bij 60% van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen (na sociale overdrachten). Pensioen en nabestaandepensioen worden als inkomen beschouwd voor sociale overdrachten, 1999.

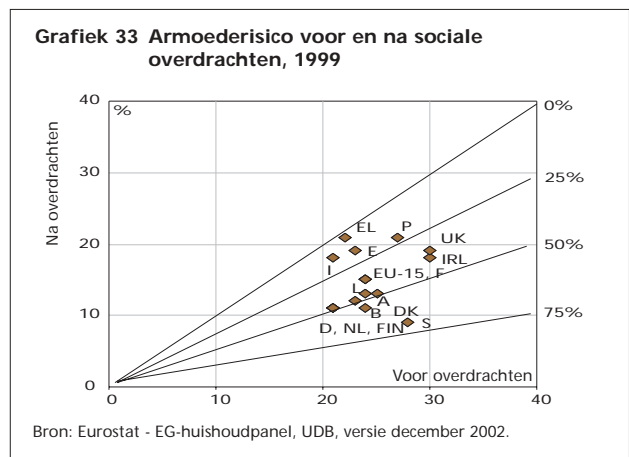
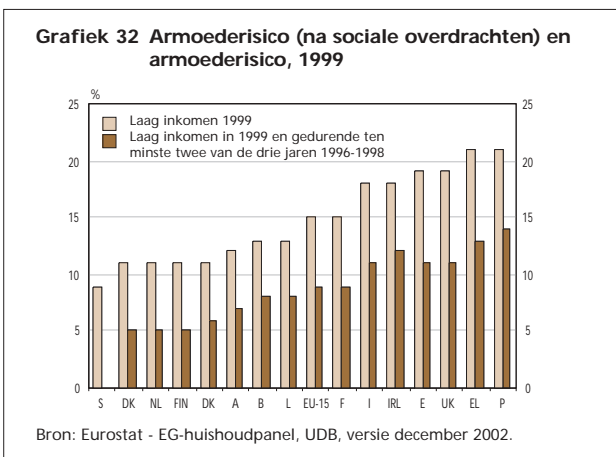
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Armoederisico - voor sociale overdrachten, 1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Armoederisico - na sociale overdrachten Het aandeel personen met een equivalent beschikbaar inkomen onder de armoedegrens. Deze armoedegrens is vastgesteld bij 60% van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Armoederisico - na sociale overdrachten, 1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
60% van het mediaan jaarl. inkomen (€)	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% van het mediane jaarl. ink. (KKS)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2002.



Werkloze huishoudens en lage lonen

Een belangrijke oorzaak van armoede en sociale uitsluiting is werkloosheid of een laag inkomen uit arbeid. In 1999 dreigde van de personen die in een huishouden leven waar niemand in de werkende leeftijd een baan heeft, 51% in armoede te vervallen, ongeveer 3 keer zoveel als wanneer ten minste een persoon in het huishouden werkt.

Kernindicator

Personen in werkloze huishoudens - personen 0-65 jaar (aandeel (percentage) van de mensen in huishoudens waarin niemand werkt in verhouding tot alle mensen in huishoudens (met uitzondering van mensen in huishoudens waar iedereen jonger is dan 18, tussen 18-24 en onderwijs volgend of minstens 65 jaar en niet werkend). 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

Personen in werkloze huishoudens - personen 0-65 jaar (mensen in huishoudens waarin niemand werkt in verhouding tot alle mensen (met uitzondering van mensen in huishoudens waar iedereen jonger is dan 18, tussen 18-24 en onderwijs volgend of minstens 65 jaar en niet werkend). 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

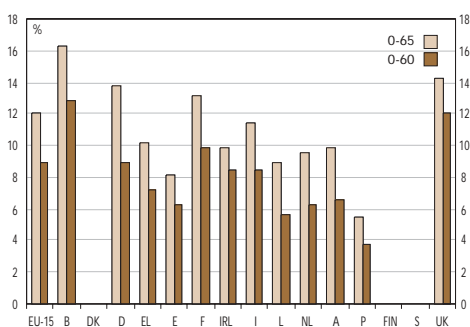
Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête 2002

Armoederisico (%) onder mensen in huishoudens waar ... van de personen in de actieve beroepsleeftijd een baan heeft/hebben, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... geen ...	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
... enkele, maar niet alle ...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... alle ...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

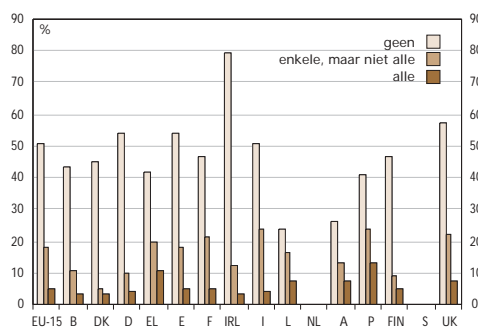
Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2002

Grafiek 34 Personen in werkloze huishoudens, 2002



Bron: Eurostat - Europese arbeidskrachtenenquête

Grafiek 35 Armoederisico onder mensen in huishoudens waar ... van de personen in de actieve beroepsleeftijd een baan heeft/hebben, 1999



Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2002

Vrouwen en mannen in de besluitvorming

Op EU-niveau is de vertegenwoordiging van vrouwen in het Europees Parlement sinds 1984 met elke verkiezing gestaag toegenomen en ligt zij thans bij 30%. In de nationale parlementen zijn de vrouwen in alle lidstaten nog steeds ondervertegenwoordigd aangezien het aantal door vrouwen ingenomen zetels varieert van 9% in Griekenland tot 44% in Zweden.

Kernindicator

Percentage door vrouwen ingenomen zetels in de nationale parlementen (of het Lagerhuis), voorjaar 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

Percentage door vrouwen ingenomen zetels in het Europees Parlement, verkiezing juni 1999

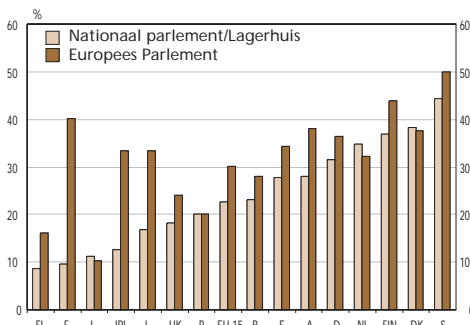
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Percentage vrouwen in de nationale regeringen, voorjaar 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

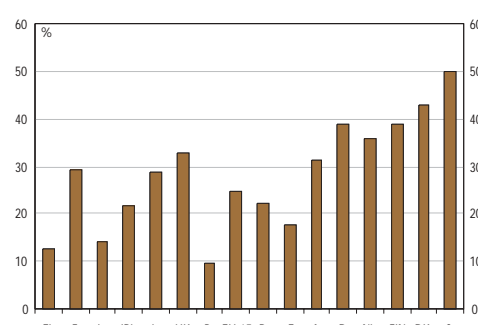
Source: Europese database - Vrouwen in de besluitvorming

Grafiek 36 Percentage door vrouwen in de parlementen ingenomen zetels, 2001



Source: Europese database - Vrouwen in de besluitvorming

Grafiek 37 Percentage vrouwen in de nationale regeringen, voorjaar 2001



Source: Europese database - Vrouwen in de besluitvorming

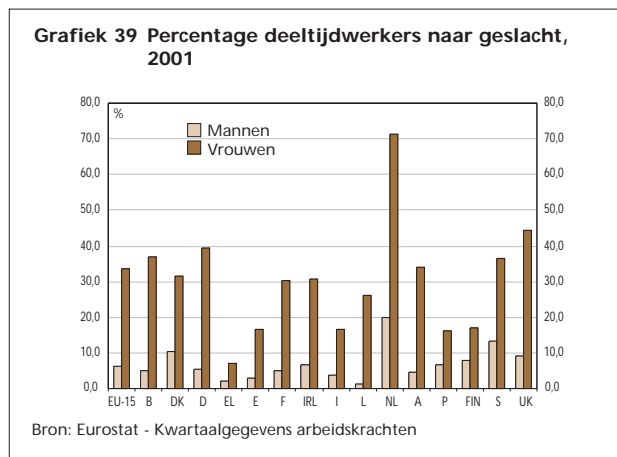
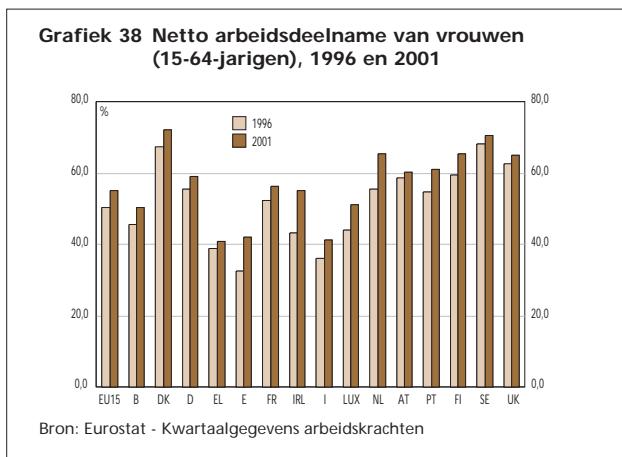
Werkgelegenheid van vrouwen en mannen

Tussen 1996 en 2001 is de netto arbeidsdeelname van mannen in de EU met bijna 3 procentpunten gestegen. In dezelfde periode steeg dit cijfer voor vrouwen echter met bijna 5 procentpunten, zodat de genderkloof wat kleiner geworden is. Toch ligt het cijfer voor mannen (73,0%) nog steeds veel hoger dan voor vrouwen (54,9%). De netto arbeidsdeelname van vrouwen is het hoogst in de drie Noordse landen, het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

Kernindicator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Netto arbeidsdeelname, 15-64-jarigen, 2001																
Vrouwen	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
Mannen	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

Bron: Eurostat - Kwartaalgegevens arbeidskrachten



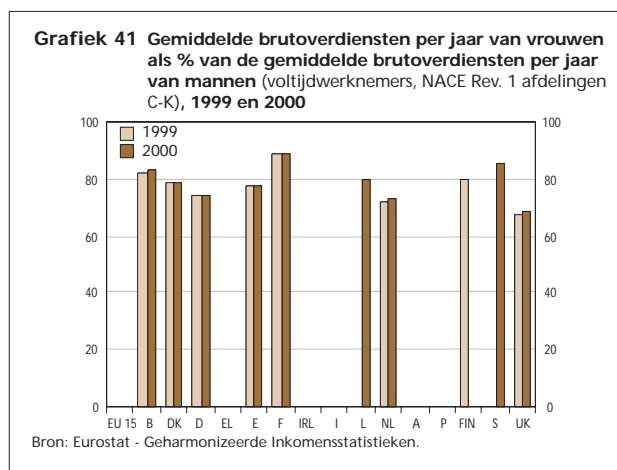
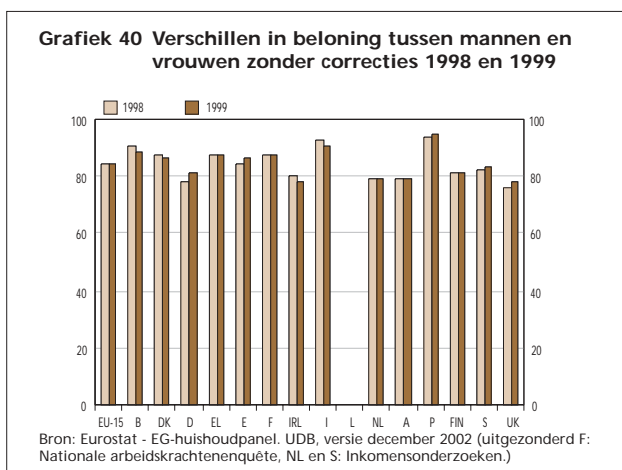
Inkomen van vrouwen en mannen

Over de hele EU genomen lagen de gemiddelde brutoverdiensten per uur van vrouwen in 1999 naar schatting 16% lager dan die van mannen. De kleinste verschillen werden aangetroffen in Portugal, Italië, België en Frankrijk, de grootste in het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Voor de hele EU is het verschil nog steeds even groot als in 1998, 1997 en 1996. Om de beloningsverschillen te verminderen, zowel de discriminatie die rechtstreeks verband houdt met de beloning als indirecte discriminatie die verband houdt met deelname aan de arbeidsmarkt, moeten de problemen inzake beroepskeuze en loopbaanontwikkeling worden aangepakt.

Kernindicator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Verschillen in beloning tussen mannen en vrouwen zonder correcties (Gemiddelde brutoverdiensten per uur van vrouwen als % van de gemiddelde brutoverdiensten per uur van mannen. De populatie omvat alle werknemers in loondienst tussen 16 en 64 jaar die 15 uur of meer per week werken*.)																
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

Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2002. (uitgezonderd F: Nationale arbeidskrachtenenquête, NL en S: Inkomensonderzoeken.)



Levensverwachting met/zonder beperkingen

De levensverwachting blijft stijgen en ligt nu hoger dan 81 jaar voor vrouwen en 75 voor mannen. In alle lidstaten leven vrouwen langer dan mannen. Over de hele EU genomen, kunnen vrouwen 66 jaar en mannen 63 jaar zonder beperkingen tegemoet zien.

Kernindicator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Levensverwachting bij de geboorte, 2000																
Mannen	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
Vrouwen	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

NB: D, EL: 1999.

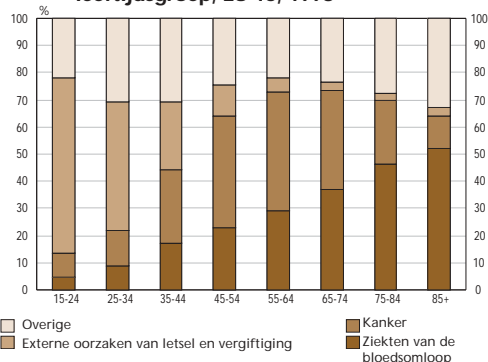
Bron: Eurostat - Demographic statistic

Gezonde levensjaren (Levensverwachting bij de geboorte zonder beperkingen), 1996

Mannen	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Vrouwen	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

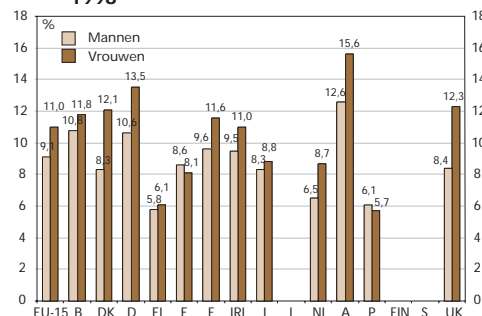
Bron: Eurostat, Sterftestatistiek en EG-huishoudpanel

Grafiek 42 Voornaamste doodsoorzaken naar leeftijdsgroep, EU-15, 1998



Bron: Eurostat - Sterftestatistiek

Grafiek 43 Percentage van de bevolking dat de afgelopen 12 maanden in een ziekenhuis is opgenomen, 1998



Bron: Eurostat - EG-huishoudpanel. UDB, versie december 2001.

Ongevallen en werkgerelateerde gezondheidsproblemen

Ongeveer 4,0% van de werkenden in de EU werd in 2000 het slachtoffer van een arbeidsongeval met meer dan drie dagen verzuim tot gevolg, en 6,3% als de ongevallen worden meegerekend die niet tot verzuim leiden of tot een verzuim van ten hoogste 3 dagen. Vanaf 1994 is het aantal arbeidsongevallen met meer dan drie dagen verzuim met 11% gedaald (de waarde van de index 1998 = 100 was 99 in 2000 en 111 in 1994). In de periode 1998-99 leed per jaar 5,4% van de werknemers aan werkgerelateerde gezondheidsproblemen. In totaal gingen in 1999 510 miljoen werkdagen verloren (160 miljoen door arbeidsongevallen en 350 miljoen door werkgerelateerde gezondheidsproblemen). Het aantal dodelijke verkeersongevallen is sinds 1970 met ongeveer 46% gedaald, maar toch waren er in 2001 in de EU nog ongeveer 40 000 verkeersdoden te betreuen.

Kernindicator

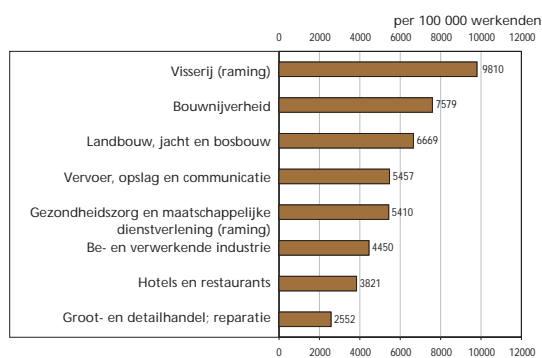
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Ernstige arbeidsongevallen (Index van het aantal ernstige arbeidsongevallen per honderdduizend werknemers (1998=100), 2000)																
Totaal	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Mannen	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Vrouwen	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Dodelijke arbeidsongevallen

Dodelijke arbeidsongevallen (Index van het aantal dodelijke arbeidsongevallen per honderdduizend werknemers (1998=100), 2000)																
Totaal	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

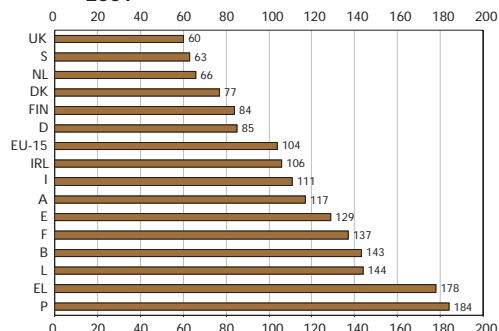
Bron: Eurostat - Europese Statistiek van arbeidsongevallen (ESAO)

Grafiek 44 Arbeidsongevallen naar sector, EU-15, 2000



Bron: Eurostat - Europese Statistiek van arbeidsongevallen (ESAO)

Grafiek 45 Aantal verkeersdoden per miljoen inwoners, 2001



Bron: CARE (communautaire database voor ongevallen in het wegverkeer) en Eurostat - Demographic Statistics. NB: B, I en UK: gegevens over 2000 uit nationale bronnen. Alle gegevens over 2001 zijn ramingen.

Sociale kernindicatoren per lidstaat

Nr.	Kernindicator	Eenheid	Jaar	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Grijze druk	%	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	Migratiesaldo per 1000 inwoners		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	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen	%	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	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen - mannen	%	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	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen - vrouwen	%	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	Levenslang leren - totaal	%	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	Levenslang leren - mannen	%	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	Levenslang leren - vrouwen	%	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	Netto arbeidsdeelname (zie nrs. 19 m & 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	Netto arbeidsdeelname van ouderen - totaal	%	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	Netto arbeidsdeelname van ouderen - mannen	%	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	Netto arbeidsdeelname van ouderen - vrouwen	%	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	Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd - totaal	jaar	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	Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd - mannen	jaar	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	Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd - vrouwen	jaar	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	Werkloosheidspercentage - totaal	%	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	Werkloosheidspercentage - mannen	%	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	Unemployment rate - females	%	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	Aandeel werklozen in de jongeren populatie	%	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	Percentage langdurig werklozen - totaal	%	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	Percentage langdurig werklozen - mannen	%	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	Percentage langdurig werklozen - vrouwen	%	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	Uitgaven voor sociale bescherming als percentage van het BBP	%	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	Aandeel van de ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen in de totale sociale uitkeringen	%	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	Actieve overheidsuitgaven voor arbeidsmarktbeleid als percentage van het BBP	%	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	Ongelijke inkomensverdeling	Ratio	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	Armoederisico voor sociale overdrachten	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Armoederisico na sociale overdrachten	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Personen in werkloze huishoudens (0-65 jaar)	%	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	Personen in werkloze huishoudens (0-60 jaar)	%	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	Aandeel vrouwen in de nationale parlementen	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Netto arbeidsdeelname - mannen (zie nr. 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Netto arbeidsdeelname - vrouwen (zie nr. 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Verschillen in beloning tussen mannen en vrouwen zonder correcties	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Levensverwachting bij de geboorte - mannen	jaar	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	Levensverwachting bij de geboorte - vrouwen	jaar	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	Gezonde levensjaren - mannen	jaar	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Gezonde levensjaren - vrouwen	jaar	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Ernstige arbeidsongevallen - totaal	Indexpunten (1998 = 100)	2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Ernstige arbeidsongevallen - mannen	Indexpunten (1998 = 100)	2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Ernstige arbeidsongevallen - vrouwen	Indexpunten (1998 = 100)	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Dodelijke arbeidsongevallen	Indexpunten (1998 = 100)	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Zie toelichting in het desbetreffende portret. Het cijfer kan van een ander jaar zijn (laatst beschikbare) of anderszins aan beperkingen onderhevig.

Toelichtingen op de kernindicatoren, zie Bld. 36

Sociale kernindicatoren per toetredend land/ kandidaat-lidstaat

Nr. Kernindicator	Eenheid	Jaar	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Grijze druk	% 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	Migratiesaldoper 1000 inwoners	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	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen - totaal	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen - mannen	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Vroegtijdige schoolverlaters die geen verder onderwijs of opleiding volgen - vrouwen	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Levenslang leren - totaal	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Levenslang leren - mannen	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Levenslang leren - vrouwen	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Netto arbeidsdeelname (zie nrs. 19 m & 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	Netto arbeidsdeelname van ouderen - totaal	% 2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1
8am	Netto arbeidsdeelname van ouderen - mannen	% 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	Netto arbeidsdeelname van ouderen - vrouwen	% 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	ctieve gemiddelde uittredingsleeftijd - totaal	jaar 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd - mannen	jaar 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Effectieve gemiddelde uittredingsleeftijd - vrouwen	jaar 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Werkloosheidspercentage - totaal	% 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	Werkloosheidspercentage - mannen	% 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	Werkloosheidspercentage - vrouwen	% 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	Aandeel werklozen in de jongeren populatie	%2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:
11t	Percentage langdurig werklozen - totaal	% 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	Percentage langdurig werklozen - mannen	% 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	Percentage langdurig werklozen - vrouwen	% 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	Uitgaven voor sociale bescherming als percentage van het BBP	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Aandeel van de ouderdoms- en nabestaandenuitkeringen in de totale sociale uitkeringen	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Actieve overheidsuitgaven voor arbeidsmarktbeleid als percentage van het BBP	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Ongelijke inkomensverdeling	Ratio1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Armoederisico voor sociale overdrachten	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Armoederisico na sociale overdrachten	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Personen in werkloze huishoudens (0-65 jaar)	% 2000	4,5	:	1,5	4,2	5,7	4,0	:	:	:	:	3,8	8,9	2,6	:
17a	Personen in werkloze huishoudens (0-60 jaar)	% 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*	:
18A	Aandeel vrouwen in de nationale parlementen	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Netto arbeidsdeelname - mannen (zie nr. 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3
19f	Netto arbeidsdeelname - vrouwen (zie nr. 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7
20	Verschillen in beloning tussen mannen en vrouwen zonder correcties	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Levensverwachting bij de geboorte - mannen	jaar 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	Levensverwachting bij de geboorte - vrouwen	jaar 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	Gezonde levensjaren - mannen	jaar 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Gezonde levensjaren - vrouwen	jaar 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Ernstige arbeidsongevallen - totaal	Indexpunten (1998 = 100) 2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Ernstige arbeidsongevallen - mannen	Indexpunten (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Ernstige arbeidsongevallen - vrouwen	Indexpunten (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Dodelijke arbeidsongevallen	Indexpunten (1998 = 100) 2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

Toelichtingen op de kernindicatoren

- 3 In 2001 kwam het aantal personen van 65 jaar en ouder in de hele EU overeen met 24,3% van het aantal personen in de werkende leeftijd (15-64 jaar).
- 4 In 2001 bedroeg het migratiesaldo in de EU 3,1 per 1000 inwoners.
- 5t In 2001 had 19,4% van de mensen van 18-24 jaar in de EU het onderwijssysteem met niet meer dan lager middelbaar onderwijs verlaten.
- 6t In 2001 had 8,4% van de bevolking van de EU tussen 25 en 64 jaar de laatste vier weken voor het onderzoek onderwijs of scholing gevolgd.
- 7 In 2001 had 64,0% van de bevolking van de EU van 15-64 jaar een baan.
- 8at In 2001 had 38,6% van de bevolking van de EU van 55-64 jaar een baan.
- 8bt In 2001 bedroeg de effectieve gemiddelde uitredingsleeftijd 59,9 jaar.
- 9t In 2001 was 7,4% van de beroepsbevolking (werkenden plus werkzoekenden) in de EU werkloos.
- 10 In 2001 was 7,3% van de 15-24-jarigen in de EU werkloos.
- 11t 3,2% van de EU-beroepsbevolking (werkenden plus werkzoekenden) was in 2001 ten minste één jaar werkloos.
- 12 In 2000 maakten de uitgaven voor sociale bescherming in de EU 27.3% van het bruto binnenlands product (BBP) uit.
- 13 In de EU gaat het grootste deel van de uitgaven voor sociale bescherming naar ouderen en nabestaanden (46,4% van de totale uitkeringen in 2000).
- 14 In 2000 maakten de overheidsuitgaven voor actieve arbeidsmarktbeleidsmaatregelen in de EU 0,681% van het bruto binnenlands product (BBP) uit.
- 15 Gemiddelde ontving de meest verdienende 20% van de bevolking van alle EU-lidstaten in 1999, 4,6 maal meer uit het totale inkomen van de lidstaat dan de minst verdienende 20% van de bevolking.
- 16a Over de hele EU genomen en voor sociale overdrachten leefde 24% van de bevolking in 1999 onder de armoedegrens.
- 16b Over de hele EU genomen en na sociale overdrachten leefde 15% van de bevolking in 1999 werkelijk onder de armoedegrens.
- 17a Over de ganse EU in 2002, 12.1% van de bevolking tussen de 0 en de 65 jaar, leefde zonder te werken in een gezin (met uitsluiting van de personen welke in een gezin woonden waarvan alle leden ofwel minder dan 18 jaar oud waren ofwel tussen de 18 en de 24 jaar en nog studeerden, of 65 jaar en meer en niet meer werkten).
- 18 In 2001 was in de hele EU 23% van de zetels in de nationale parlementen (of het Lagerhuis) door vrouwen ingenomen.
- 19 In 2001 had 73,0% / 54,9% van de mannelijke / vrouwelijke bevolking in de EU tussen 15 en 64 jaar een baan.
- 20 In 1999 bedroegen de gemiddelde brutoverdiensten per uur van vrouwen over de hele EU 84% van de gemiddelde brutoverdiensten per uur van mannen. De populatie omvat alle werknemers in loondienst tussen 16 en 64 jaar die 15 uur of meer per week werken).
- 21a In 2000 was de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte van mannen / vrouwen in de EU 75,3 / 81,4 jaar.
- 21b Gemiddeld leeft een man / vrouw in de EU 63 / 66 jaar zonder beperkingen (gegevens van 1996).
- 22at In 2000 waren er in de hele EU 1% minder ernstige arbeidsongevallen (met meer dan drie dagen verzuim) per 100.000 werkenden dan in 1998.
- 22b In 2000 waren er in de hele EU 21 % minder dodelijke arbeidsongevallen per 100.000 werkenden dan in 1998.

Eurostat Data Shops

België/Belgique

Eurostat Data Shop Brussel/Bruxelles

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

Gesproken talen:
ES, DE, EN, FR

France

INSEE Info service

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

Gesproken talen:
FR

Danmark

DANMARKS STATISTIK

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

Gesproken talen:
DA, EN

Italia - Roma

ISTAT

Centro di informazione statistica
- Sede di Roma
Eurostat Data Shop
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Lid van het MIDAS Net

Gesproken talen:
IT

Deutschland

Statistisches Bundesamt

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

Gesproken talen:
DE, EN

Italia - Milano

ISTAT

Ufficio regionale per la Lombardia
Eurostat Data Shop
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tel. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Lid van het MIDAS Net

Gesproken talen:
IT

España

INE

Eurostat Data Shop
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Ingang via Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00
Fax (34) 91 583 03 57
E-mail: datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
Lid van het MIDAS Net

Gesproken talen:
ES, EN, FR

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

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

Gesproken talen:
ES, DE, EN, FR,IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

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

Gesproken talen:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

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

Gesproken talen:
EN, FR, PT

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

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

Gesproken talen:
EN, FI, SV

Sverige

STATISTICS SWEDEN

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

Gesproken talen:
EN, SV

United Kingdom

Eurostat Data Shop

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

Gesproken talen:
EN

Norge

Statistics Norway

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

Gesproken talen:
EN, NO

**Schweiz/Suisse/
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

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

Gesproken talen:
DE, EN

USA

HAVER ANALYTICS

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

Gesproken talen:
EN

Eurostat homepagina
www.europa.eu.int/comm/eurostat/