

2003

Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2003

- W skrócie -



Komisja Europejska

Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2003

- W skrócie -

Spis treści

Wprowadzenie		5
1	Główne zmiany społeczne	7
1.1	Sytuacja społeczna: możliwości i wyzwania	7
1.2	Dynamika populacji	7
1.3	Najnowsze tendencje w dziedzinie zatrudnienia	8
1.4	Warunki życia	9
1.5	Tendencje w zakresie dystrybucji dochodów	10
1.6	Sytuacja w krajach przystępujących	11
2	Zdrowie i opieka zdrowotna w Unii Europejskiej	12
2.1	Zdrowie Europejczyków i Aktualny Program Europejski	12
2.2	Populacja i zdrowie	14
2.3	Wyznaczniki zdrowia populacji	15
2.4	Systemy opieki zdrowotnej	18
2.5	Przyszłe wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej	19
3	Prężność Europejskiego Modelu Społecznego	22
Załączniki		
	Wskaźniki	23
	Starzenie się populacji	24
	Migracja i azyl	24
	Wykształcenie i jego rezultaty	25
	Kształcenie ustawiczne	25
	Zatrudnienie	26
	Zatrudnienie starszych pracowników	26
	Bezrobocie	27
	Bezrobocie młodzieży	27
	Bezrobocie długoterminowe	28
	Wydatki i przychody związane z zabezpieczeniem społecznym	28
	Zasiłki socjalne	29
	Wydatki związane z Polityką Rynku Pracy	29
	Dystrybucja dochodów	30
	Gospodarstwa domowe o niskich dochodach	30
	Brak pracy w rodzinie oraz niskie zarobki	31
	Kobiety i mężczyźni w procesie decyzyjnym	31
	Zatrudnienie kobiet i mężczyzn	32
	Zarobki kobiet i mężczyzn	32
	Przewidywania wobec długości życia i zdrowia	33
	Wypadki i problemy zdrowotne związane z pracą	33
	Kluczowe wskaźniki socjalne w krajach członkowskich	34
	Kluczowe wskaźniki socjalne w krajach przystępujących i kandydujących	35
	Punkty sprzedaży publikacji EUROSTAT	37

Wprowadzenie

Raport o Sytuacji Społecznej dotyczy jakości życia mieszkańców Europy. Publikacja przedstawia szeroki zakres tematów dotyczących sytuacji społecznej i demograficznej jako tła rozwoju polityki społecznej. Jednocześnie przyczynia się do nadzorowania rozwoju życia społecznego i zmian społecznych w państwach członkowskich.

Niniejsza publikacja, złożona z dwóch głównych działów, stanowi wykonawcze podsumowanie Raportu. Pierwsza część zawiera przegląd głównych trendów społecznych i ekonomicznych na terenie Europy, popartych liczbami i faktami. Drugi rozdział przedstawia zagadnienia społecznych aspektów zdrowia, stanowiących tegoroczny temat specjalny. W szczególności

prezentowana jest kwestia w jaki sposób i z jakich przyczyn nastąpiła poprawa zdrowia obywateli Europy. Jednocześnie tekst przedstawia kwestie potencjalnych wyzwań w tej dziedzinie. Dopełnienie publikacji stanowi krótkie omówienie Europejskiego Modelu Społecznego.

Analogicznie do lat poprzednich, aneksy do niniejszej publikacji przedstawiają zestaw zharmonizowanych wskaźników socjalnych dla każdego państwa członkowskiego. Po raz pierwszy podano również odpowiednie wskaźniki dla państw przystępujących i krajów kandydujących. Wskaźniki te przedstawiają wstępny przegląd sytuacji społecznej a także stanowią ważne narzędzie do monitorowania zachodzących zmian społecznych.



Anna Diamantopoulou
Członek Komisji
Zatrudnienie i Sprawy
Społeczne



Pedro Solbes Mira
Członek Komisji
Sprawy Gospodarcze i Finansowe,
Eurostat

1 Główne zmiany społeczne

1.1 Sytuacja społeczna: możliwości i wyzwania

Sytuacja społeczna jest w dużym stopniu kształtowana w obszarze nakładania się długoterminowych zmian struktury populacji i krótko- do średnioterminowych zmian ekonomicznych.

Pięć lat silnego wzrostu gospodarczego zaowocowało utworzeniem 12 milionów miejsc pracy i zwiększeniem wskaźnika zatrudnienia o cztery punkty procentowe do poziomu 64,0% populacji w czynnym zawodowo przedziale wiekowym. Teraz perspektywy stają się mniej optymistyczne - w 2001 roku wskaźnik wzrostu gospodarczego spadł do poziomu 1,5%, to jest mniej niż połowa poziomu z roku, który osiągnął w roku 2000. W 2002 roku tempo poprawy było raczej niskie, jednak mimo to poziom zatrudnienia nadal wzrastał, chociaż powoli.

Jednocześnie kwestia postępującego starzenia się populacji europejskiej stawia widoczne wyzwania ekonomiczne i społeczne. Wkrótce nastąpi zatrzymanie trwającego od stu lat wzrostu europejskiej populacji w czynnym zawodowo przedziale wiekowym, a w ciągu niecałej dekady odczujemy w pełni wpływ przejścia pokolenia powojennego wyżu demograficznego (baby-boom') na emeryturę.

Ulepszenia strukturalne, osiągnięte od roku 1996, oraz pomyślne wprowadzenie wspólnej waluty, zaowocowały lepszymi wynikami ekonomicznymi w odniesieniu do kwestii walutowych i finansowych oraz zwiększoną elastycznością rynku pracy. Oprócz widocznego wpływu na poprawę warunków życia polityka socjalna zwiększyła zakres oddziaływania w wielu dziedzinach. Pojawiły się nowe możliwości postępowania z problemami strukturalnymi w zakresie zatrudnienia, takimi jak bezrobocie wśród młodzieży oraz niskie wskaźniki aktywności zawodowej wśród kobiet i osób starszych. Wyższy poziom zatrudnienia zmniejszył także presję na systemy zabezpieczenia społecznego i stworzył większe pole manewru dla reformy systemów emerytalnych. W okresie prosperity nierówności społeczne nie uległy pogłębieniu a wzrost poziomu zatrudnienia oraz wzrost gospodarczy stworzyły nowe możliwości podejścia do stałych problemów ubóstwa i wyłączenia społecznego.

W tym samym okresie państwa członkowskie uzyskały większe możliwości wparcia Unii w odniesieniu do działań podejmowanych w zakresie polityki społecznej. Współpraca w zakresie zwalczania wyłączenia społecznego i modernizacja ochrony społecznej zostały włączone do procesów zatrudnienia oraz koordynacji makroekonomicznej, co tworzy potencjał do powstania trójkąta wzajemnie wspierających się polityk w zakresie gospodarki, zatrudnienia i spraw społecznych.

Główne wyzwania pozostają, a wraz z rozszerzeniem Unii o nowych członków pojawiają się kolejne. Aby utrzymać osiągnięcia ostatnich kilku lat i wykorzystać stworzone

możliwości kontynuacji stałego rozwoju oraz ciągłych ulepszeń sytuacji społecznej, konieczne jest podjęcie konkretnych działań decyzyjnych¹.

1.2 Dynamika populacji

Zmiany demograficzne na terenie Europy będą mieć znaczny wpływ na sytuację społeczną i aktualne główne wyzwania stawiane przed gospodarką Europejską.

Populacja UE starzeje się...

Populacja UE starzeje się, a wskaźniki zależności wieku podeszłego będą wzrastać. Mimo iż nastąpił niewielki wzrost wskaźnika płodności z 1,45 dzieci w roku 1999 do poziomu 1,47 w roku 2001, jednak wciąż utrzymuje się znacznie poniżej poziomu odnawialności pokoleniowej wynoszącego 2.1. Rośnie średnia długość życia, a śmiertelność w coraz większym stopniu dotyczy osób w podeszłym wieku. Gdy pokolenie powojennego wyżu demograficznego osiągnie wiek emerytalny, wzrośnie liczba osób w podeszłym wieku. Obecnie osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią 16% całej populacji, podczas gdy 17% populacji to osoby poniżej 15 roku życia. W roku 2010 wskaźniki te zmienią się odpowiednio na 18% i 16%. Najbardziej drastycznie wzrośnie liczba osób „bardzo starych” (w wieku powyżej 80 lat), bowiem w ciągu najbliższych 15 lat przybędzie ich prawie 50 %.

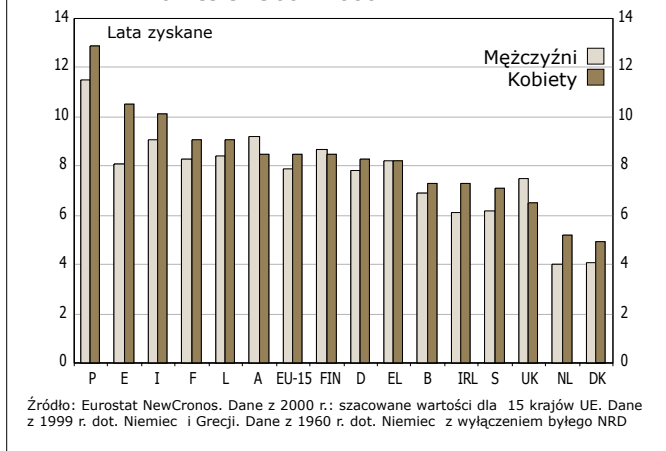
...a mimo młodszej struktury wiekowej w państwach przystępujących, rozszerzenie Unii nie zmieni tej tendencji.

Wskutek wysokiego poziomu płodności w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku struktura wiekowa państw przystępujących jest wciąż młodsza niż rozkład wiekowy w krajach piętnastki. W krajach przystępujących osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią 13% populacji, podczas gdy odsetek dzieci poniżej 15 roku życia wynosi 19%. W konsekwencji tego rozszerzenie będzie miało skutek odmładzający dla struktury wiekowej Unii, jednak efekt ten będzie nieznaczny i przejściowy. W dłuższej perspektywie tendencja kurczenia się populacji europejskiej obejmie także kraje przystępujące. Drastycznie niski poziom płodności jest zjawiskiem stosunkowo nowym lecz stabilnym, dlatego odsetek dzieci w społeczeństwach krajów przystępujących gwałtownie spada i zakłada się, że w roku 2020 odsetek osób starszych zbliży się do poziomu europejskiej „piętnastki”.

Jednocześnie rodziny tracą na stabilności, a gospodarstwa domowe stają się coraz mniejsze...

Rosnące wskaźniki zależności osób w wieku podeszłym będą mieć wpływ na naszą zdolność spełniania potrzeb pielęgnacyjnych. Zmiany w strukturach rodziny i gospodarstwa domowego mogą dodatkowo pogorszyć sytuację. Małżeństwa są zawierane coraz rzadziej i coraz później, obserwuje się więcej kryzysów małżeńskich.

1 Pełna ocena ogólnej sytuacji w Unii Europejskiej na początku roku 2003 jest przedstawiona w: "Choosing to grow: Knowledge, innovation and jobs in a cohesive society" Report to the Spring European Council, 21 March 2003 on the Lisbon strategy of economic, social and environmental renewal, COM(2003) 5 final

Wykres 1 Wzrost przewidywanej długości życia w okresie 1960 - 2000

W roku 2001 na 1.000 mieszkańców europejskiej "piętnastki" przypadało tylko 5 małżeństw w porównaniu do prawie 8 w roku 1970. Co więcej, szacowany wskaźnik rozwodów w małżeństwach zawartych w roku 1960 wynosił 15%, podczas gdy w przypadku małżeństw zawartych w roku 1980 liczba ta prawie podwoiła się do 28%. Utrzymuje się tendencja prowadzenia mniejszych gospodarstw domowych, więcej osób w każdym przedziale wiekowym mieszka samotnie. Jednocześnie uderzająco wzrosła liczba dzieci wychowywanych przez samotnego rodzica, podczas gdy zmalała liczba par wychowujących dzieci. W 2000 roku 10% dzieci w wieku 0-14 lat mieszkało z tylko jedną dorosłą osobą, podczas gdy w roku 1990 wskaźnik ten wynosił 6%. Przeważającą większość samotnych rodziców to kobiety. Z wyjątkiem Polski i Cypru, również w państwach przystępujących rodzina straciła znacznie na stabilności.

...podczas gdy ruchy migracyjne odgrywają coraz większą rolę w zmianach populacji.

Od ponad dziesięciu lat imigracja netto była głównym czynnikiem wzrostu populacji na terenie Unii. Obecnie znaczne napływy migracyjne dotyczą wszystkich państw członkowskich - w roku 2001 roczny wskaźnik migracji netto wyniósł 3,1 na 1.000 osób, co stanowiło około 74% całego wzrostu populacji. W niektórych państwach przystępujących emigracja miała istotny wpływ na sytuację demograficzną. Spadek liczby mieszkańców wskutek emigracji odnotowały zwłaszcza państwa nadbałtyckie.

Ustawodawcy są coraz bardziej świadomi konsekwencji starzenia się społeczeństwa...

Świadomość starzenia się populacji i wpływu tej sytuacji na zatrudnienie i politykę społeczną znacznie zwiększyła się w ciągu ostatnich kilku lat. Państwa członkowskie zaangażowały się w prace nad kwestiami starzenia w kontekście dobrego stanu finansów publicznych, zatrudnienia i zabezpieczenia społecznego (emerytur,

opieki zdrowotnej i długoterminowej) i odpowiednio dostosowują politykę narodową w tym zakresie. Podobnie państwa przystępujące naśladować działania wspólnie prowadzone w szeregu kwestiach dotyczących starzenia.

...i podejmują kroki, mające na celu podjęcie tych kwestii zarówno na poziomie narodowym, jak i na poziomie UE.

Ogólna ocena obecnej polityki wskazuje, iż większość państw członkowskich – oraz państw przystępujących – zamierza wykorzystać szansę dokonania zmian zanim liczne zastępy pokolenia baby-boom osiągną wiek emerytalny. Planuje się dostosowanie systemów emerytalnych² oraz systemów opieki zdrowotnej i długoterminowej³, tak by nadal spełniały swoje cele społeczne i utrzymały zdolność finansowania, gdy wzrosnie presja związana ze starzeniem się społeczeństwa. Kilka dużych reform już przeprowadzono, a wiele jest w przygotowaniu.

1.3 Najnowsze tendencje w sferze zatrudnienia

W 2002 roku, po raz pierwszy od roku 1996, nastąpił lekki wzrost bezrobocia. Jednak mimo kryzysu ekonomicznego rynki pracy wykazały się niezwykłą zdolnością odnowy. Więcej miejsc pracy zostało stworzonych niż utraconych, a wynikiem netto okazał się wzrost zatrudnienia.

To sugeruje, iż rozwój i zastosowanie Europejskiej Strategii Zatrudnienia oraz nowe uwydatnienie promocji włączenia społecznego pomogły Unii przejść na ścieżkę trwałego i wyższego wzrostu zatrudnienia, które wyniosło 1,3% rocznie począwszy od roku 1996⁴. Poziom zatrudnienia wzrósł do 64,0% w roku 2001 i może osiągnąć 64,5% w roku 2002. Wskaźnik bezrobocia spadł w roku 2001 do 7,4%, co stanowi najniższy poziom od dziesięciu lat, tak więc wzrost w roku 2002 do poziomu 7,6% był bardzo nieznaczny⁵.

Średni poziom zatrudnienia dla wszystkich krajów w rozszerzonej Unii jest nieco niższy niż średnia wartość w piętnastu obecnych państwach członkowskich. Istnieją jednak pewne słabości strukturalne, które mimo możliwych różnic skali, są w znacznym stopniu wspólne dla zarówno istniejących, jak i przyszłych państw członkowskich. Największe wyzwania jakie stoją przed przyszłymi państwami członkowskimi obejmują podniesienie wskaźnika zatrudnienia i zwiększenie poziomu zatrudnienia, ułatwienie przepływu miejsc pracy z rolnictwa i przemysłu do sektora usług bez zwiększenia nierówności regionalnych w perspektywie średniofalowej, oraz aktualizacja i udoskonalanie umiejętności na potrzeby współczesnych gospodarek rynkowych opartych na wiedzy.

Dalszy postęp w realizacji agendy lizbońskiej, w tym postulatu pełnego zatrudnienia, wymaga podjęcia działań w celu zwiększenia zatrudnienia oraz partycypacji na rynku pracy a także, podtrzymywania jakości i produktywności w pracy oraz promowania spójności.

2 Proposal by the Commission for a Joint Commission-Council report on adequate and sustainable pensions, COM(2002) 737 final.

3 Proposal for a joint Commission-Council report on: Health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection, COM(2002) 774 final

4 Pełniejszą ocenę rozwoju sytuacji zatrudnienia w tym okresie przedstawia "TAKING STOCK OF FIVE YEARS OF THE EUROPEAN EMPLOYMENT STRATEGY", COM (2002) 416 final.

5 Propozycja przyszłej strategii zatrudnienia w świetle obecnych wątpliwości przedstawiona jest w dokumencie "The future of the European Employment Strategy (EES). A strategy for full employment and better jobs for all" COM(2003) final.

Utrzymanie zasobów siły roboczej będzie coraz bardziej zależne od zwiększenia aktywności i poziomu zatrudnienia kobiet...

W okresie pomiędzy rokiem 1996 a 2001 wskaźnik zatrudnienia mężczyzn i kobiet w UE zwiększył się o odpowiednio prawie trzy i pięć punktów procentowych. Tym samym różnica poziomu zatrudnienia między płciami zmniejszyła się do 18 punktów procentowych. W odniesieniu do bezrobocia różnica ta również zmalała, pozostając jednak na wciąż znaczącym poziomie wynoszącym 2,3 punktu procentowego według danych za rok 2001. Te ostatnie redukcje w odniesieniu do wskaźników sytuacji kobiet i mężczyzn na rynku pracy mogą wskazywać, iż w niedalekiej przyszłości będzie możliwe zniwelowanie różnic w poziomach bezrobocia.

Różnica pod względem płci istnieje również w państwach przystępujących, jednak udział kobiet w sile roboczej jest wyższy niż w państwach członkowskich UE (46% w porównaniu do 42%). Proporcja kobiet zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych jest również wyższa: 38% kierowników w państwach przystępujących to kobiety, w porównaniu do 34% w UE. Ponadto w państwach przystępujących zjawisko pracy w niepełnym wymiarze jest rzadsze i bardziej równo rozłożone pomiędzy obie płcie: 6% mężczyzn (7% w UE) i 9% kobiet (32% w UE) pracuje w niepełnym wymiarze czasu pracy.

...i starszych osób...

Zgodnie z danymi za rok 2001, ogółem 38,5% mieszkańców UE w grupie wiekowej między 55 a 64 rokiem życia było zatrudnionych. Jest to wartość znajdująca się znacznie poniżej celu wyznaczonego w Sztokholmie, który zakłada uzyskanie zatrudnienia w tej grupie wiekowej na poziomie 50% do roku 2010. Przeciętny wiek, w którym ludzie opuszczają rynek pracy wynosił 59,9 lat w 2001 roku. Wyzwaniem będzie zwiększenie tej wartości o około pięć lat do roku 2010, zgodnie z ustaleniami Rady Europejskiej w Barcelonie. Przykłady niektórych ostatnich zmian w niektórych państwach członkowskich, gdzie sytuacja zatrudnienia osób starszych uległa poprawie wskazują, iż zintensyfikowanie działań może doprowadzić do odwrócenia tendencji zmniejszania udziału partycypacji. W państwach przystępujących, wskaźniki zatrudnienia dla osób pracujących w wieku 55-64 są jeszcze niższe, lecz w ciągu ostatnich kilku lat nastąpiła stabilizacja i rozpoczął się proces zwiększania poziomu zatrudnienia.

Analizując sytuację z innej perspektywy, to jest uwzględniając obecną i przyszłą sytuację demograficzną, która prowadzi do redukcji liczby osób w czynnym zawodowo przedziale wiekowym, warto zwrócić uwagę iż istotnym jest aby większość państw członkowskich posiadała znaczne rezerwy siły roboczej wśród kobiet i osób starszych. Jeżeli usunięte zostaną istniejące bariery partycypacji kobiet i osób starszych w rynku pracy to zagospodarowanie tych grup pracowników może wpłynąć na zwalczanie wpływu starzenia się społeczeństwa na rozmiar dostępnych zasobów siły roboczej.

..oraz od rozmiaru i kształtu imigracji oraz integracji imigrantów.

Scenariusze demograficzne - oparte na hipotezie stałego przyływu imigrantów i przy założeniu, że cele polityki zatrudnienia wyznaczone w Lizbonie zostaną osiągnięte - wydają się wskazywać, że po roku 2010 ogólna wielkość zatrudnienia w krajach europejskiej „piętnastki” ulegnie redukcji z powodu kurczenia się populacji w wieku czynnym zawodowo. W stopniu większym niż wcześniej, wzrost wydajności zacznie odgrywać kluczową rolę w kreowaniu wzrostu gospodarczego. W tej sytuacji również imigracja będzie ważnym czynnikiem, szczególnie gdy bieżące rezerwy pośród istniejącej populacji w wieku czynnym zawodowo są całkowicie wykorzystane. Oczywiście jest, że pozytywne ekonomiczne i społeczne skutki imigracji zależą od umiejętności zapewnienia przez kraje członkowskie całkowitej integracji nowo przybyłych imigrantów oraz osób pozostających na ich utrzymaniu, zarówno w odniesieniu do sytuacji zatrudnienia oraz szeroko pojętej integracji w europejskie struktury społeczne. Udana integracja imigrantów może pomóc w utrzymaniu wzrostu gospodarczego i przyczynić się do umocnienia spójności społecznej.

Wzrost zatrudnienia spowodował również utworzenie większej ilości miejsc pracy o lepszej jakości

Gospodarka oparta na wiedzy stała się rzeczywistością dnia codziennego, stąd ponad dwie trzecie nowych miejsc pracy utworzonych w latach 1996-2001 wiązało się z wymogami wysokich kwalifikacji. Obecnie ponad 50% wszystkich miejsc pracy wymaga obsługi komputera. Warto podkreślić, iż jak wykazały ostatnie prace Komisji Europejskiej, te gospodarki unijne, w których notowany jest wyższy udział miejsc pracy o wyższej jakości, osiągają również lepsze rezultaty pod względem zatrudnienia i wydajności. Liczba prac o niższej jakości jest również znacząca. Podczas gdy w przypadku ludzi młodych i wysoko wykwalifikowanych tego typu praca często odgrywa rolę odskoczni w kierunku bardziej stabilnego zatrudnienia, w sytuacji osób starszych i pracowników niewykwalifikowanych sytuacja jest inna. Umowy tymczasowe czy praca w niepełnym wymiarze godzin nie będąca dobrowolnym wyborem pracownika i nie oferująca żadnego szkolenia oznacza, że takie osoby pozostają w cyklach bezrobocia, braku aktywności i zatrudnienia wymagającego niskiego poziomu kwalifikacji. Z tego powodu starania w kierunku promocji mobilności w kierunku uzyskiwania prac o wyższej jakości wymagających wyższych kwalifikacji są ważnym elementem w promocji trwałego i wyższego poziomu zatrudnienia.

1.4 Warunki życia

Z punktu widzenia sytuacji dochodowej i poziomu konsumpcji, warunki życia nadal ulegają poprawie. W ciągu ostatniej dekady przeciętny roczny wzrost dochodów na jednego mieszkańca oscylował około 1,5 % przy uśrednionych rocznych dochodach netto wynoszących

w europejskiej „piętnastce” około 11.700 PPS⁶ w roku 1998. Zrozumiałym jest, że takie uśrednienie wyników zawiera znaczne różnice pomiędzy krajami członkowskimi i znaczne nierówności wewnątrz krajów członkowskich. Północna połowa Unii zarejestrowała wyższy poziom dochodów a jednocześnie nierówności w dystrybucji dochodów są tam z reguły mniejsze niż w południowych krajach członkowskich. Podobnie w ostatnich latach średni poziom konsumpcji wzrósł znacząco. Typowym przykładem takiej sytuacji w krajach członkowskich jest sytuacja Niemiec, gdzie średni poziom konsumpcji na poziomie gospodarstwa domowego wzrósł o około 2,6 % rocznie.

Warunki życia odzwierciedlają się w tym, jak mieszkańcy postrzegają jakość życia.

W roku 2002 Europejczycy byli bardzo lub dosyć zadowoleni z życia w sensie ogólnym (78% w porównaniu do 77% w wynikach sprzed dwóch lat), a z tego około 20% było bardzo usatysfakcjonowanych (w porównaniu do 17% w roku 2000). Najbardziej zadowolone z życia osoby żyją w Szwecji (95%) i Danii (94%), podczas gdy poziom satysfakcji jest najmniej podkreślany w Portugalii (50%) i Grecji (49%). Podobnie jak w latach ubiegłych, mężczyźni wydają się być bardziej zadowoleni ze swojego życia niż kobiety, a młodzi ludzie bardziej usatysfakcjonowani niż osoby starsze. Te różnice w postrzeganiu jakości życia między krajami europejskiej „piętnastki” w dużym stopniu mogą być wyjaśnione przez różnice w postrzeganej sytuacji zdrowotnej.

Osoby z wyższym wykształceniem oraz osoby o wyższych dochodach oceniają wyżej stan zdrowia i jakość życia, co odzwierciedla różnice wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego. Co więcej, osoby starsze generalnie niżej postrzegają stan zdrowia. Większość ankietowanych w badaniu Eurobarometr 2002 uważa, że wydatki publiczne na opiekę zdrowotną powinny mieć wyższy priorytet niż wydatki związane na przykład z edukacją czy opieką społeczną. Jednocześnie ankietowani uznali, że jakość systemu opieki zdrowotnej jest jedną z trzech najważniejszych kwestii z jakimi boryka się aktualnie społeczeństwo.

1.5 Tendencje w zakresie dystrybucji dochodów

Dochód jest jednym z głównych czynników określających standard życia. Dystrybucja dochodu jest również ważna w odniesieniu do relatywnego ubóstwa i ryzyka wyłączenia społecznego. Państwo opiekuńcze odgrywa ważną rolę w redystrybucji dochodów podstawowych, tym samym zmniejszając nierówności i poziom ubóstwa. Sporządzony niedawno raport⁷ ujawnia, że w latach 1980 - 1997 w wielu krajach zaszły duże zmiany w zróżnicowaniu dochodów i w latach 1980 - 1997 – w większości przypadków nastąpiło zwiększenie nierówności w dystrybucji dochodów. Warto zwrócić uwagę, że podczas wzrostu gospodarczego w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych różnice te miały raczej tendencję do zmniejszania się.

Oczywiście zjawiska te mogą odzwierciedlać fakt, że ostatni wzrost gospodarczy jest w dużym stopniu napędzany poprzez zatrudnienie. Prawdopodobieństwo, że osoba pracująca znajduje się w sytuacji zagrożenia ubóstwem jest najmniejsze, podczas gdy osoby bezrobotne są na takie ryzyko narażone najbardziej (pięć razy częściej niż osoby pracujące).⁸ W 1998 roku emeryci i osoby pracujące na własny rachunek były dwukrotnie bardziej narażone na ryzyko ubóstwa niż osoby zatrudnione, dzieci trzykrotnie a osoby z innych grup nieaktywnych zawodowo czterokrotnie bardziej były narażone na takie ryzyko.

Ryzyko ubóstwa i wyłączenia społecznego utrzymuje się...

Pomimo ważnych efektów redystrybucyjnych systemu zabezpieczenia społecznego zwalczanie ubóstwa i promowanie włączenia społecznego pozostają jednymi z głównych wyzwań stojących przed Unią. Ostatnie dane badania Eurobarometr 2001 wskazują, że wysoka liczba osób wciąż uważa się za ubogie, to jest określa swój dochód netto jako niższy od sumy jaką uznają za absolutnie niezbędną. Poziom tej subiektywnej miary ubóstwa pozostaje bardzo różny w poszczególnych krajach członkowskich – od 9% w Danii do 66% w Portugalii. Badania te wskazują także, że na poziomie indywidualnym czas trwania ubóstwa jest raczej dłuższy w krajach południowych (czternaście do piętnastu lat) w porównaniu do krajów północnych (dwa do trzech lat). Co więcej, badania Eurobarometru dokumentują, że ubóstwo jest ściśle powiązane z izolacją społeczną. Niska jakość zatrudnienia, a w szczególności niska jakość wykonywanych zadań, niepewność pracy i niewystarczające przeszkolenie także pozostają w związku z ubóstwem.

Poziom integracji społecznej jest ściśle związany z zatrudnieniem i/ lub dochodem. Warto zauważyć, że w społeczeństwie wiedzy nowe technologie reprezentują zarówno szansę jak i zagrożenie dla integracji osób w niekorzystnym położeniu społecznym. Prace wykonane przez ESDIS (Grupa Wysokiego Stopnia ds. Ekonomicznego i Społecznego Wymiaru Społeczeństwa Informacyjnego) naświetliły tę kwestię i zyskała ona znaczącą pozycję w ustaleniach Rad Europejskich dotyczących integracji w wymiarze nowych technologii (e-inclusion) w październiku 2001 oraz dostępności nowych technologii (e-accessibility) dla osób niepełnosprawnych w roku 2002.

...i różnicuje się znacząco wewnątrz Unii...

Stopień ubóstwa gospodarstw domowych jest znacznie zróżnicowany pomiędzy krajami członkowskimi (w oparciu o 60% równowartości zrównoważonego średniego narodowego dochodu jako progę ubóstwa). W roku 1998 różnica pomiędzy krajami członkowskimi o najwyższym i najniższym poziomie ubóstwa wyniosła 14 punktów procentowych. Sześć z dwunastu krajów członkowskich, które dysponowały odpowiednimi danymi za lata 1996 i 1997 wykazało obniżenie poziomu ubóstwa. Pomimo tego jednak ogólny stopień ubóstwa w krajach unijnej „piętnastki” w roku 1998 był taki sam jak w roku 1995.

6 Mierzone Według Standardów Siły Nabywczej w celu korekty rozbieżności w sile nabywczej w wymienionych krajach.

7 Patrz "Income on the Move - Report on income distribution, poverty and redistribution" Social and Cultural Planning Office of the Netherlands Biuro Społecznego i Kulturowego Planowania Holandii, finansowany przez Komisję Europejską, Dyrektoriat Generalny do spraw Zatrudnienia i Kwestii Społecznych, (Seria Studiów departamentu E1, 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Przy ryzyku ubóstwa zdefiniowanym jako posiadanie mniej niż 60% przeciętnego uśrednionego dochodu.

Ogółem mówiąc, południowe kraje członkowskie mają najniższy uśredniony roczny dochód według Standardów Siły Nabywczej, ale także najwyższy poziom różnic w dochodach, jak donoszą badania panelowe Panelu Gospodarstw Domowych Unii (European Community Household Panel ECHP) z 1998 roku. Skandynawskie kraje członkowskie wykazują najmniejsze nierówności w dochodach, podczas gdy najwyższy uśredniony roczny dochód netto posiadają: Luksemburg, Belgia i Holandia.

...jednak byłoby dużo wyższe w europejskiej "piętnastce", gdyby nie rezultaty osiągnięte dzięki redystrybucji zasiłków socjalnych

Rezultat redystrybucji⁹ zasiłków systemu zabezpieczenia społecznego znacznie przewyższa rezultaty osiągnięte z redystrybucji podatków. Według miary współczynnika Giniego¹⁰, zasiłki socjalne zmniejszają nierówność dochodów o około 30% do 40%. Regresywność zasiłków jest stosunkowo duża w Niemczech, Holandii, Belgii i Wielkiej Brytanii: w krajach tych gospodarstwa domowe o niskich dochodach mają większy udział w zasiłkach socjalnych, niż ma to miejsce w Finlandii, Danii i Szwecji. Jednakże w przypadku Niemiec i Wielkiej Brytanii zmniejszenie nierówności pomiędzy dystrybucją dochodu rynkowego i brutto jest raczej umiarkowane. Powodem tego jest fakt, że udział systemu zabezpieczenia społecznego w dochodzie narodowym w tych krajach jest stosunkowo niski.

Zasiłki istnieją w wielu kategoriach i różnią się liczbą odbiorców oraz średnią przyznaną kwotą. Efekt redukcji ubóstwa wszystkich przyznawanych zasiłków razem, mierzony poprzez proste porównanie dochodu „przed” i „po” pobraniu zasiłku, wynosi 25 punktów procentowych¹¹. Uważa się, że zasiłki przysługujące osobom starszym i weteranom wojennym w największym stopniu (15 punktów procentowych) przyczyniają się do zmniejszania ubóstwa. Wpływ zasiłków dla bezrobotnych, zasiłków rodzinnych oraz zasiłków chorobowych/inwalidzkich na redukcję ubóstwa jest porównywalny i wynosi około trzech punktów procentowych.

1.6 Trendy w krajach przystępujących

Mimo iż w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych większość krajów przystępujących poczyniła postępy na drodze zmniejszenia znacznej różnicy dzielącej poziom dochodów w porównaniu do krajów członkowskich Unii Europejskiej, różnice te są ciągle znaczące. W roku 2000 w ośmiu krajach przystępujących produkt krajowy brutto (PKB) przypadający na jednego mieszkańca był niższy, niż połowa średniej UE według standardów siły nabywczej.

Co więcej, dystrybucja dochodu w krajach przystępujących stawała się raczej jeszcze bardziej nierówna. Potwierdza się to szczególnie w przypadku ośmiu krajów przystępujących z Europy środkowej i wschodniej¹². W czasie ostatniej dekady Europa Wschodnia doświadczyła znacznego wzrostu zarówno ubóstwa, jak i nierówności. Ostatnio

sytuacja ta ustabilizowała się. Nierówności i ubóstwo nie ulegają już pogłębianiu, jednak społeczne konsekwencje szybkiego wzrostu nierówności we wczesnych okresach transformacji wymagają dalszej uwagi.

Świadomość tych problemów wzrastała...

Ubóstwo znajduje się w programach polityki społecznej wszystkich krajów przystępujących, natomiast mniej uwagi poświęca się szerszemu pojęciu izolacji społecznej nawiązującej do zubożenia w wielu wymiarach. W ostatnich latach jednak wyłączenie społeczne zyskało na znaczeniu w priorytetach tworzonych polityk, często jako odzwierciedlenie procesów i polityki stosowanej w Unii Europejskiej. W wielu krajach przystępujących głównymi czynnikami wiodącymi do izolacji społecznej są bezrobocie i rozpad rodziny oraz ograniczone możliwości systemów zabezpieczenia społecznego i zatrudnienia, które mogłyby zapewnić odpowiednie dochody i zasoby. Co więcej, nieodpowiednie adresowanie i działanie programów nastawionych na dostarczanie opieki społecznej często utrudniają rozwiązywanie problemu izolacji społecznej.

...podobnie jak znacznie wzrosły możliwości uzyskania wsparcia ze współpracy UE.

Przyjęcie przez Radę Europejską w grudniu 2002 poprawionych celów Unii w odniesieniu do zadań walki z ubóstwem i izolacją społeczną podkreśliło wagę tego zagadnienia. Zawarte poprawki nie tylko dodatkowo podkreślają cele pierwotnie przyjęte przez Radę Europejską w Nicei w roku 2000, ale także kładą większy nacisk na kwestie płci, trudności przed jakimi stają imigranci oraz istotność redukcji liczby osób, zagrożonych ubóstwem i izolacją społeczną. Cele te będą leżały u podstaw przygotowań drugiej generacji dwuletnich Narodowych Planów Działania, wymierzonych przeciwko ubóstwu i izolacji społecznej, które powinny być sporządzone przez wszystkie kraje członkowskie do lipca 2003 roku. Intencją jest kontynuacja i utrwalenie postępu osiągniętego przez Otwartą Metodę Koordynacji w odniesieniu do ubóstwa i wyłączenia społecznego, zainicjowaną przez Radę Europejską w Lizbonie w 2000 roku.

Rozszerzenie Unii Europejskiej z 15 do 25 krajów jest niezmiernie blisko. Wraz z nim spodziewać się można istotnych zmian w ogólnej sytuacji społecznej Unii. Zakłada się, że wzrosną wyzwania wobec polityk nastawionych na zwalczanie wyłączenia społecznego, ubóstwa i różnych formy nierówności, w tym tej związanej ze statusem zdrowia. Nierówności regionalne i problemy ze spójnością społeczną staną się ważniejsze. Dlatego też, w miarę jak różnice pomiędzy krajami członkowskimi ulegną znacznemu powiększeniu, niezbędnym stanie się wprowadzenie takich instrumentów współpracy, które doprowadzą w konstruktywny sposób do pokonania tych różnic.

9 Wyniki pochodzą z publikacji „Income on the Move” i odnoszą się głównie do Europejskiego Panelu Gospodarstw Domowych za rok 1997.

10 Współczynnik Giniego jest indeksem porównującym rzeczywistą dystrybucję dochodu w całym rozkładzie dochodów z dystrybucją teoretycznie idealną, gdzie każdy posiada taki sam dochód (gini = 0 procent). 100 procent gini znaczyłoby, że tylko jedna osoba ma cały dochód.

11 Ta liczba ilustruje rozmiar, jednak ponieważ istnieją inne zmienne, które mają wpływ na obie sytuacje, nie można przypisać różnicy pomiędzy dwoma współczynnikami giniego wpływowi zasiłków społecznych.

12 Komisja Europejska, „Making a success of enlargement”, Strategy Paper and Report of the European Commission on the progress towards accession by each of the acceding States, str. 13.

2 Zdrowie i opieka zdrowotna w Unii Europejskiej

2.1 Zdrowie Europejczyków i Obecny Program Europejski

Zdrowie stanowi temat specjalny tegorocznego raportu. Zdrowie i jakość opieki zdrowotnej są dla Europejczyków sprawami o bardzo wysokim priorytecie (Eurobarometr 2002). Niniejszy raport przedstawia sytuację zdrowotną Europejczyków i określa główne wyznaczniki ich zdrowia.

Podczas gdy sektor zdrowia jest kluczowym w leczeniu złego stanu zdrowia, odgrywa także rolę w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia. Ogólny stan zdrowia obywateli jest w dużej mierze kształtowany przez warunki społeczno-ekonomiczne, styl życia i warunki środowiskowe. Organizacja zdrowia i opieki długoterminowej jest w ramach Unii bardzo zróżnicowana. Oprócz tych różnic istnieją także znaczne podobieństwa, i, jak demonstruje to raport, kraje członkowskie w dużej mierze stoją przed takimi samymi obecnymi i przyszłymi wyzwaniami w polityce zdrowotnej. Dwa z tych wyzwań zasługują na szczególne wyróżnienie. Z jednej strony istnieje ciągła potrzeba optymalizacji efektywności kosztów systemu opieki społecznej w obliczu poważnych czynników, takich jak starzenie się społeczeństwa oraz nowe technologie zdrowia, wpływających na potrzebę zmian strukturalnych. Z drugiej strony istnieją jeszcze duże możliwości rozwinięcia lepszego współdziałania pomiędzy polityką zdrowotną a innymi politykami, które mają wpływ na środowiskowe i społeczno-ekonomiczne wyznaczniki zdrowia.

Zdrowie to bogactwo

Stan zdrowia obywateli jest istotnym czynnikiem zdolności produkcyjnej społeczeństwa, a poprawa zdrowia może polepszyć potencjał wzrostu¹³. Dzieje się tak, ponieważ w lepszym zdrowiu leży potencjał wyższej wydajności, wydłużenia okresu aktywności zawodowej i niższych kosztów (mniej zwolnień chorobowych, mniejsza potrzeba leczenia, mniej kalectwa, itd.)¹⁴.

Opieka zdrowotna jest częścią systemów zabezpieczenia społecznego w krajach członkowskich. Jako taka jest ona tematem nowej współpracy¹⁵ dotyczącej modernizacji i ulepszania systemów ochrony społecznej, co stanowi część szerszej strategii lizbońskiej. Dostępność, jakość i

trwałość zostały wskazane jako wspólne cele, do których osiągnięcia dążą kraje członkowskie w swojej polityce opieki zdrowotnej. Utrzymanie poziomu dochodów jako rezultat działań systemów opieki społecznej najwyraźniej również pomaga w utrzymaniu stanu zdrowia obywateli. Dla przykładu, systemy emerytalne w dużej mierze przyczyniają się do utrzymania stanu zdrowia starszych obywateli poprzez zapewnienie godnego poziomu życia po przejściu na emeryturę.

Jest oczywistym, że efekt inwestycji zdrowotnych zależy nie tylko od tego, ile się wydaje, ale gdzie, kiedy i na co środki są przeznaczane. Zwrot inwestycji w dobry stan zdrowia może między innymi być szczególnie duży, jeśli działania są skierowane na takie grupy społeczne lub regiony gdzie przeciętny stan zdrowia jest kiepski lub szczególnie zagrożony. Nierówności odnoszące się do sytuacji zdrowia wiążą się z szerszej pojmowanymi nierównościami w społeczeństwie. Osoby ubogie i społecznie wyłączone są szczególnie wystawione na zagrożenie złym stanem zdrowia. Nowe wspólne działania na szczeblu europejskim a także polityka krajów członkowskich skierowane na zwalczanie ubóstwa, zmniejszanie nierówności oraz promowanie włączenia społecznego, mają pozytywny wpływ na stan zdrowia ludzi ubogich i poprawiają poziom spójności społecznej.

W ten sposób zdrowie i opieka zdrowotna lokują się na skrzyżowaniu Europejskiej Strategii Zatrudnienia i starań Unii na rzecz unowocześnienia i ulepszenia zabezpieczenia społecznego.

W ostatnich dziesięcioleciach w Unii Europejskiej znacznie polepszyły się warunki do uzyskania dobrej kondycji zdrowotnej i uzyskania odpowiedniego i efektywnego leczenia chorób. Jest to wynikiem państwowych i prywatnych starań poprzez bezpośrednie inwestycje w lepszą opiekę zdrowotną. Systemy opieki zdrowotnej odgrywają znaczącą rolę w zwalczaniu i zapobieganiu chorobom. Jednak również polityka w odniesieniu do innych dziedzin, oddziałująca na środowiskowe i socjalno-ekonomiczne wyznaczniki dobrego stanu zdrowia, zatrudnienie i warunki pracy, również w znaczący sposób wpływa na obecną i przyszłą kondycję zdrowotną społeczeństwa.

13 Ocena tego związku w odniesieniu światowym przedstawiona jest w Raporcie Komisji o makroekonomii i zdrowiu – pod przewodnictwem Jeffrey'a D. Sachs'a (2001): "Macroeconomics and health: investing in health for economic development". Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Genewa.

14 Przegląd amerykańskiej literatury naukowej z ostatniej dekady pozwala na konkluzję, że w Stanach Zjednoczonych pracownicy o dobrym zdrowiu zarabiają od 15% do 30% więcej niż pracownicy o słabym zdrowiu: 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 Proposal by the Commission for a Joint Commission-Council report on adequate and sustainable pensions, COM(2002) 737 final. Także - Proposal for a joint Commission-Council report on health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection, COM(2002) 774 final.

Program europejskiej polityki zdrowotnej

Na przestrzeni poprzedniej dekady rozwój ustawodawstwa i polityk programowych wysunął sprawy dotyczące zdrowia na czoło programu europejskiego.

W traktacie z Maastricht (1993) zdrowie publiczne po raz pierwszy uzyskało podstawę prawną (Art. 129). Artykuł umożliwił i zachęcał do podejmowania współpracy pomiędzy krajami członkowskimi, wspierał działania prewencyjne i budowanie narzędzi motywacyjnych. Program nie zawierał harmonizacji praw i postanowień. W odpowiedzi na te nowe zobowiązania Komisja przedstawiła „Komunikat o Planie Działania w Dziedzinie Zdrowia Publicznego”¹⁶ oparty na utworzeniu ośmiu Programów Zdrowia Publicznego (Public Health Programmes). Te działania na szczeblu unijnym, poprzez poparcie dla starań podejmowanych przez kraje członkowskie oraz rozpowszechnianie informacji o rozwiązaniach modelowych („best practice”) wnoszą dodatkowy wymiar i wartość do podejmowanych starań, mając na celu stałe podtrzymywanie postanowień odnośnie zabezpieczenia ochrony zdrowia w społeczności unijnej.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych ogólna struktura polityki zdrowotnej uległa zmianie. Traktat z Amsterdamu rozszerzył uprawnienia Unii w sektorze zdrowia publicznego. Artykuł 129 został poprawiony poprzez dodanie do niego kilku nowych postanowień i zapisanie ponownie jako Artykuł 152. Tym samym, zgodnie z Artykułem 152 działania w dziedzinie zdrowia publicznego powinny: przyczyniać się do zapewniania osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia; polepszać kondycję zdrowotną; zapobiegać dolegliwościom i chorobom; zwalczać źródła zagrożeń dla zdrowia a także zapewniać, aby cała polityka unijna uwzględniała aspekt ochrony zdrowia.

Na tym gruncie, w maju 2000 Komisja Europejska zaproponowała nową strategię zdrowia¹⁷, która promuje zintegrowane podejście do prac na szczeblu unijnym odnoszących się do tematyki zdrowia. Kluczowym elementem była propozycja nowego programu Działania Unii w dziedzinie zdrowia publicznego¹⁸. Program ten skupi się na trzech głównych działaniach:

- Poprawie informacji o zdrowiu i wiedzy o rozwoju zdrowia publicznego.
- Wzmocnieniu zdolności do skoordynowanej, szybkiej reakcji na poważne zagrożenia dla zdrowia.
- Ukierunkowane działania promujące zdrowie i zapobiegające chorobom.

Dodatkowo, Komisja utworzyła Forum Zdrowia UE, które skupia stosowne organizacje europejskie. Co więcej, szósty Program Ramowy ds. Badań uwzględnia badania skierowane na formułowanie stosownych polityk. Badania te mają być istotne dla zakresu operowania polityki społecznej i w szczególności odnosić się do wdrażania Europejskiego Programu Społecznego¹⁹.

Odpowiedzialność za działanie i finansowanie systemów opieki zdrowotnej leży w gestii krajów członkowskich. Jednak odpowiedzialność ta przeszkadza podstawowym

zasadom wolności – takich jak wolność świadczenia usług, wolność obiegu produktów medycznych lub wolność przemieszczania się pracowników – lub innych obowiązujących praw Unii od wpływu na te kwestie.

Ponadto, zdrowie stanowi kwestię przekrojową w Europejskim Programie Społecznym oraz ważny element strategii UE dotyczącej stałego rozwoju. Obie kwestie są ważnymi elementami strategii Lizbońskiej. Dodatkowo opieka zdrowotna stała się kwestią uwzględnianą przy ruchu między krajami, jest także brana pod uwagę w działaniach na rzecz ulepszenia stanu finansów publicznych.

Jakość i trwałość opieki zdrowotnej zostały uznane za jeden z kluczowych elementów potrzebnych dla bliższej współpracy pomiędzy krajami członkowskimi. Podczas Europejskiej Rady w Goeteborgu (czerwiec 2001) Komitet do spraw Zabezpieczenia Społecznego (Social Protection Committee) i Komitet do spraw Polityki Gospodarczej (Economic Policy Committee) zostały poproszone o przygotowanie analizy wyzwań, jakie niesie ze sobą starzenie się społeczeństwa. Przygotowany na potrzeby Wiosennej Rady Europejskiej 2002 roku wstępny raport na temat sytuacji w sferze opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi stwierdził, że oddziałujące czynniki demograficzne, technologiczne i finansowe stawiają przed systemami opieki zdrowotnej i opieki długotrwałej wyzwania: zapewnienia uniwersalnego dostępu; wysokiego poziomu jakości opieki oraz finansowej trwałości systemów opieki.

Te trzy szerokie cele zostały przyjęte przez Radę we wstępnym raporcie zapoznawczym na temat opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi przedstawionym przed Radą Europejską w Barcelonie. Jednocześnie raport podkreślił, że wszystkie systemy zdrowia w UE oparte są na zasadach solidarności, równości i uniwersalności. Rada Europejska w Barcelonie zwróciła się z prośbą do Komisji i Rady, aby bardziej wnikliwie zbadały kwestie dostępności, jakości i ciągłości finansowej. W oparciu o kwestionariusz przedstawiony krajom członkowskim, Komisja przedstawiła wspólny raport dotyczący narodowych strategii dla zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa socjalnego.²¹ Na opiekę zdrowotną przeznaczona jest duża część wydatków państwowych, dlatego też w tym świetle istotną kwestią pozostaje trwałość finansowa systemów opieki i planowanych reform.

Zdrowie i bezpieczeństwo pracy to jeden z najważniejszych punktów w Europejskiej polityce społecznej. Dobra kondycja zdrowotna w pracy to nie tylko brak wypadków lub chorób zawodowych, ale także fizyczny, moralny i społeczny dobrobyt, tak istotne dla jakości pracy i wydajności pracowników. Przy uwzględnieniu zmian w społeczeństwie i świecie pracy²², została przygotowana nowa strategia Unii na lata 2002-2006 w odniesieniu do zdrowia i bezpieczeństwa pracy. Strategia przyjmuje globalne podejście do dobrostanu w pracy, które opiera się na stosowaniu środków zapobiegawczych i budowaniu partnerstwa pomiędzy wszystkimi aktorami sfery zatrudnienia, zdrowia i bezpieczeństwa.

16 "Communication on the Framework for Action in the Field of Public Health", Listopad 1993.

17 COM (2000) 285 final of 16.5.2000

18 OJ L 271/1 of 9.10.2002, Decision 1786/EC.

19 Patrz: the specific programme for research, technological development and demonstration: Integrating and Strengthening the European Research Area (2002-2006).

20 Oparty na: COM(2001) 723 final: The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability.

21 COM(2002) 774 final.

22 COM(2002) 118 final: Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002-2006.

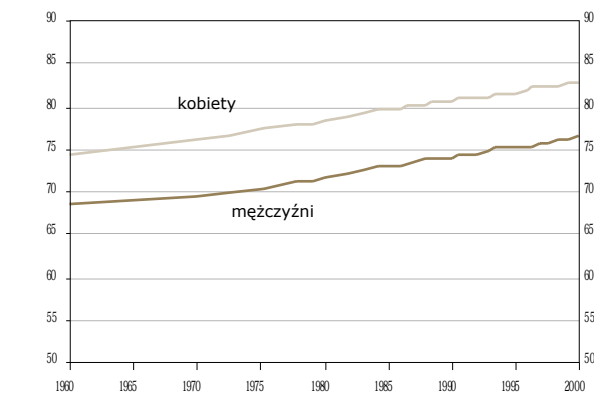
2.2 Populacja i zdrowie

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci stan zdrowia obywateli poprawił się we wszystkich krajach członkowskich UE...

Przeciętny stan zdrowia obywateli UE ulega poprawie. W roku 2000 przewidywana średnia długość życia przy urodzeniu dla europejskiej "piętnastki" wynosiła 78 lat (75 lat dla mężczyzn i 81 dla kobiet). Współczynnik ten jest wyższy niż w USA (74 lata dla mężczyzn i 80 lat dla kobiet) ale niższy niż w Japonii (78 lat dla mężczyzn i 84 lata dla kobiet).

Przewidywana średnia długość życia przy urodzeniu jest nie tylko wskaźnikiem społecznym. Jest także ważnym wskaźnikiem ekonomicznym. Dokonana analiza w odniesieniu do poziomu makroekonomicznego i zdrowia ukazuje, że stan zdrowia wyjaśnia ważną część różnicy w poziomach wzrostu gospodarczego²³.

Wykres 2 Przewidywana długość życia, mężczyźni i kobiety. UE-15, 1960-2000



Źródło: Eurostat

Liczba określająca przewidywaną średnią długość życia zwiększyła się w trakcie dwudziestego wieku: wzrost o 25 lat został osiągnięty w ciągu pierwszych 60 lat wieku, a w czasie ostatnich czterech dziesięcioleci wskaźnik ten powiększył się o kolejnych 8 lat²⁴. Przewidywana średnia długość życia mężczyzn zwiększyła się z 68 lat w 1970 roku do 75 lat w roku 2000²⁵. W tym samym czasie przewidywana średnia długość życia kobiet zwiększyła się o sześć lat, z 75 lat w 1970 roku do 81 lat w 2000 roku.

Niższa przewidywana średnia długość życia dla mężczyzn spowodowana jest większą śmiertelnością mężczyzn w każdym wieku, co jest dobrze znanym zjawiskiem we wszystkich krajach członkowskich, ale także większości innych krajów świata. Te nierówności pod względem płci, chociaż uwarunkowane czynnikami biologicznymi, są

głównie przypisywane czynnikom społecznym i konkretnym wzorom stylu życia. Obecnie, gdy zachowania mężczyzn i kobiet w UE upodabniają się coraz bardziej, męska i żeńska przewidywana średnia długość życia zaczynają się wyrównywać. Zostało to już zaobserwowane na poziomie europejskiej "piętnastki" (gdzie przewidywana średnia długość życia przy urodzeniu zwiększyła się w okresie 1990-2000 o 2,5 roku dla mężczyzn, w porównaniu do 2 lat dla kobiet) oraz we wszystkich krajach członkowskich z wyjątkiem Grecji, Hiszpanii, Luksemburga i Portugalii.

W wyniku zwiększania się przewidywanej średniej długości życia połączonej ze zmianami płodności, populacja UE staje się coraz starsza. To starzenie demograficzne oznacza, że rośnie liczba osób starszych, podczas gdy zmniejszeniu ulegać będzie udział osób w wieku produkcyjnym (15 do 64). Te trendy demograficzne będą miały konsekwencje ekonomiczne i społeczne w wielu dziedzinach, łącznie z systemem zdrowia i opieki.

W odniesieniu do zapewniania opieki zdrowotnej, jednym z najważniejszych trendów demograficznych jest zwiększający się rozmiar grupy osób w wieku bardzo podeszłym (w wieku powyżej 80 lat). W okresie 2010-2030 grupa ta powiększy się o osiem milionów, co daje wzrost o 44%, czyli nawet wyższy niż ten odnoszący się do populacji osób starszych ogółem. W chwili obecnej większość osób w bardzo podeszłym wieku wymaga pomocy i opieki, dostarczanej formalnie lub nieformalnie (opieka nieformalna obejmuje opiekę członków rodziny, co jest szczególnie widoczne w południowych krajach członkowskich). W przyszłości gospodarstwa domowe ulegną zmniejszeniu i rodziny mogą mieć mniejsze możliwości podjęcia zwiększonych wymagań opieki, co zwiększa istotność opiekunów, zarówno formalnych, jak i nieformalnych. Proces starzenia się społeczeństwa ma wyraźny wymiar płciowy: olbrzymią większość osób w bardzo podeszłym wieku będą stanowiły kobiety. W miarę starzenia się populacji kobiece problemy zdrowotne staną się dominujące w liczbie i rodzaju schorzeń wymagających zwalczania.

... prowadząc do nowych tendencji w śmiertelności i zachorowalności...

Ponieważ ludzie żyją dłużej, śmiertelność i zachorowalność przesuwały się w stronę coraz starszego wieku. Głównymi przyczynami śmierci są choroby układu krążenia (około 40% wszystkich zgonów), rak (jedna czwarta wszystkich zgonów), choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego oraz przypadki obrażeń i zatruc spowodowanych czynnikami zewnętrznymi, w tym w wyniku wypadków samochodowych²⁶. Jeden na każde pięć zgonów spowodowany jest chorobą, której można było zapobiec. Ten generalny wzór różnicuje się jednak ze względu na płeć i przede wszystkim wiek. W ostatnich dziesięcioleciach śmiertelność w pierwszym roku życia zmniejszyła się we wszystkich krajach członkowskich a

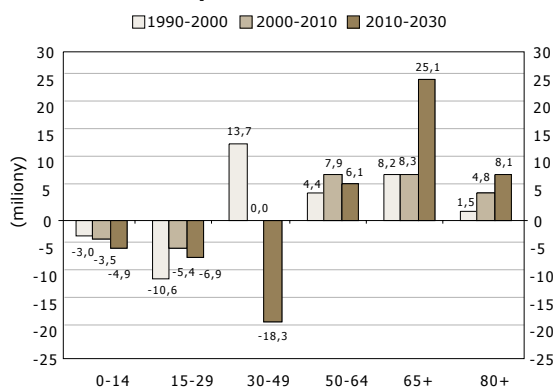
23 Raport Komisji o makroekonomii i zdrowiu – pod przewodnictwem Jeffrey'a D. Sachs'a (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Genewa, (str. 24) : " W szczególności, każde 10% poprawy w średniej przewidywalnej długości życia przy narodzinach jest połączone ze wzrostem ekonomicznym o co najmniej 0.3 do 0.4 punktów procentowych rocznie, przy utrzymaniu innych czynników wzrostu niezmiennych.

24 Charakter tego wskaźnika częściowo wyjaśnia to spowolnienie. Dla danego roku, przewidywalna długość życia to przeciętny wiek jakiego dożyje nowo narodzone dziecko, jeśli współczynnik śmiertelności określony dla danego roku zostanie zachowany. Ponieważ całkowita liczba lat życia stracona przez osobę, która umiera w pierwszym roku życia jest o wiele wyższa niż lata utracone przez osobę, która umiera, dla przykładu, w wieku lat 65, to wskaźnik średniej przewidywalnej długości życia jest bardziej wrażliwy na zredukowanie umieralności noworodków, niż wydłużenie długości życia w wieku starszym.

25 Jednakże, w rezultacie wzrostu umieralności spowodowanej AIDS i wypadkami samochodowymi, które w szczególności dotyczą młodych mężczyzn, wzrost średniej przewidywalnej długości życia mężczyzn w niektórych południowych krajach członkowskich zakończył się w drugiej połowie lat osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych.

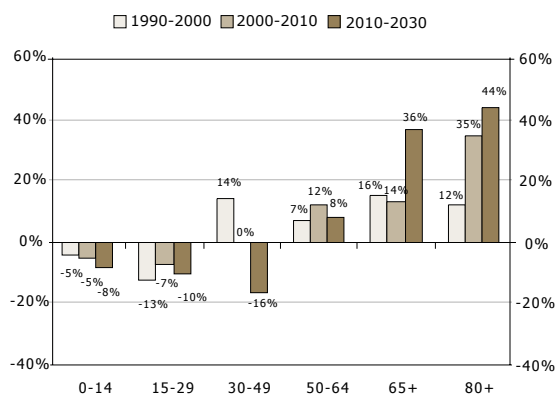
26 Źródło: Eurostat. Patrz także: raport Dyrektoriatu Generalnego do Spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta "The health status of the European Population" EC 2001

Wykres 3 Zmiany populacji (w milionach) według grup wiekowych. UE-15



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

Wykres 4 Zmiany populacji (w %) według grup wiekowych. UE-15



Źródło: Eurostat

obecny poziom należy do najniższych na świecie. Jednakże biorąc pod uwagę utrzymywanie się zróżnicowania w poziomach śmiertelności noworodków między różnymi grupami społecznymi i regionami, wciąż można osiągnąć dalsze polepszenie tej sytuacji.

Fakt, iż śmiertelność noworodków jest aktualnie na bardzo niskim poziomie oznacza, że dalszy wzrost przewidywanej średniej długości życia jest teraz zależny od zmniejszenia śmiertelności i zachorowalności osób w wieku starszym.

Główne przyczyny zapadania na choroby to schorzenia degenerujące układ nerwowy (jak choroba Alzheimera czy demencja), obrażenia, choroby układu krążenia, schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz rak²⁷. Ponieważ większość tych chorób wiąże się z wiekiem, starzenie się populacji będzie miało wpływ na tendencje zachorowań i potrzebę świadczenia opieki zdrowotnej. Problemy ze zdrowiem psychicznym także stają się coraz bardziej znaczące. Około jedna czwarta nowych zasiłków dla niepełnosprawnych przyznawanych w Unii wiąże się z problemami zdrowia psychicznego.

Sytuacja zdrowotna zmienia się także w krajach przystępujących i krajach kandydujących

Sytuacja zdrowotna poprawia się również w krajach przystępujących, lecz w większości przypadków jest ona gorsza niż sytuacja w aktualnych krajach członkowskich Unii Europejskiej. Występują duże różnice pomiędzy krajami przystępującymi a krajami kandydującymi - Malta i Cypr zajmują najlepszą pozycję (porównywalną lub nawet lepszą niż w niektórych krajach członkowskich), kolejną pozycję zajmuje Słowenia, podczas gdy kraje nadbałtyckie, Rumunia, Bułgaria i Turcja mają słabszą sytuację zdrowotną. Odzwierciedla się to w wyższej śmiertelności noworodków i niższej przewidywanej średniej długości życia, jak również częstszym występowaniem chorób nie zakaźnych (przede wszystkim chorób serca, chorób układu krążenia i raka), chorób zakaźnych (w niektórych krajach także dotyczy to chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy) oraz częstszych przypadków gwałtownej śmierci.

Przyszłe trendy niepełnosprawności będą odnosiły się w większości do ryzyka związanego z podeszłym wiekiem.

Cechą ludzkiego życia jest, że liczba różnego rodzaju dysfunkcji zwiększa się wraz z wiekiem. Choroba, ryzykowny styl życia, wypadki i czynniki społeczno-ekonomiczne - wszystkie przyczyniają się do powstawania procesu „upośledzenia” czy dysfunkcji, który kumuluje się z czasem. Dlatego też nie jest zaskoczeniem, że ludzie młodzi stanowią tylko 5% wszystkich osób niepełnosprawnych, podczas gdy ludzie w wieku produkcyjnym stanowią 46%, a pozostałe 49% ludzi deklarujących niepełnosprawność ma ponad 60 lat (dane European Community Household Panel ECHP). Wraz ze zwiększającą się przewidywaną średnią długością życia, wzrasta także ryzyko występowania uszkodzeń wzroku i słuchu, jak również chorób neurologicznych, takich jak choroba Alzheimera i demencja. Jednakże przyszłe tendencje w odniesieniu do związanego z wiekiem ryzyka zapadalności na choroby będą kluczowym czynnikiem przy określaniu liczby osób starszych wymagających pomocy i opieki.

2.3 Wyznaczniki zdrowia populacji

Sytuacja zdrowotna jest w dużym stopniu określona warunkami środowiskowymi...

Ludzie w Europie stoją przed zagrożeniami zdrowia płynącymi z ich otoczenia fizycznego, co w dużym stopniu spowodowane jest panującymi wzorcami życia i naturalnym zużywaniem zasobów. Ludzkie zdrowie zależy od dostępu do dobrej jakości pożywienia, wody, powietrza i schronienia. Ma na nie wpływ również hałas, zagęszczenie ruchu i wypadki jak również niewygodne systemy kanalizacyjne. Gwałtowna urbanizacja stworzyła szczególne problemy w niektórych miastach, których rezultatem jest zanieczyszczone powietrze i niekorzystne warunki mieszkaniowe. Inne problemy zdrowotne powiązane są z wodą i zanieczyszczonym pożywieniem, powodującymi choroby zakaźne. Problemy te są jednak rozwiązywane poprzez rekonstrukcję terenów miejskich, ulepszanie infrastruktury, monitorowanie substancji

27 Źródło: Eurostat. Patrz także: raport Dyrektoriatu Generalnego do Spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta „The health status of the European Population” EC 2001.

Wykres 5 Główne wyznaczniki zdrowia²⁸

trujących oraz wzmocnione środki bezpieczeństwa żywności, które mają zredukować ich występowanie.

Podczas ostatniej dekady zanieczyszczenie powietrza na obszarach miejskich Europy Środkowo-Wschodniej zmniejszyło się w związku z przyjęciem różnych środków technicznych i stagnacją ekonomiczną. Warunki mieszkaniowe pozostają jednak poniżej standardów zachodnioeuropejskich. Problemy komunikacji również stają się coraz bardziej widoczne.

...warunkami społeczno-ekonomicznymi...

Jest oczywiste, że zdrowie jest powiązane ze statusem społeczno-ekonomicznym. Zazwyczaj koncepcja ta jest definiowana za pomocą grupy powiązanych wskaźników, takich jak status zatrudnienia, płeć, poziom wykształcenia, poziom dochodów i zasobności. Dla jednostki status społeczno-ekonomiczny określa dostęp do społecznych i materialnych zasobów jak również ryzyko zdrowotne.

Na poziomie indywidualnym, wykształcenie wydaje się rozszerzać horyzonty społeczne, zwiększać możliwości indywidualne, budować pewność siebie, podnosić umiejętności i możliwości oraz promować zdrowszy styl życia poprzez zwiększanie świadomości ryzyka. Według badań Eurobarometru tylko 50% osób z wykształceniem co najwyżej średnim w porównaniu do prawie 75% osób z wyższym wykształceniem uważa stan swojego zdrowia za "dobry" lub "bardzo dobry".

Zatrudnienie i bezrobocie są czynnikami ważnymi dla statusu zdrowia. Okazuje się, że w dłuższej perspektywie czasowej wysoki wskaźnik zatrudnienia lub niski wskaźnik bezrobocia, w połączeniu z wysokim przeciętnym krajowym poziomem zasobności zmniejszają znacznie poziom śmiertelności²⁹. Ponadto, wiele badań na poziomie indywidualnym wskazuje na pozytywną korelację pomiędzy bezrobociem oraz chorobami lub inwalidztwem, zarówno w sensie fizycznym jak i psychicznym. Osoby bezrobotne znacznie częściej stwierdzają niezadowolający stan zdrowia czy szukają porady lekarskiej. Ryzyko śmiertelności wśród osób bezrobotnych jest wyższe niż wśród osób posiadających stałe zatrudnienie. Wyższy wskaźnik samobójstw notowany jest pośród młodych

bezrobotnych. Jednakże sieci społeczne lub podejmowanie prac nieformalnych mogą do pewnego stopnia zmniejszyć negatywny wpływ utraty pracy. Ten „efekt bufora” jest silniejszy w niektórych krajach członkowskich.

Generalnie zatrudnienie ma pozytywny wpływ na długowieczność i zdrowie, pod warunkiem, że wykonywana praca jest wysokiej jakości. Wykazano, że praca o niskiej jakości stwarza konkretne problemy zdrowotne związane z jej wykonywaniem (wypadki, kontuzje i choroby zawodowe). Główne problemy zdrowotne związane z pracą to schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, stres, następnie choroby płucne i układu krążenia. Rodzaj branży i wykonywanego zawodu, umowy o pracę (czasowy) lub czasu pracy (praca zmianowa), wiek oraz płeć mają wpływ na występowanie i zasięg występowania schorzeń. Mimo iż kobiety reprezentują 46% całej siły roboczej to dotyczy ich jedynie 18% przypadków chorób zawodowych, choć wielkość ta odzwierciedla także różnice w czasie pracy.

Koszty pracy niskiej jakości są znaczące. Koszt zabiegów zapobiegawczych czy leczniczych powinien być rozważany w odniesieniu do liczby dni roboczych utraconych z powodu wypadków związanych z pracą czy złego stanu zdrowia a także wynikających z tego strat w produkcji i dochodzie. Ogółem w latach 1998/99 wypadki i problemy zdrowotne związane z wykonywaną pracą spowodowały w UE utratę 500 milionów dni roboczych.

W krajach przystępujących większy odsetek pracowników uważa, że ich zdrowie i bezpieczeństwo jest zagrożone z powodu pracy: 40% w porównaniu do 27% w UE³⁰. W tych krajach problemy wiążące się z pracą są częściej odnotowywane, w szczególności odnosi się to do sytuacji przemęczenia i zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego. Systemy bezpieczeństwa i higieny pracy w krajach przystępujących będą musiały dostosować się do ustawodawstwa europejskiego. W wielu z tych państw dialog społeczny jest mniej rozwinięty, dlatego też zapewnienie wkładu pracowników i pracodawców w usprawnienie systemu pozostaje poważnym wyzwaniem.

...jak również rozmiarem i jakością sieci społecznych.

Wsparcie społeczne jest ważne dla zdrowia, szczególnie w utrzymaniu odpowiedniego stanu zdrowia na początku i końcu drogi życia. Sieci społeczne – członkowie rodziny, krewni, rówieśnicy i przyjaciele – przyczyniają się do ochrony i rozszerzenia zdrowia jednostek. Wywierają kontrolę nad zachowaniami dewiacyjnymi i większością czynników związanych ze stylem życia. Mogą ułatwić dostęp do zdrowia i usług, dostarczając opieki nieformalnej i pomagając zniwelować wpływ negatywnych wydarzeń.

Rodzina pozostaje podstawą opieki i wsparcia zarówno dla dzieci jak i dorosłych we wszystkich krajach członkowskich, a rola rodziny w zapewnianiu opieki postrzegana jest jako ważna i pozytywna. Obecnie 6% Europejczyków spędza dużą część swego czasu zapewniając nieformalną, długoterminową opiekę osobom starszym lub w wieku produkcyjnym, które są chore lub niepełnosprawne. Rozwój aktywności zawodowej kobiet i zwiększająca się

28 W oparciu o analizę przedstawioną w "Policies and strategies to promote social equity in health" Dahlgren and Whitehead. Institute for Future Studies. Stockholm.

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", Komisja Europejska, Dyrektoriat Generalny do spraw Zatrudnienia i Kwestii Społecznych.

30 Badanie na temat warunków pracy w krajach kandydujących, 2001 – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

niestabilność struktury rodziny będą wpływać na przyszłe możliwości świadczenia długoterminowej opieki przez rodzinę. We wszystkich krajach członkowskich zauważalne są tendencje zmniejszania się rozmiarów gospodarstw domowych oraz wzrostu liczby osób mieszkających samotnie. Scenariusze dla europejskiej „piętnastki” przewidują, że do 2020 roku 46% osób w wieku lat 85 i starszych będzie mieszkała samotnie, a 80% z nich będą stanowiły kobiety. W rezultacie rosnąca liczba ludzi starszych będzie najprawdopodobniej wymagała formalnej opieki, nawet jeśli liczba osób niepełnosprawnych w starszym wieku będzie wciąż spadać.

Strategie skierowane na promocję zdrowych nawyków wymagają zdecydowanego włączenia się szerokiego spektrum interesariuszy. Aby zwiększyć publiczną świadomość i zrozumienie potencjalnych zagrożeń dla zdrowia, niezbędna jest równowaga pomiędzy przedsięwzięciami rządu, społeczności i jednostek. Potencjał organizacji pozarządowych czy grup lokalnych do podejmowania działań na rzecz społeczności, powinien zostać odpowiednio rozpoznany.

Ostatnie trendy izolacji społecznej tworzą nowe wyzwania dla redukcji nierówności w sferze zdrowia

W krajach biednych wydaje się istnieć wyraźny związek pomiędzy poziomem dochodów a śmiertelnością. Wyższy dochód jest często powiązany z lepszym zdrowiem. Ten związek staje się mniej oczywisty w krajach bogatych, gdzie wzorce śmiertelności wydają się być związane ze stopniem nierówności dochodów. Wynika to głównie z faktu, że niskie dochody i ubóstwo są związane z kiepskimi warunkami życia i pracy oraz ubogim stylem życia. W większości krajów członkowskich osoby ubogie dużo częściej określają swój stan zdrowia jako zły, lub bardzo zły. Częściej sygnalizują także wysoki stopień izolacji społecznej, mniejsze potencjalne wsparcie oraz mniejszy dostęp do nieformalnej opieki.

Niskie dochody i ubóstwo mogą ograniczać dostęp do właściwej jakości pomocy lekarskiej - leczenia oraz prowadzenia pacjenta, zarówno w odniesieniu do postępowania zapobiegawczego (np. konsultacje) jak i leczniczego (np. kuracja lekami czy hospitalizacja). Jest bardziej prawdopodobne, że osoby o wyższych dochodach otrzymają lepszą obsługę specjalistyczną, podczas gdy osoby o niskich dochodach z reguły zasięgają porad lekarza ogólnego³¹. Rosnące korzyści zdrowotne wynikające z redukcji nierówności w dochodach są szczególnie istotne, gdy ubóstwo jest również obecne w społeczeństwie. Z punktu widzenia programów polityki społecznej oznacza to, że zwalczanie ubóstwa i usuwanie barier dostępu do opieki zdrowotnej są głównymi kwestiami zdrowotnymi.

Nowe wyzwania odnoszą się także do wpływu, jaki mają na zdrowie różne style życia...

Styl życia ma istotny wpływ na stan zdrowia. Wiele poważnych i rosnących problemów zdrowotnych o wymiarze epidemiologicznym wiąże się z ubogim stylem

życia związanym z kwestiami odżywiania, ćwiczeń fizycznych oraz nadużywania alkoholu, papierosów i zakazanych narkotyków. Problemy te mogą zostać rozwiązane poprzez działania prewencyjne oraz kampanie podnoszące świadomość na temat kwestii zdrowia.

Zgodnie z ostatnim raportem Światowej Organizacji Zdrowia³² używanie tytoniu jest wiodącym czynnikiem ryzyka, odpowiedzialnym za około 12% ogólnej ilości chorób i obrażeń. Palenie papierosów wiąże się z szeroką gamą chorób, często śmiertelnych, których w przeciwnym razie można by było uniknąć (choroby układu krążenia, rak, choroby płuc). Ogółem jedna trzecia populacji europejskiej „piętnastki” deklaruje regularne palenie. W europejskiej „piętnastce” palenie wśród mężczyzn jest częstsze niż wśród kobiet (40% mężczyzn i 28% kobiety) i ciągle rośnie, szczególnie w przypadku młodych kobiet. Badania przeprowadzone w Danii wykazały, że rak płuc w połączeniu z wysoką konsumpcją papierosów wśród kobiet, jest jednym z powodów relatywnie krótkiej przewidywanej średniej długości życia Dunek³³.

Problemy z alkoholem i ciśnieniem krwi są odpowiedzialne za 9-10% DALYs³⁴, (Rok Życia w Przystosowaniu do Niepełnosprawności), a cholesterol i waga ciała za 6-7% DALYs dla obu płci. Nieodpowiednie żywienie – np. kiepskie powszechne wzorce dietetyczne – ma poważne konsekwencje w pojęciu społeczno-ekonomicznym, przyczyniając się do uszczerbku na zdrowiu czy powodując koszty ekonomiczne i społeczne. Dane Eurostatu sugerują, że około 17% osób dorosłych w UE ma nadwagę a około 6,5% jest otyłych. Nadwaga lub otyłość zwiększa ryzyko pewnych schorzeń chronicznych, takich jak choroby układu krążenia, pewne rodzaje raka i cukrzyca typu II. Otyłość wzrasta, szczególnie wśród dzieci.

...szczególnie w stosunku do ludzi młodych

Poprawa zdrowia młodzieży nie odbywa się w tym samym tempie jak w społeczeństwie ogółem. Wśród ludzi młodych, szczególnie mężczyzn, stopień relatywnego ryzyka śmierci jest dosyć wysoki, co wynika z zachowania i stylu życia. Nadużywanie narkotyków oraz alkoholu jest często odpowiedzialne za zbyt wysoką liczbę śmierci na skutek działania czynników zewnętrznych wśród młodych ludzi. W przypadku młodych mężczyzn w wieku lat 15 –30 odnosi się to głównie do wypadków samochodowych, ale także innych rodzajów nagłej śmierci, np. w wyniku samobójstw, co stanowi drugą najczęstszą przyczynę śmierci młodych mężczyzn. Co więcej, używanie substancji nielegalnych koncentruje się wśród osób młodych, zwłaszcza mężczyzn na obszarach miejskich - problemu ten jest dwukrotnie częstszy wśród osób młodych niż wśród dorosłych ogółem. Ponadto zachowania seksualne na przykład nieplanowana ciąża czy ryzyko zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, są poważnym zagadnieniem w odniesieniu do kwestii zdrowia ludzi młodych.

...a także w krajach przystępujących

Problemy związane z używaniem tytoniu są poważne, szczególnie biorąc pod uwagę wzrastającą liczbę palaczy

31 Problem dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej także dla wszystkich grup wystawionych na ryzyko został przedyskutowany w „Joint Report on Social Inclusion” przyjętym w Laeken w grudniu 2001.

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

33 Patrz: raport Dyrektoriatu Generalnego do Spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta „The health status of the European Population” EC 2001.

34 Rok Życia w Przystosowaniu do Niepełnosprawności (DALY czyli „Disability-Adjusted Life Year”) jest wskaźnikiem pomiaru ciężaru choroby, który bierze pod uwagę lata życia stracone z powodu przedwczesnej śmiertelności oraz lata życia z niepełnosprawnością o określonym poziomie i czasie trwania. Jeden stracony taki rok (Życia w Przystosowaniu do Niepełnosprawności) jest jednym straconym rokiem zdrowego życia.

wśród ludzi młodych i kobiet. Konsumpcja alkoholu to kolejny czynnik stylu życia, który odgrywa rolę w wielu przypadkach śmierci. Wydaje się, że w krajach przystępujących do Europy Środkowo-Wschodniej, alkohol jest bardziej istotnym czynnikiem wpływającym na wysoką liczbę przypadków nagłej śmierci z powodu problemów sercowych³⁵ czy marskości wątroby niż ma to miejsce w krajach UE.

Ogólnie rzecz biorąc, współczynnik śmiertelności z powodu urazów, szczególnie powstałych w wyniku wypadków drogowych, utonięć i pożarów a także zabójstw i samobójstw, jest w tych krajach również wyższy, co może być częściowo przypisane modelom spożywania alkoholu.

2.4 Znaczenie systemu opieki zdrowotnej

Systemy opieki zdrowotnej są ważne dla stanu zdrowia i gospodarki we wszystkich krajach członkowskich...

Systemy opieki zdrowotnej są ważne dla zwalczania złego stanu zdrowia i przyczyniają się znacznie do jakości zdrowia. Co więcej, waga sektora zdrowia i długoterminowej opieki w gospodarce i zatrudnieniu jest znacząca. Przeciętne zatrudnienie w sektorze zdrowia i usług socjalnych w piętnastu krajach członkowskich wynosi około 10% całego zatrudnienia. Sektor zdrowia jest bardzo dynamicznym i szybko rozwijającym się sektorem gospodarki, ze znacznym potencjałem możliwości przyczyniania się do dalszego rozwoju gospodarki i zatrudnienia. W okresie lat 1995- 2001³⁶ sektor zdrowia i opieki społecznej był odpowiedzialny za utworzenie 18% nowych miejsc pracy w Unii Europejskiej.

...które, pomimo ogromnych różnic w organizacji opieki zdrowotnej, wystawione są na podobne wyzwania.

Istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy krajami członkowskimi w zakresie sposobu, w jaki systemy opieki zdrowotnej są zorganizowane, regulowane, finansowane, dostarczane i wykorzystywane. Pomimo tego istnieją liczne podobieństwa problemów, które systemy opieki zdrowotnej muszą rozwiązać. Starzenie się populacji to szczególnie ważne wspólne wyzwanie. Zapewnienie powszechnego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, nawet w sytuacji poważnego starzenia się społeczeństwa, jest ogólnie postrzegane jako wspólny cel, do którego dążą w polityce opieki zdrowotnej kraje członkowskie.

Kraje członkowskie wydają znaczne sumy na opiekę zdrowotną...

W roku 1999 udział wszystkich wydatków na zdrowie w PKB wynosił od 10,3% w Niemczech do 6,1% w Luksemburgu, podczas gdy średnia warzona wynosiła 8,4% PKB. Całkowite wydatki na zdrowie jako proporcja produktu krajowego brutto jest obecnie najwyższa w Niemczech, za którymi stoją Francja i Belgia. W Stanach Zjednoczonych całkowite wydatki na zdrowie osiągnęły

13% PKB w roku 2000, gdzie udział publiczny wynosił 44%³⁷. W Kanadzie liczby są bardziej zbliżone do średniej UE, przy wydatkach na zdrowie wynoszących 9,1% PKB i udziale publicznym wynoszącym 71%.

Systemy opieki zdrowotnej w Europie opierają się na mozaice różnorodnych źródeł finansowania. Największą część finansowania we wszystkich krajach członkowskich stanowią wydatki publiczne (średnio 75%) pochodzące z podatków i składek na system ubezpieczeń społecznych. Wydatki prywatne (opłacane z własnej kieszeni czy przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne) stanowią, z wyjątkiem Grecji, Włoch i Portugalii, mniej niż 30% całkowitych wydatków na zdrowie. Udział wydatków pokrywanych z własnej kieszeni w całkowitej kwocie wydawanej na cele związane ze zdrowiem w Unii zwiększył się nieco w czasie lat dziewięćdziesiątych i w roku 1998 średnia UE wynosiła 16%. We Włoszech i Portugalii udział opłat z własnej kieszeni w całkowitych sumie wydatków na zdrowie jest wyższy niż 30%. Wydaje się, że przeciwnie do oczekiwań, przesunięcie kosztów do prywatnych źródeł finansowania nie zahamowało wzrostu ogólnych wydatków na zdrowie.

...i na opiekę długoterminową...

Trudno jest ustalić jednocześnie koszty i narodowe trendy długoterminowej (lub trzeciorzędnej) opieki, ponieważ usługi te są często podzielone między różne publiczne struktury i źródła finansowania – zwykle pomiędzy budżet przeznaczony na zdrowie i budżet przeznaczony na służby i pomoc społeczną. Najlepsze dostępne szacunki wydatków publicznych na opiekę długo-terminową określają średnią ważoną UE na 1,3% PKB w roku 2000 a rozpiętość od 0,7% we Francji, Irlandii i Austrii do 3% w Danii i 2,8% w Szwecji³⁸.

Organizacja opieki długoterminowej dla osób starszych wykazuje znaczne zróżnicowanie pomiędzy krajami członkowskimi. Dania dysponuje wysoką liczbą łóżek przeznaczonych na długoterminową opiekę pielęgniarską, podczas gdy śródziemnomorskie kraje członkowskie znajdują się znacznie poniżej średniej UE; jest to związane ze zróżnicowaną rolą, jaką rodzina i zależności rodzinne odgrywają w dostarczaniu opieki nieformalnej. Sektor ten przechodzi gwałtowne zmiany, bowiem system świadczenia usług przechodzi procesy reorganizacji lub modernizacji w północnych i centralnych krajach członkowskich oraz proces ekspansji na południu, częściowo ze względu na zmiany w rodzinie. Organizacje typu non-profit zaczynają odgrywać coraz większą rolę w sektorach zdrowia i usług społecznych.

W ramach systemu usług opieki zdrowotnej równowaga pomiędzy pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową³⁹ opieką zmienia się stopniowo. Opieka drugiego stopnia (dotycząca głównie pacjentów hospitalizowanych) straciła na znaczeniu głównie z powodu postępów w leczeniu terapeutycznym oraz poprawie systemie podstawowej opieki medycznej i opiece świadczonej w systemie dziennym. Stworzyło to potrzebę większej decentralizacji systemu świadczenia opieki zdrowotnej oraz konieczność nowej koordynacji między interesariuszami na poziomie krajowym, regionalnym

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

36 Employment in Europe, 2002.

37 OECD Health Data - 2002.

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

39 Opieka drugiego stopnia obejmuje usługi szpitalne dla pacjentów; opieka trzeciego stopnia obejmuje opiekę długoterminową.

i lokalnym. Zmieniające się zależności pomiędzy sektorami publicznym, prywatnym oraz non-profit systemu świadczenia opieki zdrowotnej, przy rosnącym udziale sektora prywatnego, kreują nowe wyzwania dla regulowania i zarządzania świadczeniem opieki zdrowotnej oraz dla osiągnięcia celów równości.

Większość krajów członkowskich zapewnia uniwersalność dostępu...

Wszystkie kraje członkowskie oferują uniwersalne lub prawie uniwersalne prawo do opieki zdrowotnej. Jest to jedno z głównych osiągnięć Unii Europejskiej na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci. Z wprowadzeniem uniwersalnego ubezpieczenia w styczniu 2000 roku, Francja dołączyła do Danii, Finlandii, Grecji, Irlandii, Włoch, Luksemburga, Portugalii, Szwecji i Wielkiej Brytanii, zapewniając uniwersalne ustawowe ubezpieczenie, które znacząco obniża ryzyko wyłączenia społecznego w zakresie dostępu do usług zdrowotnych. Dla porównania, szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych 40 milionów Amerykanów, to jest 14% populacji nie ma ubezpieczenia zdrowotnego⁴⁰.

Jednakże pomimo uniwersalnego czy prawie uniwersalnego charakteru obejmowania ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego wciąż w krajach członkowskich utrzymują się problemy z dostępnością wynikające z różnych luk w obejmowaniu ubezpieczeniem. Po pierwsze, problemy te powstają jako konsekwencja wyłączenia określonych zabiegów z podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu, po drugie wynikają ze zwiększonego polegania na opłatach wnoszonych przez użytkowników systemu.

...i rozwija standardy jakości.

Większość krajów członkowskich zrobiła postępy w tworzeniu standardów jakości opieki zdrowotnej⁴¹. Na niektórych obszarach okazało się to trudnym na przykład w odniesieniu do pacjentów ambulatoryjnych lub w związku z wprowadzaniem standardów związanych z rezultatami. Rosną naciski na polepszenie jakości opieki dostarczanej pacjentom oraz ograniczenie kosztów. Wzrasta świadomość, że wydatki związane z niewydajnymi technologiami, wymuszają dodatkowe koszty, które mogłyby zostać spożytkowane w innych celach. Przyczynia się to, w ramach oceny techniki zdrowotnej, do zwiększenia nacisku na monitorowanie podejmowanych działań pod względem efektywności kosztowej i wpływu na budżet. Jakościowa ewaluacja systemu świadczenia opieki zdrowotnej jest obecna w takiej czy innej formie we wszystkich krajach UE⁴².

Kraje przystępujące i kraje kandydujące wykazują inne schematy.

Większość krajów przystępujących i kraje ubiegające się wydaje mniejszy udział Produktu Krajowego Brutto na opiekę zdrowotną niż wynosi przeciętna dla UE. Wydatki te wynoszą od 2,6% w Rumunii do ponad 8% na Malcie.

W krajach przystępujących istnieje stosunkowo duża skłonność do hospitalizowania pacjentów, co jest głównie wynikiem niedorozwiniętych systemów podstawowej opieki zdrowotnej⁴³. Jednakże w wielu z tych krajów na jednego mieszkańca przypada mniejsza ilość personelu medycznego, a infrastruktura szpitalna i inne jednostki opieki medycznej są stosunkowo słabej jakości. Teoretycznie uprawnienia do korzystania z systemu ubezpieczenia zdrowotnego a więc i opieki zdrowotnej pozostały uniwersalne i oferują szeroki zasięg dostępności usług w większości krajów. W praktyce jednak usługi te są racjonowane a opłaty nieformalne nie są rzadkością⁴⁴. W niektórych krajach przystępujących istnieje pewien trend w kierunku prywatyzacji opieki zdrowotnej. Co więcej, wiąże się to z przeznaczaniem większej ilości zasobów prywatnych na cele zdrowotne, zarówno poprzez opłaty z własnej kieszeni jak i prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

2.5 Przyszłe wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej

Systemy opieki zdrowotnej stoją przed nowymi wyzwaniami w odniesieniu do ich stabilności finansowej, jakości i dostępności...

Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową zwiększyło się na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, głównie jako rezultat postępu w dziedzinie technologii medycznych i metod leczenia, jak również zwiększonych oczekiwań naszych bogatszych społeczeństw. Ustawodawcy będą także musieli podjąć temat nowego trendu strukturalnego, jakim są wzrastające oczekiwania użytkowników systemu opieki zdrowotnej. Zmiany w stylu życia, organizacji pracy, dochodach, poziomie wykształcenia i strukturach rodzinnych zmieniają stosunek ludzi do opieki zdrowotnej. Społeczeństwo przynosi ze sobą bezpośredni dostęp do wiedzy na temat najnowszych możliwych sposobów leczenia dla każdego kto posiada dostęp do Internetu - strony internetowe o tematyce związanej ze zdrowiem należą do najczęściej odwiedzanych witryn. Zmieniające się nastawienie obejmuje większą świadomość praw i obowiązków pacjenta, mniejszą tolerancję dla dyskryminacji oraz zmniejszony respekt w stosunku do specjalistów zajmujących się opieką medyczną. Pojawia się coraz więcej dowodów na to, że istnieje potrzeba oferowania szerszego wyboru oraz usług bardziej zindywidualizowanych. Do tego dochodzi dostęp do szerszego wachlarza dostępnych metod leczenia, łącznie z metodami, wychodzącymi poza tradycyjne granice systemów opieki medycznej. W rezultacie, istotne jest aby prawidłowo oceniać i podchodzić do leżących u podstaw potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, gdyż to przyczynia się do eliminacji mało efektywnych a nawet szkodliwych usług medycznych.

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 Dyskusję nad standardami jakości zawiera komunikat Komisji Europejskiej: "Health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social participation" (2003).

42 Szczegółowa dyskusja nad Oceną Technologii Zdrowia zawarta jest w Sekcji 2.3 publikacji Dyrektoriatu Generalnego do spraw Zatrudnienia i Kwestii Społecznych: "The social situation in the European Union 2003".

43 Patrz: Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institute for Advanced Studies, Vienna) "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries", August 2002, p. 8.

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

...rozwoju w zakresie oferowanych technologii i terapii...

Postęp w rozwoju technologii medycznych i metodach leczenia przyczynił się na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci do wzrostu kosztów. Nowe technologie mogą jednak również zmniejszać koszty leczenia pewnych schorzeń. Z drugiej strony mogą także podnieść wydatki, jeśli stosowane są do leczenia takich stanów chorobowych, które wcześniej nie były leczone z braku odpowiedniej metody, bądź stosowane metody były mniej skuteczne, lub jeśli są one zalecane do leczenia chorób, dla których istnieją tańsze metody leczenia. Wpływ nowych technologii na przyszłe wydatki na opiekę zdrowotną jest trudny do przewidzenia. Potrzebna jest jednak bardziej systematyczna ocena stosowanych technologii medycznych i metod leczenia, tak aby mieć pewność, że zwiększone wydatki są jedynie rezultatem faktycznego postępu i że nie pomija się możliwości poczynienia oszczędności. Dokonanie takiej oceny, wraz z rozpowszechnianiem i wprowadzaniem w życie jej rezultatów, jest niezbędnym elementem do osiągnięcia trzech celów – dostępności, jakości i wykonalności. Obecnie jednak monitorowanie postępu jest w dużym stopniu zależne od jakości danych odnoszących się do zdrowia. Na poziomie Unii wciąż jeszcze można dopatrzeć się poważnych słabości zarówno w odniesieniu do dostępności danych i standaryzacji definicji, jak i metod pozyskiwania danych.

Technologie informatyczne i komunikacyjne (Information and Communication Technologies ICT) zostały wprowadzone do systemów zdrowia podobnie jak to miało miejsce w innych działach gospodarki. Mogą one znacznie poprawić system świadczenia pomocy medycznej. Niektóre władze służby zdrowia wskazują, że obecnie 20% budżetu kapitałowego przeznaczanego na sprzęt wydawane jest na technologie informatyczne i komunikacyjne. Upowszechnienie tych technologii może stworzyć nowe bariery dla grup społecznie upośledzonych w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, jeśli będzie to wymagało od pacjentów określonych umiejętności związanych z obsługą technologii cyfrowej.

...starzenia się społeczeństwa ...

W rezultacie utrzymującej się niskiej ilości urodzeń oraz zwiększającej się przeciętnej długości życia populacja Europy starzeje się. Pierwsza grupa powojennego wyżu demograficznego 'baby-boom' będzie przechodziła na emeryturę w ciągu następných dziesięciu do piętnastu lat, doprowadzając początkowo do zwiększonych wydatków na emerytury. Dziesięć lat później, gdy grupy te zaczną wchodzić w czwarty wiek, jest prawdopodobne, że sama ich liczba zaowocuje większym zapotrzebowaniem na pomoc zdrowotną, a w szczególności pomoc długoterminową. Jednak do pewnego stopnia zapotrzebowanie na opiekę będzie zależało od wcześniejszych i przyszłych strategii promocji zdrowia.

Wpływ starzenia demograficznego na przyszłe koszty zdrowia jest trudny do przewidzenia⁴⁵. Odnosi się to

zarówno do popytu jak i podaży na opiekę zdrowotną i wyraźnie łączy się z warunkami i stylem życia, wsparciem rodziny i sytuacją społeczno-ekonomiczną. Z punktu widzenia opieki zdrowotnej, najważniejszym trendem demograficznym jest rosnąca liczba osób w bardzo podeszłym wieku (w wieku powyżej 80 lat), podczas gdy rozmiar gospodarstw domowych ulega zmniejszeniu i rodziny mogą być w mniejszym stopniu zdolne czy chętne do odpowiedzi na potrzebę opieki. Z jednej strony, systemy opieki zdrowotnej będą musiały dostosować się do zmian w typach schorzeń i potrzebach opieki, rozbudowując i zwiększając istotność medycyny wieku starszego i opieki nad schorzeniami chronicznymi. Z drugiej strony, w związku z tym, że w wielu krajach członkowskich rola rodziny w dostarczaniu opieki maleje, formalne systemy opieki zdrowotnej będą musiały przygotować się na sytuację potencjalnego przejścia znacznie większej części czynności opiekuńczych. Co więcej, mimo iż udział osób w bardzo podeszłym wieku wymagających długoterminowej opieki może się obniżyć w wyniku lepszej kondycji zdrowotnej i mniejszej ilości przypadków niesprawności, to prawdopodobnie jednak w liczbach absolutnych nadal obserwowany będzie wzrost.

...starzenia się personelu medycznego.

Problemy z rekrutacją i utrzymaniem personelu medycznego, które już teraz są odczuwalne w niektórych krajach członkowskich, będą prawdopodobnie wielokrotnione w wyniku ogólnego zjawiska starzenia się i zmniejszania liczby pracowników w tym sektorze, co zwiększy konkurencję w pozyskiwaniu odpowiednich pracowników. Oba te trendy mogą podwyższyć koszty, dlatego też sektor zdrowia będzie musiał dostosować się do problemu starzenia się personelu i swoich klientów do wpływu jaki wywierać będzie starzenie się społeczeństwa zarówno na personel jak i pacjentów. Taka sytuacja potwierdza się szczególnie w odniesieniu do pielęgniarek: w siedmiu krajach członkowskich 40% pielęgniarek jest w wieku powyżej 45 lat a w pięciu innych państwach prawie co druga pielęgniarka osiągnęła już wiek 45 lat. Dwa inne czynniki znacząco przyczyniają się do braku pielęgniarek. Po pierwsze falowy trend w polityce rekrutacyjnej polegający na zatrudnianiu wysokiej liczby personelu pielęgniarskiego, po którym następuje okres całkowitego zamrożenia rekrutacji aż do następnego cyklu szerokiego naboru (tak zwane 'Stop-go'). Co ważniejsze jednak, to wymagające warunki pracy w połączeniu z umiarkowaną płacą prowadzą do wysokiej fluktuacji personelu. Aby wypełnić braki w sektorze, prawdopodobnie większe znaczenie zyska strategia zatrudniania imigrantów.

Powiększenie Unii może stworzyć nowe wyzwania w odniesieniu do personelu. Gdy wolność przemieszczania będzie w pełni obowiązywała w krajach przystępujących, może to stworzyć nowe wyzwania w dostarczaniu leczenia i usług w tych krajach. Taką sytuację mogą stworzyć pacjenci szukający leczenia medycznego w innych krajach członkowskich a także fakt atrakcyjności stawek oferowanych personelowi medycznemu w obecnych krajach członkowskich.

45 Przewidywania oparte na scenariuszu demograficznym Eurostatu sugerują, że przeciętnie w UE rozmiar całkowitych wydatków na zdrowie mógłby ulec zwiększeniu ceteris paribus o prawie 0.6% realnie w skali rocznej jako rezultat zmian w strukturze wiekowej populacji w czasie następnego ćwierćwiecza. Co więcej, Komitet Polityki Ekonomicznej oszacował, że wzrost wydatków publicznych na zdrowie i opiekę długoterminową spowodowany starzeniem w okresie 2000-2050 może osiągnąć 2-3 punkty procentowe PKB. Jednakże te przewidywania powinny być traktowane ostrożnie, ponieważ odnoszą się do bardzo długich przedziałów czasu i opierają się na wielu założeniach o przyszłych trendach ekonomicznych i zachowań.

W odpowiedzi sektor opieki zdrowotnej będzie musiał poddać się procesowi nieustannej transformacji i rozwinąć system rozbudowanych współzależności z innymi obszarami.

Połączony wpływ postępu technicznego, wzrostu dochodów, wzrostu oczekiwań społecznych a także starzenia się społeczeństwa, stworzy tendencję do zwiększania wydatków na zdrowie. Dlatego kluczowym wyzwaniem w przyszłej polityce zdrowotnej będzie uczynienie usług zdrowotnych tak efektywnymi i wydajnymi pod względem kosztów, by uzyskać stały szeroki dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej i długoterminowej nawet w obliczu wymienionych zjawisk. Wymaga to zdeterminowanych działań na rzecz lepszego zarządzania i oceny wpływu w odniesieniu do interwencji medycznych, leczenia i technologii.

Starzenie się społeczeństwa doprowadzi do zwiększonej presji na usługi zdrowotne i świadczenie opieki długoterminowej. Adaptowanie się do nagłych zmian w zjawiskach patologii, zaspokajanie wymogów dotyczących personelu, jak również zapewnianie ciągłości, jakości i dostępności usług w dłuższym wymiarze, stawia przed twórcami i zarządcami programów służby zdrowia dosyć złożony zestaw wyzwań.

Jak już zostało powiedziane wcześniej, silne związki pomiędzy czynnikami społeczno-ekonomicznymi (to jest poziomem wykształcenia, wzorcami rodziny, nierównościami w odniesieniu do płci, dochodów i zatrudnienia) a zdrowiem są widoczne we wszystkich krajach członkowskich. Nierówności w sytuacji zdrowotnej są wciąż znaczące. Podczas gdy nie są one całkowicie nie związane z charakterem systemów opieki zdrowotnej, to jednak przede wszystkim wiążą się z głębszymi nierównościami społecznymi odzwierciedlonymi w społeczno-ekonomicznych wyznacznikach zdrowia. Na tej podstawie możnaby twierdzić, programy promowania zatrudnienia, poprawy jakości pracy czy zmniejszania nierówności, mogłyby doprowadzić do znaczącej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Istotnie, jednym z ustaleń tego raportu jest wskazanie, że poza polityką zdrowotną także polityka społeczna i polityka zatrudnienia w połączeniu z programami ekonomicznymi mogą mieć znaczący wpływ na stworzenie i utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Dlatego kolejnym wielkim wyzwaniem by zapewnić dobre, zdrowe warunki życia dla wszystkich Europejczyków na wszystkich etapach ich życia, jest aby lepiej wykorzystać wzajemności istniejącej polityki zdrowotnej i innych obszarów działania państwa, które mają wpływ na społeczno-ekonomiczne i środowiskowe wyznaczniki zdrowia⁴⁶.

⁴⁶ Do tej dyskusji odnosi się dokument Komisji Europejskiej : Communication on Impact Assessment (COM(2002) 276 final)

3 Prężność Europejskiego Modelu Społecznego

W roku 1993, gdy Rada Europejska w Kopenhadze rozważała dlaczego potencjał wzrostu konkurencyjność i zatrudnienie w Unii pozostają w tyle za innymi obszarami gospodarki, wiele głosów sugerowało, że gorsze osiągnięcia wyniknęły z podstawowych słabości w funkcjonującym Europejskim Modelu społeczeństwa. Inni twierdzili, że podstawowe zasady Europejskiego Modelu Społecznego były całkowicie zgodne ze staraniami usprawnienia ogólnego funkcjonowania Unii. Dekadę później, wskaźniki zebrane dla potrzeb Raportu o "Sytuacji Społecznej w Unii Europejskiej" wydają się potwierdzać, że Unia i jej kraje członkowskie zdecydowały się kontynuować podejście zmierzające do zachowania solidarności i spójności społecznej⁴⁷.

Wskaźniki zatrudnienia, edukacji, zdrowia i ogólnego dobrobytu znajdujące się w niniejszym raporcie generalnie potwierdzają, że osiągnięty został znaczny postęp i Europa, podobnie jak inne główne gospodarki, jest zdolna zagwarantować dobre warunki życia znacznej większości mieszkańców.

W ciągu ostatniej dekady promocja zatrudnienia i modernizacja ochrony socjalnej w coraz większym stopniu stawały się kluczowymi priorytetami w centrum ogólnej strategii Unii. Działania w zakresie kreowania polityki zatrudnienia i polityki społecznej w krajach członkowskich przeszły gwałtowny rozwój, co równocześnie łączyło się z procesami ujednoczenia i nadrobienia zaległości w tym zakresie. W rezultacie nie byliśmy świadkami podupadania podejścia opartego na połączeniu dynamiki rynku i wysiłku społecznego; wręcz przeciwnie Europejski Model Społeczny uległ dalszemu wzmocnieniu i rozwojowi.

Obecnie jest ogólnie przyjętym, że wysokiej jakości polityka społeczna, nastawiona na wspieranie zatrudnienia, może wzbogacić osiągnięcia ekonomiczne. Sektor zdrowia jest dobrym przykładem tej współzależności pomiędzy płaszczyzną społeczną i ekonomiczną. Z jednej strony sektor ten przyczynia

się do jakości życia, a lepsze zdrowie przekłada się na lepsze osiągnięcia ekonomiczne (wyższa wydajność, niższy poziom zwolnień, mniejsze zapotrzebowanie na pomoc zdrowotną itd.). Poza tym jego rozwój jest motorem wzrostu zatrudnienia. Ponad 2 miliony miejsc pracy, to jest 18% wszystkich utworzonych miejsc pracy w latach 1995-2001, powstało w sektorze zdrowia i pomocy społecznej, który stanowi obecnie prawie 10% całego zatrudnienia.

Jak podkreślono w tegorocznym raporcie zbiorczym⁴⁸, te kraje członkowskie, które odnotowują najlepsze wyniki w odniesieniu do wszystkich głównych wyznaczników sytuacji społeczno- ekonomicznej to te, gdzie zasady aktywnego państwa opiekuńczego są stosowane konsekwentnie i z poświęceniem. Wyniki tych krajów członkowskich pokazują, że wciąż istnieją możliwości dalszego rozwoju i że należy je skuteczniej wykorzystać w nadchodzących latach. Europejska Strategia Zatrudnienia, nowe procesy modernizacji ochrony socjalnej oraz promowanie włączenia społecznego mają za zadanie umożliwić wszystkim krajom członkowskim korzystanie z wiedzy jak osiągnąć trwały rozwój ekonomiczny i społeczny w Europie.

Oczywiście znaczące problemy pozostają do rozwiązania a wyzwania stojące przed Unią będą w nadchodzącej dekadzie prawdopodobnie jeszcze większe niż te z ostatniego dziesięciolecia. Dla przykładu, jak podkreśla wielokrotnie niniejszy raport, ciągle istnieją obawy co do zjawisk dotyczących młodzieży - utrzymującego się bezrobocia, śmiertelność, liczba wypadków przy pracy czy brak profesjonalnego wykształcenia. Ponadto istnienie tak zwanych pułapek biedy jest kolejnym poważnym zmartwieniem. Jednakże, jak wskazują doświadczenia krajów członkowskich osiągających najlepsze rezultaty, droga rozwoju prowadzi poprzez ulepszanie i modernizację funkcjonowania Europejskiego Modelu Społecznego.

⁴⁷ Growth, competitiveness, employment, - The challenges and ways forward into the 21st Century; Commission, 1993.

⁴⁸ " Choosing to grow: Knowledge, innovation and jobs in a cohesive society" Report to the Spring European Council, 21 March 2003 on the Lisbon strategy of economic, social and environmental renewal, COM(2003) 5 final.

Załączniki

Starzenie się społeczeństwa

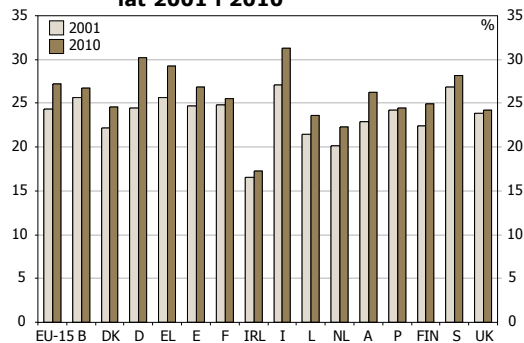
W roku 2001 w UE liczba osób starszych w wieku 65 i więcej lat wyniosła 62 miliony w porównaniu z 34 milionami w roku 1960. Dzisiaj osoby starsze reprezentują 16% całej populacji lub 24% populacji w wieku produkcyjnym (w wieku 15-64 lat). Do roku 2010 jest spodziewane, że ten ostatni stosunek wzrośnie do 27%. W czasie kolejnych piętnastu lat liczba osób w „bardzo podeszłym wieku”, tzn. mających 80 i więcej lat zwiększy się o prawie 50%.

Wskaźnik kluczowy

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Poziom zależności wieku starszego (Populacja w wieku lat 65+ jako procent populacji w wieku produkcyjnym (15-64), stan na 1 Stycznia)																
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

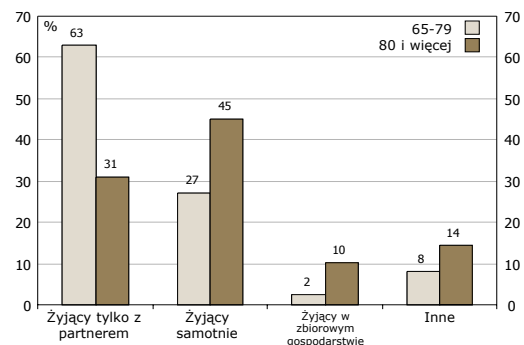
Źródło: Eurostat – Statystyki Demograficzne.

Wykres 6 Poziom zależności wieku starszego dla lat 2001 i 2010



Źródło: Eurostat – Statystyki Demograficzne. UE-15, Grecja i Wielka Brytania dane z roku 2000.

Wykres 7 Osoby w wieku starszym według sytuacji rodzinnej i wieku, UE-15, 2010



Źródło: Eurostat - przewidywania sytuacji gospodarstw domowych za rok 1995

Migracja i azyl

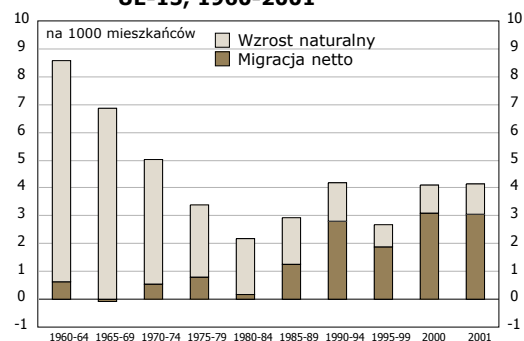
Od roku 1989 migracja netto była w skali roku głównym składnikiem rocznej zmiany populacji w Unii. W roku 2001 poziom rocznej migracji netto wyniósł 3,1 na 1.000 mieszkańców, reprezentując około 74% całego przyrostu populacji. W roku 2000 około 5% populacji UE nie miało statusu obywatelstwa (3,4% było obywatelami krajów spoza UE a 1,5% było obywatelami UE). W tym samym roku odnotowano ponad 363.000 aplikacji o azyl w krajach członkowskich „piętnastki”.

Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Stosunek migracji netto (na każde 1 000 mieszkańców)																
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
Średni roczny poziom migracji netto																
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

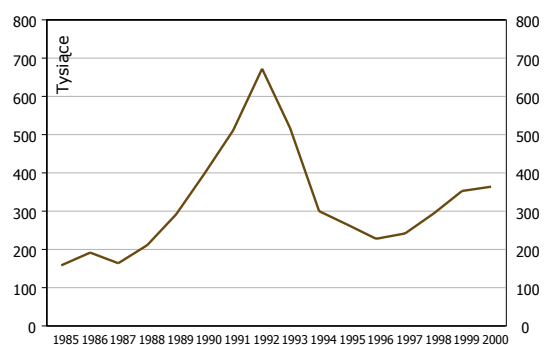
Źródło: Eurostat - Statystyki Demograficzne

Wykres 8 Średni roczny poziom zmian populacji ze względu na odpowiedni czynnik, UE-15, 1960-2001



Źródło: Eurostat – Statystyki Demograficzne

Wykres 9 Podania o azyl, UE-15, 1985-2000



Źródło: Eurostat – Statystyki Migracji

Wyszktałenie i jego rezultaty

Poziom osiąganego wykształcenia populacji znacznie poprawił się w ciągu ostatnich trzydziestu lat, szczególnie wśród kobiet. Dzisiaj w Unii 75% młodych ludzi w wieku 25-29 lat posiada kwalifikacje na wyższym poziomie średniego wykształcenia. Jednocześnie jednak 19% osób w wieku 18-24 lat opuszcza system edukacyjny w najlepszym razie jedynie z wykształceniem o niższym poziomie szkoły średniej.

Wskaźnik kluczowy

Osoby wcześniej opuszczające szkołę i nie podejmujące dalszej edukacji lub szkolenia (Udział populacji w wieku 18-24 o wykształceniu niższym niż wyższy poziom średniego (ISCED 0-2) i nie odbierające dalszego wykształcenia lub szkolenia)

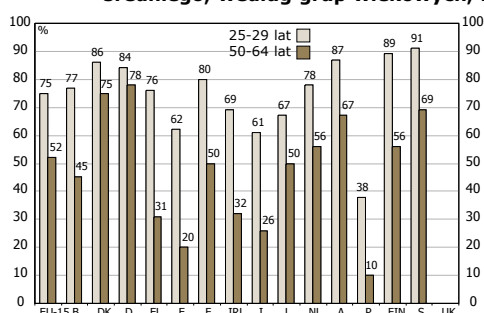
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

Populacja w wieku lat 18-24 według stopnia aktywności (%), 2001

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

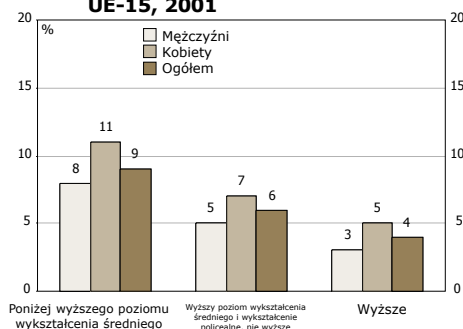
Uwagi: dla Irlandii dane z roku 1997. Wielka Brytania – nie ukazane dane dotyczące osób wcześniej opuszczających szkołę. Definicja "wyższy poziom średniego wykształcenia" wymaga jeszcze ustalenia. Źródło: Eurostat – European Union Labour Force Survey

Wykres 10 Procent populacji o uzyskanym co najmniej wyższym poziomie wykształcenia średniego, według grup wiekowych, 2001



Źródło: Eurostat – European Union Labour Force Survey
Uwagi: dla Irlandii dane z roku 1997. Wielka Brytania – nie ukazane dane dotyczące osób wcześniej opuszczających szkołę. Definicja "wyższy poziom średniego wykształcenia" wymaga jeszcze ustalenia.

Wykres 11 Stopa bezrobocia populacji w wieku 25-64 według płci i poziomu wykształcenia, UE-15, 2001



Uwagi: Wielka Brytania – wykształcenie GCSE poziom 'O' wliczane jako wyższy poziom wykształcenia średniego (ISCED 3). Źródło: Eurostat – European Union Labour Force Survey

Kształcenie ustawiczne

Ogółem w całej Unii Europejskiej 8% populacji w wieku lat 25-64 uczestniczyło w roku 2001 w kształceniu/ szkoleniach (w czasie czterech tygodni poprzedzających badanie). Tego typu aktywność szkoleniowa wydaje się przeważać w krajach nordyckich, Holandii i Wielkiej Brytanii. Ludzie starsi rzadziej biorą udział w szkoleniach niż ludzie młodzi, a osoby o wyższych kwalifikacjach częściej niż ludzie o niższych kwalifikacjach.

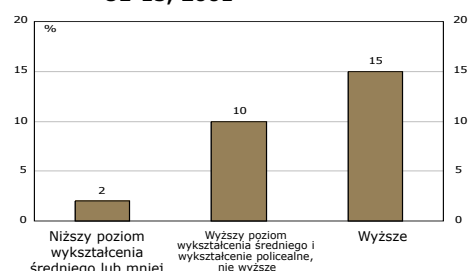
Wskaźnik kluczowy

Kształcenie na przestrzeni życia (Procent populacji w wieku 25-64 biorących udział w nauce i szkoleniu na przestrzeni czterech tygodni poprzedzających badanie), 2001

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

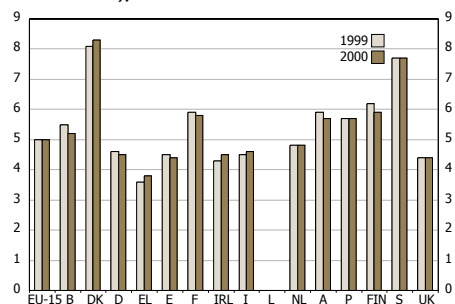
Uwagi: F – w wynikach badań uwzględniano tylko aktualnie odbywane szkolenia. Źródło: Eurostat – European Union Labour Force Survey

Wykres 12 Kształcenie ustawiczne (Procent populacji w wieku 25-64 biorący udział w nauce i szkoleniu w czasie czterech tygodni poprzedzających badanie) według poziomu wykształcenia, UE-15, 2001



Uwagi: F – patrz dopiski metodologiczne. Irlandia – dane z roku 1997. Wielka Brytania – wykształcenie GCSE poziom 'O' wliczane jako wyższy poziom wykształcenia średniego (ISCED 3). Źródło: Eurostat – European Union Labour Force Survey

Wykres 13 Wydatki na zasoby ludzkie (Całkowite wydatki publiczne na edukację jako procent PKB), 1999 i 2000



Źródło: Eurostat – statystyki edukacyjne

Zatrudnienie

W roku 2001 w Unii zatrudniono było szacunkowo 168 milionów ludzi, co stanowi wzrost o ponad 12 milionów od roku 1996. Odpowiada to rocznemu wzrostowi zatrudnienia o około 1,5% rocznie. W roku 2001 zatrudnienie zwiększyło się o 1,2%. Wskaźnik zatrudnienia dla populacji w wieku 15-64 w roku 2001 wyniósł 64%.

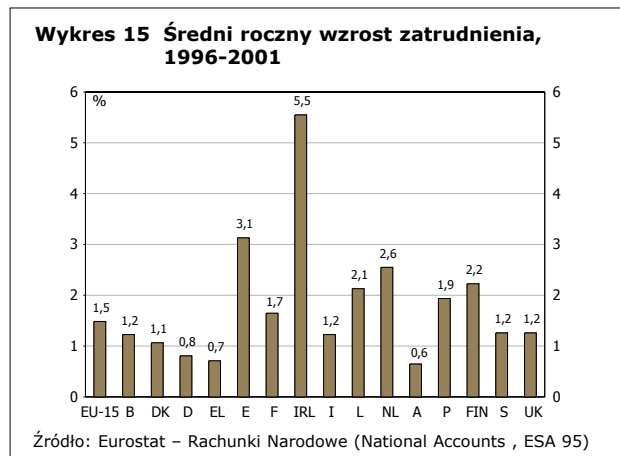
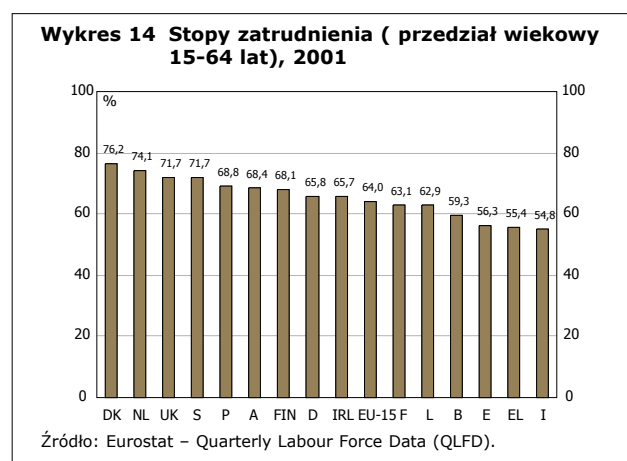
Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Stopa zatrudnienia, przedział wiekowy 15-64																
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

Trendy zatrudnienia

Całkowite zatrudnienie 2001 (w mill.)	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
Całkowite zatrudnienie 2000 (w mill.)	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
Całkowite zatrudnienie 1996 (w mill.)	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 (% średni wzrost zatrudnienia w skali roku)	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 (% wzrost zatrudnienia w skali roku)	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

Źródło: Eurostat – Quarterly Labour Force Data (QLFD).



Zatrudnienie starszych pracowników

Chociaż w czasie ostatnich czterech lat stopa zatrudnienia mężczyzn w wieku 55-64 lata w UE wzrosła o 1,5 punktu procentowego i wyniosła 48,7% w roku 2001, ciągle znajduje się poniżej stopy z roku 1991 (51,2%). Dla kontrastu, porównywalna stopa zatrudnienia kobiet wzrastała w sposób ciągły i wyniosła 29%. W roku 2001 ogółem 38,6% populacji w wieku 55-64 było zatrudnionych. W roku 2001 mężczyźni opuszczali rynek pracy przeciętnie w wieku 60,5 lat podczas gdy kobiety robiły to o 1,5 roku wcześniej. Ogólny wiek wycofania z rynku pracy wynosił 60 lat.

Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Stopa zatrudnienia starszych pracowników (stosunek liczby osób pracujących w wieku 55-64 lata do całkowitej populacji w tym przedziale wiekowym), 2001																
Ogółem	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
Mężczyźni	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
Kobiety	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

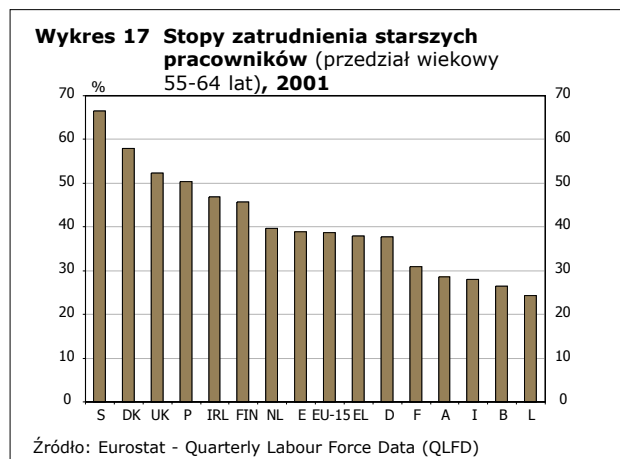
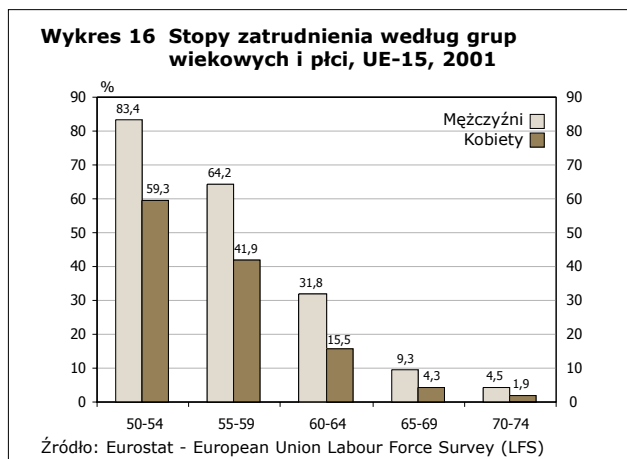
Efektywny średni wiek wycofania się z rynku pracy (średni wiek odejścia określony na podstawie prawdopodobieństwa wycofania się z rynku pracy), 2001

Ogółem	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
Mężczyźni	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
Kobiety	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0

Osoby zatrudnione w wieku 55-64, 2001 (1000)

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

Źródło: Eurostat - European Union Labour Force Survey (LFS) oraz Quarterly Labour Force Data (QLFD)



Bezrobocie

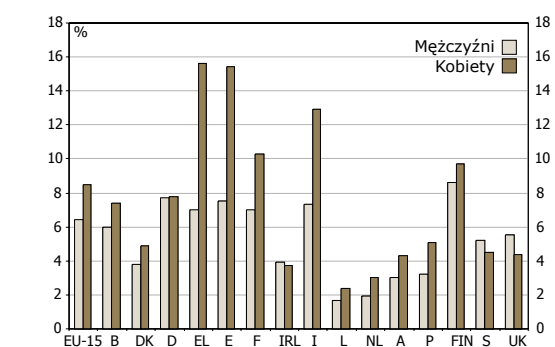
W roku 2001 całkowita liczba bezrobotnych w Unii Europejskiej spadła do 12,8 miliona, co odpowiada 7,4% siły roboczej i jest to najniższy poziom od roku 1992. Pomiędzy rokiem 2000 a 2001 Hiszpania, Francja, Finlandia i Szwecja zanotowały największy spadek stopy bezrobocia. Mimo tego jednak Hiszpania ciągle jeszcze ma najwyższy stopień bezrobocia (10,6%), nieco powyżej Grecji (10,5%). Stopa bezrobocia uległa zmniejszeniu we wszystkich krajach członkowskich z wyjątkiem Portugalii, gdzie pozostaje na niskim poziomie 4,1 %.

Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Stopa bezrobocia (stosunek liczby wszystkich bezrobotnych do całkowitej aktywnej populacji. Seria zharmonizowana)																
2001 Ogółem	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 Mężczyźni	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 Kobiety	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 Ogółem	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 Ogółem	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
Bezrobocie, 2001 (1000)	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

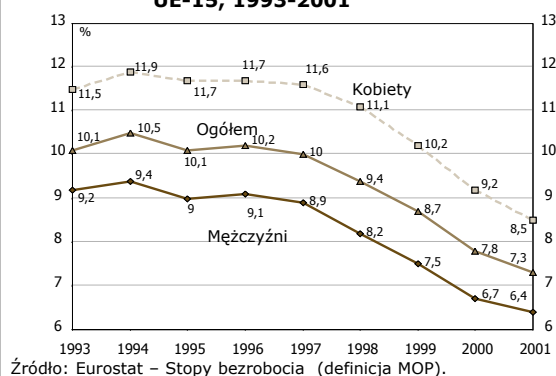
Źródło: Eurostat – Stopy bezrobocia (definicja MOP).

Wykres 18 Stopa bezrobocia według płci, 2001



Źródło: Eurostat – Stopy bezrobocia (definicja MOP).

Wykres 19 Trend w stopie bezrobocia według płci, UE-15, 1993-2001



Źródło: Eurostat – Stopy bezrobocia (definicja MOP).

Bezrobocie wśród młodzieży

W całej UE w roku 2001 bezrobocie wśród ludzi młodych (w wieku 15-24 lat) wyniosło 7,1%. Stopa bezrobocia (jako procent siły roboczej) wśród ludzi młodych wynosiła 14,7%. Różnice pomiędzy tymi dwoma liczbami zmieniają się pomiędzy krajami, i mogą po części być wytłumaczone faktem, że duża liczba ludzi w tej grupie wiekowej nadal pobiera naukę. Stosunek bezrobocie młodzieży/ populacja w latach 2000 i 2001, nie odzwierciedlał ogólnego trendu spadku bezrobocia - zwiększył się w pięciu krajach członkowskich, w pięciu pozostał niezmienny a w pięciu zmniejszył się.

Wskaźnik kluczowy

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Stosunek bezrobocia młodych do populacji																
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

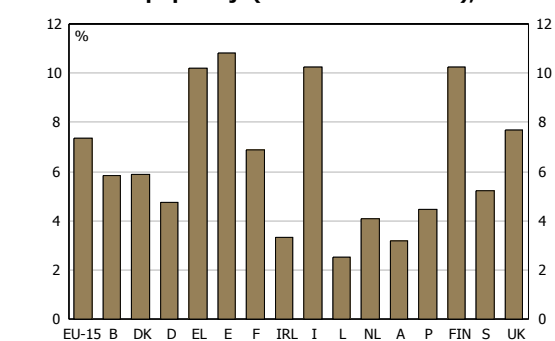
Źródło: Eurostat - Quarterly Labour Force Data (QLFD).

Stopa bezrobocia wśród młodzieży

2001 Ogółem	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 Mężczyźni	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 Kobiety	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 Ogółem	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 Ogółem	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

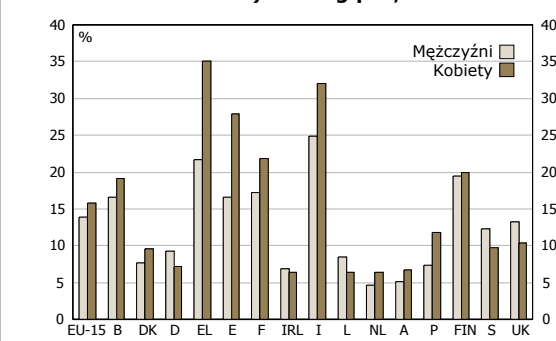
Źródło: Eurostat – Stopy bezrobocia (definicja MOP).

Wykres 20 Stosunek bezrobocia młodzieży do populacji (w wieku 15-24 lat), 2001



Źródło: Eurostat - Quarterly Labour Force Data (QLFD).

Wykres 21 Stopa bezrobocia młodzieży (w wieku 15-24 lat) według płci, 2001



Źródło: Eurostat – Stopy bezrobocia (definicja MOP).

Bezrobocie długoterminowe

W roku 2001 bezrobociem długoterminowym dotkniętych było 3,3% siły roboczej Europejskiej "piętnastki", co innymi słowy oznacza, że 44% osób bezrobotnych było bez pracy przez co najmniej rok. Stopa bezrobocia długoterminowego spadła w ostatnich latach, jednak nadal pozostaje na poziomie 5% lub wyższym w Grecji, Hiszpanii i Włoszech. Wśród ludzi młodych w wieku 15-24 lat bez pracy przez okres co najmniej sześciu miesięcy pozostawało 6,9% (jako procent siły roboczej).

Wskaźnik kluczowy

Stopa bezrobocia długotrwałego (Wszyscy bezrobotni długoterminowi (ponad 12 miesięcy) jako procent całkowitej aktywnej populacji – dane w seriach harmonizowanych)	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 – ogółem	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 – mężczyźni	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 – kobiety	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

Źródło: Eurostat - Quarterly Labour Force Data (QLFD)

Osoby pozostające bez pracy przez 12 miesięcy lub dłużej jako procent wszystkich bezrobotnych

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

Źródło: Eurostat - European Union Labour Force Survey (LFS) i Quarterly Labour Force Data (QLFD)

Stopa długoterminowego bezrobocia młodzieży (6 miesięcy lub więcej)

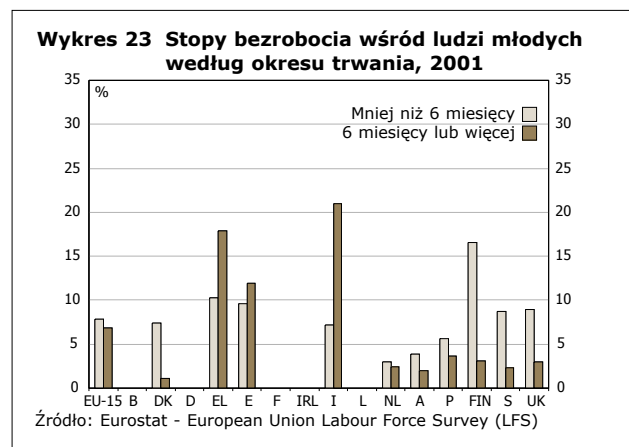
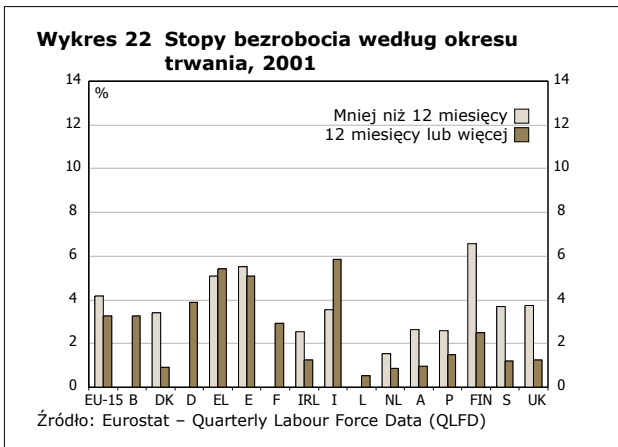
2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

Źródło: Eurostat - European Union Labour Force Survey (LFS)

Młode osoby pozostające bez pracy przez okres 6 miesięcy lub dłużej jako procent całkowitej liczby młodych bezrobotnych

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

Źródło: Eurostat - European Union Labour Force Survey (LFS)



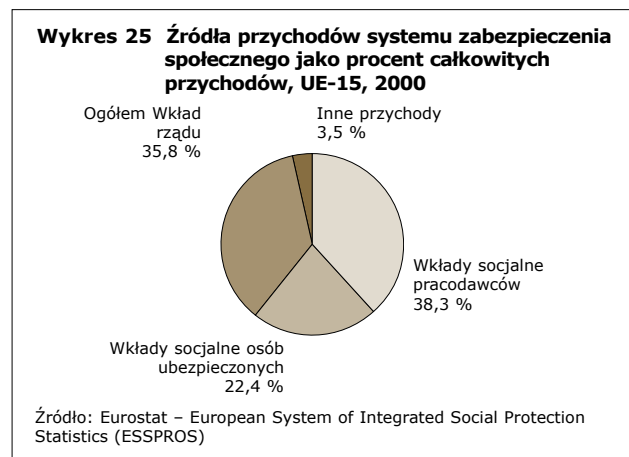
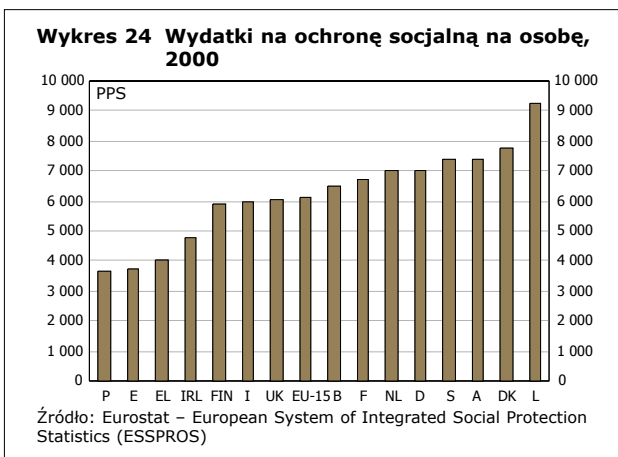
Wydatki i przychody związane z zabezpieczeniem społecznym

W roku 2000, wydatki na ochronę socjalną w Unii Europejskiej zmalały i wyniosły 27,3% PKB, co jest spadkiem o prawie cały punkt procentowy w porównaniu z rokiem 1996. Istnieją znaczne różnice pomiędzy krajami członkowskimi - według Standardów Siły Nabywczej w roku 2000 różnica poziomu wydatków na jednego mieszkańca między krajami UE które wydają najwięcej i najmniej wyniosła 2,5. Kraje mają wyraźne zróżnicowane systemy finansowania ochrony socjalnej, w zależności od preferencji dla składek na system socjalny czy ogólnego finansowania państwowego.

Wskaźnik kluczowy

Wydatki na zabezpieczenie społeczne jako procent PKB	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

Źródło: Eurostat - European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS)



Zasiłki socjalne

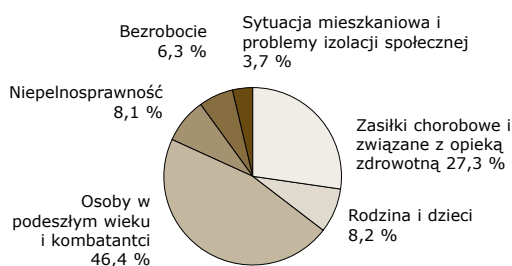
W roku 2000 w większości krajów członkowskich największa część wydatków na ochronę socjalną przypadła na segment dla osób w podeszłym wieku i kombatantów. Było to szczególnie zauważalne we Włoszech (63,4% ogółu zasiłków w porównaniu do średniej UE wynoszącej 46,4%). W okresie 1995-2000 w całej Unii zasiłki wypłacane z tytułu podeszłego wieku czy statusu kombatanta wzrosły o 12% na głowę w porównaniu do dziewięcioprocentowego wzrostu dla wszystkich zasiłków. Wzrost ten przede wszystkim wynika z uwarunkowań demograficznych a wpływ na rozwój tego segmentu zasiłków ma także polityka emerytalna.

Wskaźnik kluczowy

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Zasiłki dla osób w podeszłym wieku i kombatantów jako procent wszystkich zasiłków socjalnych																
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

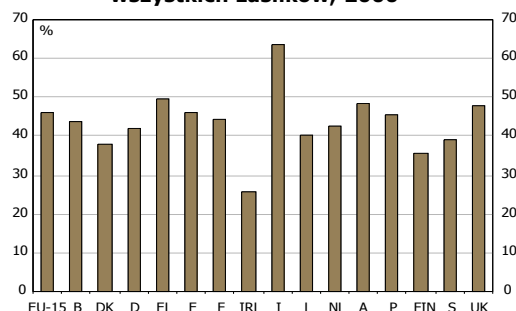
Źródło: Eurostat - European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS).

Wykres 26 Funkcje i odbiorcy przyznawanych zasiłków socjalnych według udziału w liczbie zasiłków ogółem, UE-15, 2000



Źródło: Eurostat - European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS)

Wykres 27 Zasiłki z tytułu podeszłego wieku oraz statusu kombatanta jako procent wszystkich zasiłków, 2000



Źródło: Eurostat - European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS)

Wydatki na Politykę Rynku Pracy

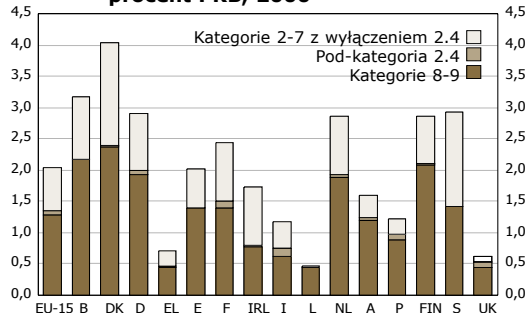
W roku 2000, całkowite wydatki z tytułu Polityki Rynku Pracy wyniosły 2,04% PKB, z czego 0,68% zostało przeznaczone na aktywne działania polityki rynku pracy. Istnieją znaczne odmienności pomiędzy krajami członkowskimi, które nie różnicują się według podziału północ- południe. I tak dwa kraje wydały ponad 3% PKB (Belgia i Dania), sześć krajów wydało pomiędzy 2% i 3% (Niemcy, Hiszpania, Francja, Holandia, Finlandia i Szwecja) a sześć krajów wydało mniej niż 2% (Grecja, Irlandia, Włochy, Austria, Portugalia i Wielka Brytania).

Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Wydatki publiczne na aktywne działania Polityki Rynku Pracy jako procent PKB, 2000																
Kategorie 2-7 z wyłączeniem 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Pod-kategoria 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Kategorie 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Ogółem	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

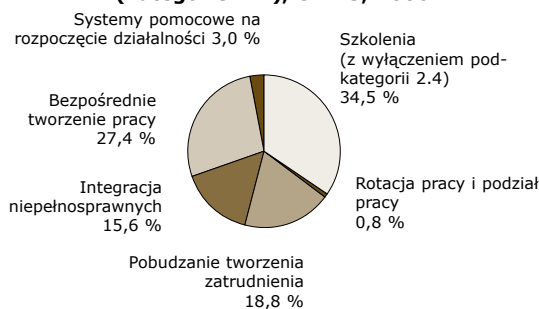
Kategorie 2-7: Szkolenia – Rotacja pracy i podział pracy – Pobudzenie tworzenia zatrudnienia– Integracja niepełnosprawnych – Bezpośrednie tworzenie miejsc pracy – Systemy pomocowe na rozpoczęcie działalności. Podkategoria 2.4: Specjalne wsparcie dla systemu praktyk zawodowych. Kategorie 8-9: Utrzymanie dochodów i wsparcia poza pracą – Wczesna emerytura. Źródło: Eurostat – Labour Market Policy Database (Baza Danych Polityki Rynku Pracy LMP)

Wykres 28 Wszystkie wydatki publiczne na działania Polityki Rynku Pracy jako procent PKB, 2000



Źródło: Eurostat - Labour Market Policy Database (LMP)

Wykres 29 Wydatki związane z Polityką Rynku Pracy według rodzaju działania (kategorie 2-7), UE-15, 2000



Źródło: Eurostat - Labour Market Policy Database (LMP)

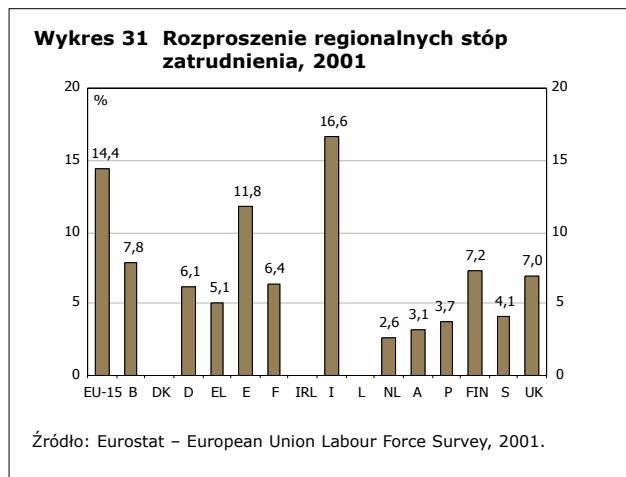
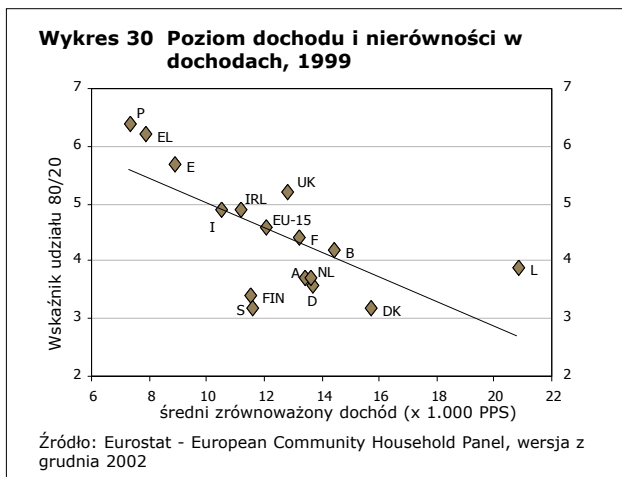
— Dystrybucja dochodu

Według średniej ważonej w populacji krajów członkowskich UE w roku 1999 górne 20% populacji (o najwyższych dochodach) otrzymało 4,6 razy więcej całkowitego dochodu niż dolne 20% populacji (najniższy dochód). Różnica pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi jest najmniejsza w Danii i Szwecji (3,2), następnie lokuje się Finlandia, Niemcy, Holandia i Austria, a największą różnicę notuje się w południowych krajach członkowskich, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii.

Wskaźnik kluczowy

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

(1) Nierówność dystrybucji dochodu (rozkład dochodu w kwantylach) – Stosunek całkowitego dochodu uzyskanego przez 20% populacji o najwyższych dochodach (górne kwantyle) do dochodu uzyskanego przez 20% populacji o najniższych dochodach (najniższe 20%). Dochód musi być rozumiany jako uśredniony dochód netto.
Źródło: Eurostat – European Community Household Panel – wersja z grudnia 2002



— Gospodarstwa domowe o niskich dochodach

Patrząc na ogół populacji, w roku 1999 uśredniony dochód około 15% obywateli - to jest mniej więcej 56 milionów osób - wynosił mniej niż 60% średniej krajowej właściwej dla ich kraju. Stosując 60% średniej krajowej jako próg, proporcja osób na progu zagrożenia ubóstwem była stosunkowo wyższa w Grecji i Portugalii (21%), następnie w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii (19%). Stosunkowo niższa liczba odpowiadała sytuacji Belgii, Danii, Niemczech, Luksemburga, Holandii, Austrii i Finlandii (11-13%) a szczególnie niska pozostawała w Szwecji (9%). Zasiłki socjalne redukują liczbę osób zagrożonych ubóstwem we wszystkich krajach członkowskich, jednak stopień zróżnicowania jest znaczący - od redukcji na poziomie około 5% w Grecji do prawie 70% w Szwecji.

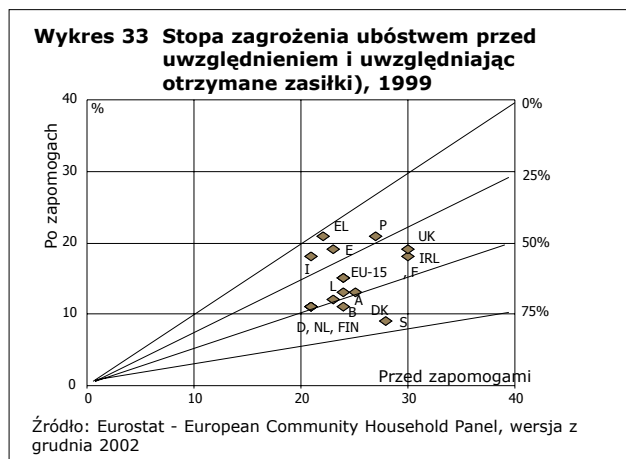
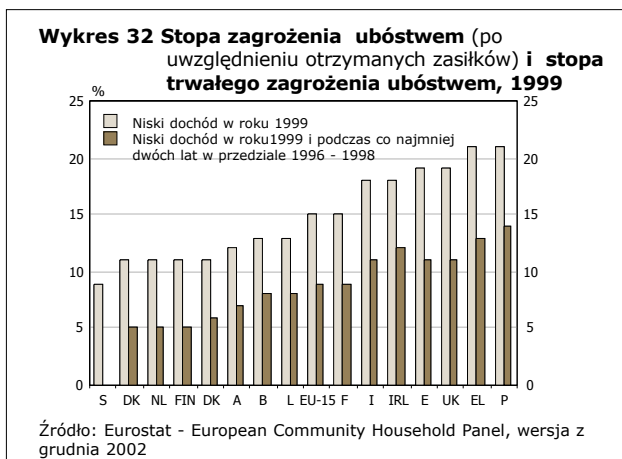
Wskaźnik kluczowy

Stopy zagrożenia ubóstwem notowana bez uwzględnienia dochodów ze środków pomocy społecznej. Procent osób z uśrednionym dochodem netto nie uwzględniającym środków pomocy społecznej, które znajdują się poniżej progu zagrożenia ubóstwem ustalonego na poziomie 60% średniego narodowego dochodu netto (przy uwzględnieniu środków pomocy społecznej). Zasiłki emerytalne i kombatanckie wliczane są do dochodów otrzymywanych przed przyznaniem środków pomocy społecznej a nie jako zapomogi, 1999	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30	

Stopy zagrożenia ubóstwem – przy uwzględnieniu dochodów z pomocy społecznej. Procent osób z uśrednionym dochodem netto pozostającym poniżej progu ryzyka ubóstwa, ustalonego na poziomie 60% średniego narodowego dochodu netto, 1999	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19	

60% śr. rocznego dochodu (€)	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% śr. rocznego dochodu (PPS)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Źródło: Eurostat - European Community Household Panel, wersja z grudnia 2002.



Brak pracy w rodzinie oraz niskie zarobki

Ważną przyczyną ubóstwa i społecznej izolacji jest brak pracy lub niskie dochody z zatrudnienia. W roku 1999 stopa ryzyka zagrożenia ubóstwem dla osób mieszkających w gospodarstwach domowych, gdzie nikt z osób w wielu produkcyjnym nie pracował wyniosła 51% - prawie 3 razy więcej niż w sytuacji gdy przynajmniej jedna osoba pracuje.

Wskaźnik kluczowy

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje - osoby w wieku 0-65 lat (Procent osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje w całej populacji (z wyłączeniem osób w takich gospodarstwach domowych, gdzie wszyscy członkowie rodziny są w wieku poniżej 18 lat, w wieku 18-24 lata i kontynuują naukę oraz w wieku 65+ i nie pracują), 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
Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje - osoby w wieku 0-60 lat (Procent osób żyjących w gospodarstwach domowych, gdzie nikt nie pracuje w całej populacji (z wyłączeniem osób w gospodarstwach domowych, gdzie wszyscy członkowie są w wieku poniżej 18 lat, w wieku 18-24 lata i kontynuują naukę lub 60+ lat i nie pracują) 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

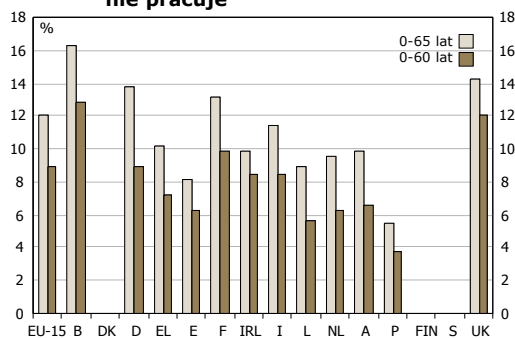
Źródło: Eurostat - European Union Labour Force Survey, 2002.

Stopa zagrożenia ubóstwem (%) wśród osób mieszkających w gospodarstwach domowych o zróżnicowanym poziomie zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
nikt nie pracuje	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
pracują niektórzy	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
wszyscy pracują	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

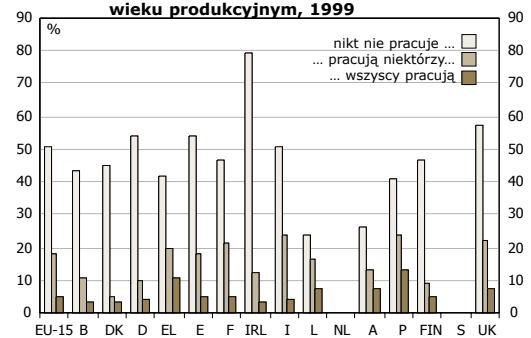
Źródło: Eurostat - European Community Household Panel , wersja z Grudnia 2002.

Wykres 34 Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje



Źródło: Eurostat - European Community Household Panel, 2002

Wykres 35 Stopa zagrożenia ubóstwem (%) wśród osób mieszkających w gospodarstwach domowych o zróżnicowanym poziomie zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym, 1999



Źródło: Eurostat - European Community Household Panel, wersja z grudnia 2002

Kobiety i mężczyźni w procesie decyzyjnym

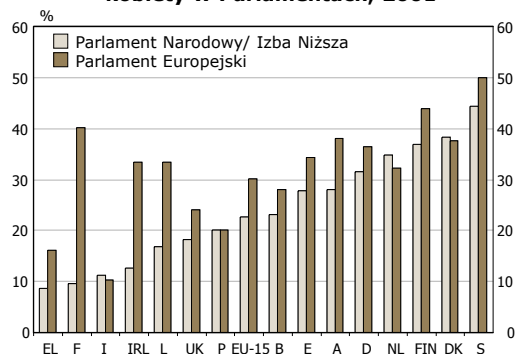
Na poziomie Unii Europejskiej reprezentacja kobiet w Parlamencie Europejskim wzrastała stale z każdymi wyborami od roku 1984 i osiągnęła aktualnie 30%. W parlamentach narodowych kobiety ciągle są obecne w niewystarczającym stopniu - sytuacja ta odnosi się do wszystkich krajów członkowskich - procent miejsc zajmowanych przez kobiety w tych instytucjach sięga od 9% w Grecji do 44% w Szwecji.

Wskaźnik kluczowy

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Udział kobiet w parlamentach narodowych (procent miejsc zajmowanych przez kobiety w parlamentach narodowych (lub izbie niższej parlamentu), wiosna 2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
Procent miejsc zajmowanych przez kobiety w Parlamencie Europejskim, wybory czerwiec 1999	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24
Procent kobiet w rządach narodowych, wiosna 2001	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

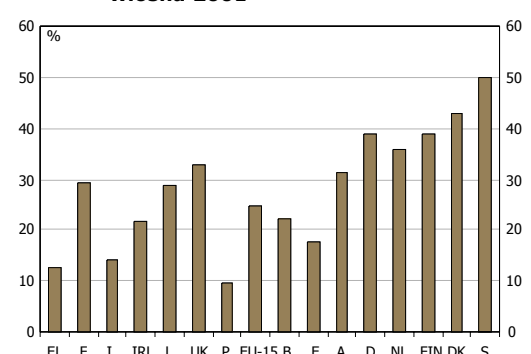
Źródło: European database - Women in decision making

Wykres 36 Procent miejsc zajmowanych przez kobiety w Parlamentach, 2001



Źródło: European database - Women in decision making

Wykres 37 Procent kobiet w rządach narodowych, wiosna 2001



Źródło: European database - Women in decision making

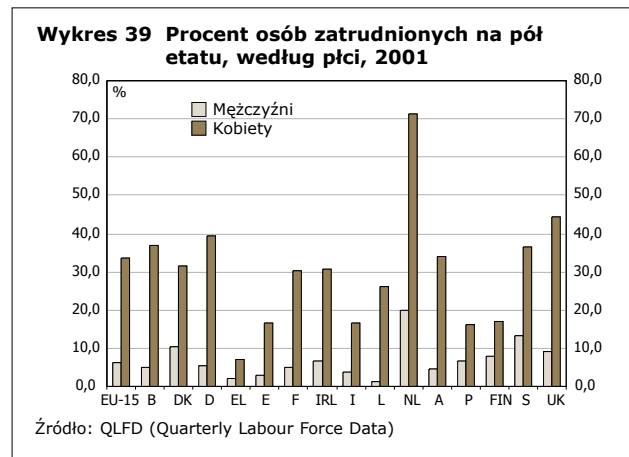
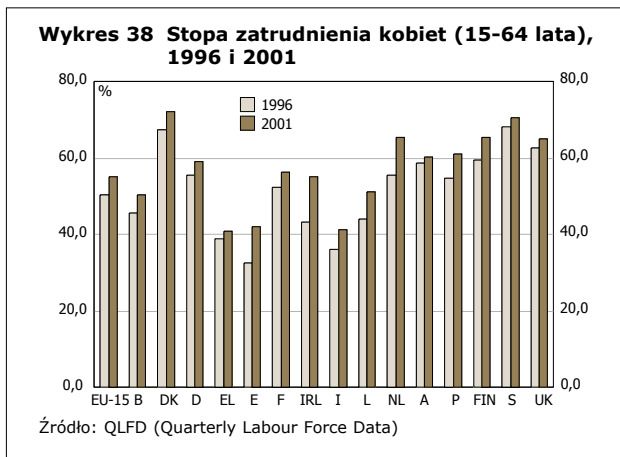
Zatrudnienie kobiet i mężczyzn

W okresie 1996 - 2001 stopa zatrudnienia mężczyzn w Unii Europejskiej wzrosła o prawie 3 punkty. Jednak w tym samym czasie stopa zatrudnienia kobiet wzrosła o prawie 5 punktów, zawężając tym samym lukę pomiędzy płciami. Pomimo tego, stopa zatrudnienia mężczyzn (73,0%) pozostaje znacznie wyższa niż kobiet (54,9%). Stopa zatrudnienia kobiet jest najwyższa w trzech krajach nordyckich, Wielkiej Brytanii i Holandii.

Wskaźnik kluczowy

Stopa zatrudnienia. 15-64 lat. 2001	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Kobiety	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
Mężczyźni	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

Źródło: QLFD Quarterly Labour Force Data



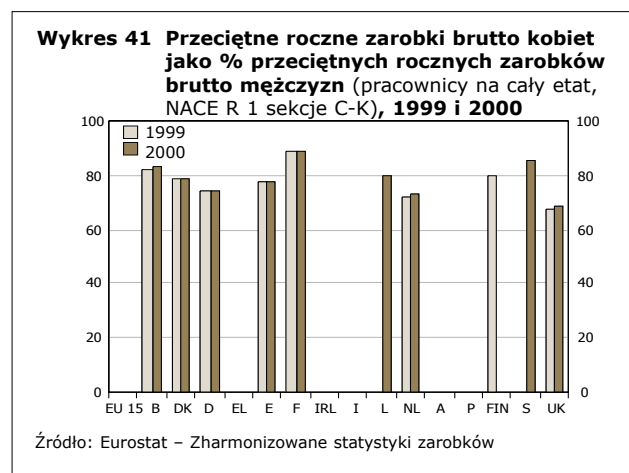
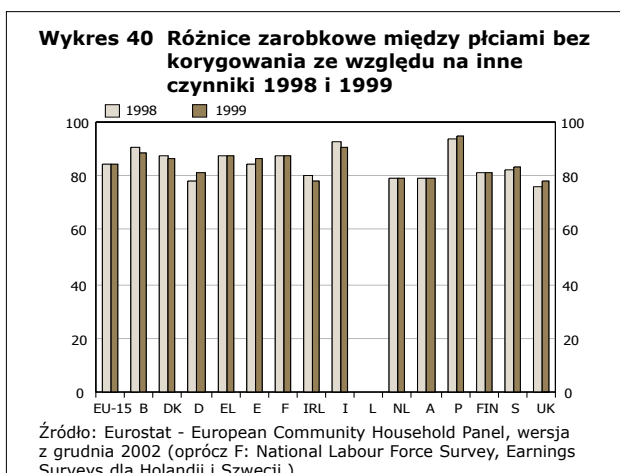
Zarobki kobiet i mężczyzn

W całej Unii Europejskiej w roku 1999 przeciętna godzinowa stawka brutto dla pracy kobiet została oszacowana na 16% mniej niż mężczyzn. Najmniejsze różnice notowane są w Portugalii, Włoszech, Belgii i Francji a największe w Wielkiej Brytanii i Irlandii. Na poziomie UE różnice pozostają niezmiennione na poziomie z lat 1998, 1997 i 1996. Aby zmniejszyć różnice zarobków, to jest zarówno bezpośrednią dyskryminacją płacową, jak i dyskryminacją pośrednią związaną z udziałem w rynku pracy należy zwrócić uwagę na systemy wyboru zawodu a także ścieżki rozwoju karier.

Wskaźnik kluczowy

Różnice zarobków ze względu na płeć - bez korygowania ze względu na inne czynniki (Średnia stawka płacy brutto za godzinę pracy dla kobiet jako % średniej godzinowej stawki brutto dla mężczyzn. W grupie badanej uwzględniono wszystkich pracowników w wieku 16- 64 którzy wykonują opłacaną pracę w wymiarze co najmniej 15 godzin tygodniowo.)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

Źródło: Eurostat - Quarterly Labour Force Data, wersja z Grudnia 2002 (oprócz F: National Labour Force Survey, Earnings Surveys dla Holandii i Szwecji.)



Oczekiwania odnośnie długości życia i zdrowia

Przewidywana przeciętna długość życia ciągle wzrasta i obecnie wynosi ponad 81 lat dla kobiet i 75 lat dla mężczyzn. We wszystkich krajach członkowskich kobiety żyją dłużej niż mężczyźni. We wszystkich krajach członkowskich kobiety przeciętnie przeżywają 66 lat w dobrym zdrowiu (to jest w kondycji wolnej od niepełnosprawności) a w przypadku mężczyzn wiek ten wynosi 63 lata.

Wskaźnik kluczowy

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Przewidywana długość życia przy urodzeniu, 2000																
Mężczyźni	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
Kobiety	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

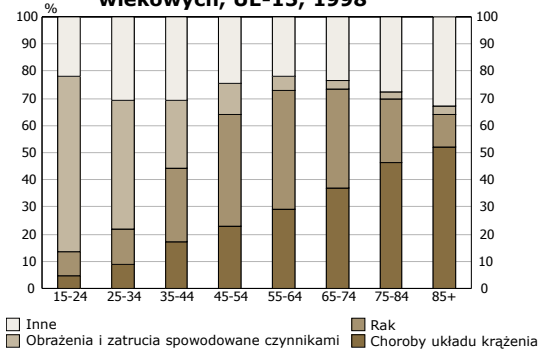
Uwaga: Niemcy (D) i Grecja (EL): 1999.
Źródło: Eurostat – Statystyki demograficzne

Lata zdrowego życia (Przewidywana długość życia przy urodzeniu, bez niepełnosprawności), 1996

Mężczyźni	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Kobiety	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

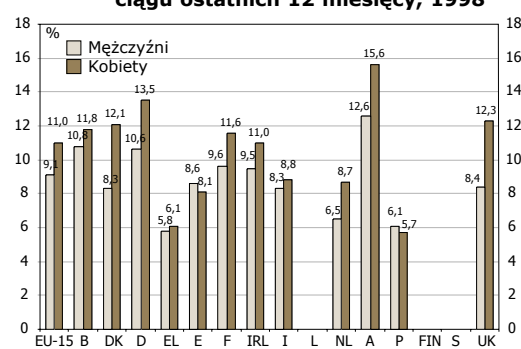
Źródło: Eurostat – Mortality Statistics and European Community Household Panel

Wykres 42 Główne przyczyny śmierci według grup wiekowych, UE-15, 1998



Źródło: Eurostat - Statystyki Śmiertelności

Wykres 43 Procent ludności hospitalizowanej w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 1998



Źródło: Eurostat - European Community Household Panel, wersja z grudnia 2001

Wypadki i problemy zdrowotne związane z wykonywaną pracą

W roku 2000 około 4,0% pracowników w UE uległo wypadkom przy pracy wymagającym zwolnienia dłuższego niż 3 dni. Przy uwzględnieniu wypadków nie wymagających zwolnienia lub wymagających zwolnienia do trzech dni liczba ta wzrasta do 6,3%. Od roku 1994 liczba wypadków przy pracy powodujących nieobecność w pracy przez ponad 3 dni zmniejszyła się o 11% (wartość indeksu dla roku 1998 = 100 wynosiła 99 w roku 2000 i 111 w 1994). W okresie 1998-99 5,4% pracowników rocznie cierpiało na problemy zdrowotne związane z pracą. Ogółem w roku 1999 około 510 milionów dni roboczych zostało straconych jako rezultat wypadków przy pracy (160 milionów dni) i problemów zdrowotnych wynikających z pracy (350 milionów dni). Wypadki śmiertelne związane z komunikacją drogową spadły o około 46% od roku 1970, ale nadal w roku 2001 na drogach UE zanotowano około 40.000 ofiar śmiertelnych.

Wskaźnik kluczowy

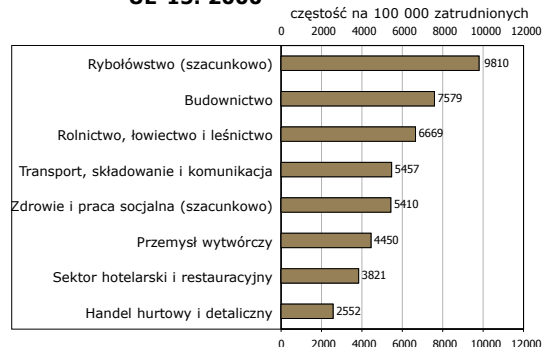
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Poważne wypadki przy pracy (Spis ilości poważnych wypadków przy pracy na 100 tysięcy osób zatrudnionych (1998=100)), 2000																
Ogółem	99*	82~b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Mężczyźni	98*	80~b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Kobiety	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Wypadki śmiertelne przy pracy (Indeks liczby wypadków śmiertelnych przy pracy na 100 tysięcy osób zatrudnionych (1998=100)), 2000

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

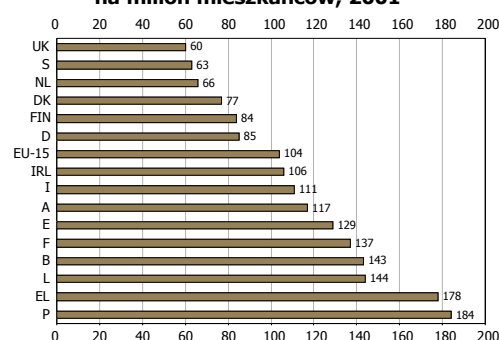
Źródło: Eurostat – Europejskie Statystyki Wypadków w Pracy European Statistics on Accidents at Work (ESAW)

Wykres 44 Wypadki przy pracy według sektora. UE-15, 2000



Źródło: Eurostat – Europejskie Statystyki o Wypadkach przy Pracy (European Statistics on Accidents at Work ESAW)

Wykres 45 Liczba ofiar śmiertelnych w ruchu ulicznym na milion mieszkańców, 2001



Źródło: CARE Baza Danych Wypadków Drogowych Unii (Community Road Accident Database) i Eurostat – Statystyki Demograficzne. Uwaga: Belgia, Włochy (I) i Wielka Brytania: 2000 dane ze źródeł narodowych. Wszystkie dane z roku 2001 są szacunkowe.

Kluczowe wskaźniki socjalne w krajach członkowskich

Nr	Wskaźnik kluczowy	Jednostka	Rok UE-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
3	Współczynnik zależności wieku starszego	%	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	Stopa migracji netto na 1000 mieszkańców		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	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia - ogółem	%	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	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia - mężczyźni	%	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	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia - kobiety	%	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	Kształcenie na przestrzeni życia - ogółem	%	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	Kształcenie na przestrzeni życia - mężczyźni	%	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	Kształcenie na przestrzeni życia - kobiety	%	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	Stopa zatrudnienia	%	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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników - ogółem	%	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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników - mężczyźni	%	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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników - kobiety	%	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	Efektywny przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy - ogółem	(lata)	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	Efektywny przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy - mężczyźni	(lata)	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	Efektywny przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy - kobiety	(lata)	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	Stopa bezrobocia - ogółem	%	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	Stopa bezrobocia - mężczyźni	%	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	Stopa bezrobocia - kobiety	%	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	Stosunek bezrobocia młodych do populacji	%	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	Stopa bezrobocia długoterminowego - ogółem%		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	Stopa bezrobocia długoterminowego - mężczyźni	%	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	Stopa bezrobocia długoterminowego - kobiety	%	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	Wydatki na zabezpieczenie społeczne jako procent PKB	%	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	Zasiłki dla osób starszych i kombatantów jako procent wszystkich zasiłków socjalnych	%	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	Wydatki publiczne na aktywne działania Polityki Rynku Pracy jako procent PKB	%	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	Współczynnik nierówności w dystrybucji dochodów (poměr)		1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Stopa zagrożenia ubóstwem bez uwzględnienia zapomóg socjalnych	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Stopa zagrożenia ubóstwem przy uwzględnieniu zapomóg socjalnych	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje, osoby w wieku 0-65 lat	%	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	Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje, osoby w wieku 0-60 lat	%	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	Udział kobiet w parlamentach narodowych	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Stopa zatrudnienia - mężczyźni	%	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	Stopa zatrudnienia - kobiety	%	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	Różnice w płacy według płci bez korygowania ze względu na inne czynniki	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Przeciętna przewidywana długość życia przy urodzeniu - mężczyźni	(lata)	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	Przeciętna przewidywana długość życia przy urodzeniu - kobiety	(lata)	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	Lata życia w zdrowiu - mężczyźni	(lata)	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Lata życia w zdrowiu - kobiety	(lata)	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Poważne wypadki przy pracy - ogółem		2000	99*	82~b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Poważne wypadki przy pracy - mężczyźni		2000	98*	80~b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Poważne wypadki przy pracy - kobiety		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Wypadki śmiertelne przy pracy		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Patrz komentarz w odpowiednim oknie. Liczba może pochodzić z innego roku (ostatni dostępny) lub może zawierać inne ograniczenia.

Uwagi do odczytywania każdego wskaźnika kluczowego: patrz strona 36

Kluczowe wskaźniki socjalne w krajach przystępujących i kandydujących

Nr	Wskaźnik kluczowy	Jed. Rok	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Współczynnik zależności wieku starszego	%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	Stopa migracji netto na 1000 mieszkańców	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	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia	%2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia	%2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Wcześnie opuszczający szkołę i nie pobierający dalszego wykształcenia lub szkolenia	%2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Kształcenie na przestrzeni życia	%2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Kształcenie na przestrzeni życia	%2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Kształcenie na przestrzeni życia	%2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Stopa zatrudnienia	%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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników	%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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników	%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	Stopa zatrudnienia starszych pracowników	%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	Efektywny przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy	(lata)2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Efektywny, przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy	(lata)2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Efektywny, przeciętny wiek odejścia	(lata)2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Stopa bezrobocia	%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	Stopa bezrobocia	%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	Stopa bezrobocia - kobiety	%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	Stosunek bezrobocia młodych do populacji	%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	Stopa bezrobocia długoterminowego	%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	Stopa bezrobocia długoterminowego	%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	Stopa bezrobocia długoterminowego	%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	Wydatki na zabezpieczenie społeczne jako procent PKB	%2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Zasiłki dla osób starszych i kombatantów jako procent wszystkich zasiłków socjalnych	%2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Wydatki publiczne na aktywne działania Polityki Rynku Pracy jako procent PKB	%2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Współczynnik nierówności w dystrybucji dochodów	1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Stopa zagrożenia ubóstwem bez uwzględnienia zapomóg socjalnych	%1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Stopa zagrożenia ubóstwem przy uwzględnieniu zapomóg socjalnych	%1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje, osoby w wieku 0-65 lat	%2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:
17b	Populacja osób żyjących w gospodarstwach domowych gdzie nikt nie pracuje, osoby w wieku 0-60 lat	%2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:
18	Udział kobiet w parlamentach narodowych	%1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Stopa zatrudnienia	%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	Stopa zatrudnienia	%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	Różnice w płacy według płci bez korygowania ze względu na inne czynniki	%1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Przeciętna przewidywana długość życia przy urodzeniu	(lata)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	Przeciętna przewidywana długość życia przy urodzeniu	(lata)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	Lata życia w zdrowiu	(lata)1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Lata życia w zdrowiu - kobiety	(lata)1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Poważne wypadki przy pracy - ogółem	ilość punktów indeksu (1998 = 100) 2000	99*	100~b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Poważne wypadki przy pracy - mężczyźni	ilość punktów indeksu (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Poważne wypadki przy pracy - kobiety	ilość punktów indeksu (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Wypadki śmiertelne przy pracy	ilość punktów indeksu (1998 = 100) 2000	79*	100~b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68~b

° = Patrz komentarz w odpowiednim oknie. Liczba może pochodzić z innego roku (ostatni dostępny) lub może zawierać inne ograniczenia.

Objaśnienia dla każdego z kluczowych wskaźników

- 3 W skali UE, liczba osób w wieku 65 lat i starszych odnosiła się do 24,3% populacji w wieku produkcyjnym (15-64 lata) w roku 2001.
- 4 Stopa migracji netto dla UE w roku 2001 wynosiła 3,1 na 1000 mieszkańców.
- 5t W roku 2001, 19,4% osób w wieku 18-24 lata w UE opuściło system edukacji bez uzyskania kwalifikacji poniżej niższego poziomu średniego wykształcenia.
- 6t W skali UE, 8,4% populacji w wieku 25-64 lat pobierało wykształcenie lub szkolenie w okresie 4 tygodni przed badaniem w roku 2001.
- 7 64% populacji UE w wieku 15-64 lat było zatrudnionych w roku 2001.
- 8at 38,6% populacji UE w wieku 55-64 lat było zatrudnionych w roku 2001.
- 8bt W roku 2001, efektywny, przeciętny wiek opuszczenia rynku pracy wynosił 59,9 lat.
- 9t 3,2% siły pracowniczej w UE (osoby pracujące i poszukujące pracy) było bezrobotnych przez co najmniej jeden rok w roku 2001.
- 10 7,3% populacji UE w wieku 15-24 lat było bezrobotnych w roku 2001.
- 11t 3,2% siły pracowniczej UE (osoby pracujące i poszukujące pracy) było bezrobotnych przez co najmniej jeden rok w 2001.
- 12 W roku 2000, wydatki UE na zabezpieczenie społeczne stanowiły 27,3% PKB.
- 13 W skali UE, zasiłki dla osób starszych i kombatantów mają największy udział w wydatkach na zabezpieczenie społeczne (46,4% ogólnych zasiłków w roku 2000).
- 14 W roku 2000, wydatki publiczne na aktywne działania Rynku Pracy stanowiły 0,681% PKB.
- 15 Przeciętnie, w krajach członkowskich UE w roku 1999, 20% populacji kraju członkowskiego o najwyższych dochodach uzyskało 4,6 raza więcej ogólnego dochodu niż 20% najbiedniejszej części populacji kraju członkowskiego UE.
- 16a W skali UE, bez uwzględniania zapomóg socjalnych, 24% populacji żyłoby poniżej poziomu ubóstwa w roku 1999.
- 16b W skali UE, przy uwzględnieniu zapomóg socjalnych, 15% populacji żyło wg stanu faktycznego poniżej poziomu ubóstwa w roku 1999.
- 17a W skali UE w roku 2002, 12,1% populacji w wieku 0-65 lat żyło w gospodarstwach domowych, w których nikt nie pracował (z wyłączeniem gospodarstw domowych, w których wszystkie osoby są w wieku niższym niż 18 lat, lub w wieku 18-24 lata i kontynuują naukę, lub w wieku 65 lat i starszym oraz niepracujący).
- 18 W skali UE, w roku 2001, 23% miejsc w parlamentach narodowych (lub w izbach niższych) zajmowały kobiety.
- 19 73% / 54,9% populacji męskiej/ żeńskiej w UE w wieku 15-64 lata było zatrudnionych w roku 2001.
- 20 W skali UE, przeciętne godzinne zarobki brutto kobiet stanowiły 84% przeciętnych godzinnych zarobków brutto mężczyzn w roku 1999. W skład populacji wchodzi pracownicy w wieku 16-64 lat otrzymujący pensje, którzy pracują 15 godzin i więcej na tydzień.
- 21a Przeciętna przewidywana długość życia przy urodzeniu obywatela płci męskiej/ żeńskiej w UE wynosiła odpowiednio 75,3/ 81,4 lat w 2000 roku.
- 21b Przeciętnie, obywatel płci męskiej/ żeńskiej w UE powinien dożyć wieku 63/ 66 lat odpowiednio bez niepełnosprawności (dane z roku 1996).
- 22at W skali UE, w 2000 roku miało miejsce 1% mniej poważnych wypadków (prowadzących do więcej niż trzech dni nieobecności) na 100 000 osób zatrudnionych, niż w roku 1998.
- 22b W skali UE, w 2000 roku miało miejsce 21% mniej śmiertelnych wypadków na 100 000 osób zatrudnionych, niż w roku 1998.

Punkty sprzedaży publikacji EUROSTAT

Belgique/België/ Belgia

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

Języki używane:
ES, DE, EN, FR

Danmark/Dania

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

Języki używane:
DA, EN

Deutschland/Niemcy

**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/>

Języki używane:
DE, EN

España/Hiszpania

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

Języki używane:
ES, EN, FR

France/Francja

**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
członek MIDAS Net

Języki używane:
FR

Italia – Roma Włochy/Rzym

**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
członek MIDAS Net

Języki używane:
IT

Italia - Milano Włochy/Mediolan

**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
członek MIDAS Net

Języki używane:
IT

Luxembourg Luksemburg

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

Języki używane:
ES, DE, EN, FR, IT

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

Strona Internetowa Eurostat
www.europa.eu.int/comm/eurostat/