

2003

A situação social na União Europeia

- Síntese -



Comissão Europeia

A situação social na União Europeia 2003

- Síntese -

ÍNDICE

Prefácio	5
1 Principais desenvolvimentos sociais	7
1.1 A situação social: oportunidades e desafios	7
1.2 Dinâmica demográfica	7
1.3 Desenvolvimentos recentes no emprego	8
1.4 Condições de vida	9
1.5 Tendências na distribuição dos rendimentos	10
1.6 Tendências nos Estados aderentes	11
2 Saúde e cuidados de saúde na União Europeia	12
2.1 A saúde dos europeus e a Agenda Europeia	12
2.2 População e saúde	14
2.3 Determinantes da saúde	15
2.4 A importância dos sistemas de cuidados de saúde	18
2.5 Futuros desafios para os sistemas de cuidados de saúde	19
3 A flexibilidade do Modelo Social Europeu	22
Anexos	
Indicadores	
Envelhecimento da população	24
Migrações e asilo	24
Educação e resultados	25
Aprendizagem ao longo da vida	25
Emprego	26
Emprego dos trabalhadores mais velhos	26
Desemprego	27
Desemprego juvenil	27
Desemprego de longa duração	28
Despesas e receitas dos regimes de protecção social	28
Prestações de velhice	29
Despesas com políticas de mercado de trabalho	29
Distribuição dos rendimentos	30
Agregados familiares com baixos rendimentos	30
Agregados familiares desempregados e baixos salários	31
Homens e mulheres na tomada de decisão	31
Emprego de homens e mulheres	32
Remunerações de homens e mulheres	32
Esperança de vida e saúde	33
Acidentes e problemas de saúde relacionados com o trabalho	33
Principais indicadores sociais por Estado-Membro	34
Principais indicadores sociais por Estado aderente e por País candidato	35
Lista dos Postos de Informação do Eurostat	37

Prefácio

O Relatório sobre a Situação Social estuda a problemática da qualidade de vida na Europa. Proporciona uma visão global da situação demográfica e das condições sociais, enquanto cenário da evolução da política social. Contribui também para acompanhar o desenrolar dos acontecimentos na esfera social nos Estados-Membros.

A presente publicação, constitui uma síntese do relatório principal. Divide-se em dois grandes capítulos. O primeiro apresenta as principais tendências sociais e económicas na Europa, devidamente apoiadas em factos e dados estatísticos. O segundo capítulo resume os principais aspectos ligados ao tema deste ano - a dimensão social da saúde. Analisa como e porquê a situação sanitária dos

cidadãos europeus melhorou, apontando ainda alguns dos potenciais desafios do futuro. A publicação conclui com algumas considerações acerca do modelo social europeu.

À semelhança do que se verificou nos anos anteriores, os anexos apresentam um conjunto de indicadores sociais harmonizados para cada um dos Estados-Membros, e pela primeira vez os indicadores correspondentes para os Estados aderentes e Países candidatos. Estes indicadores proporcionam uma panorâmica da situação social, constituindo igualmente um importante instrumento de acompanhamento da evolução social ao longo do tempo.



Anna Diamantopoulou
Membro da Comissão
Emprego, Assuntos Sociais



Pedro Solbes Mira
Membro da Comissão
Assuntos Económicos e
Financeiros, Eurostat

1 Principais desenvolvimentos sociais

1.1 A situação social: oportunidades e desafios

A situação social resulta essencialmente da interacção entre a evolução a longo prazo das estruturas demográficas e de alterações económicas conjunturais a curto e médio prazo.

Após cinco anos de forte crescimento económico, o que levou à criação de 12 milhões de postos de trabalho e a um aumento de 4 pontos percentuais na taxa de emprego, que passou para 64% da população activa, a situação apresenta-se agora menos optimista. Em 2001, a taxa de crescimento económico caiu para 1,5%, passando para menos de metade do valor atingido em 2000, e em 2002 a recuperação foi lenta. Porém, o emprego continuou a crescer, se bem que a baixo ritmo.

Entretanto, os desafios económicos e sociais de médio prazo decorrentes do envelhecimento da população europeia são hoje mais evidentes. Em breve, o crescimento da população activa europeia atingirá os seus limites e em menos de uma década o impacto da passagem à reforma da geração do baby-boom começará a surtir efeito.

As melhorias estruturais conseguidas desde 1996 e o lançamento bem sucedido da moeda única, levaram a melhorias do desempenho económico em termos monetários e financeiros, bem como a uma flexibilidade acrescida no mercado de trabalho. Para além das contribuições para a melhoria das condições de vida, o período em estudo viu reforçadas oportunidades políticas em inúmeras áreas. Encontraram-se novas formas de resolver problemas estruturais no emprego, designadamente o desemprego juvenil e as reduzidas taxas de actividade das mulheres e dos trabalhadores mais velhos. Os níveis mais elevados de emprego aliviaram a pressão sobre os sistemas de protecção social, criando maior margem de manobra para intervir na área das pensões. Importa salientar que as desigualdades não se agravaram durante os anos de prosperidade e que o aumento do emprego e o crescimento económico geraram novas possibilidades para fazer face aos problemas persistentes de pobreza e exclusão social.

Neste mesmo período verificaram-se progressos significativos na capacidade de os Estados-Membros conseguirem apoios da UE em relação aos seus esforços políticos. A colaboração no combate à exclusão social e a modernização da protecção social vieram juntar-se aos processos de coordenação nas esferas macroeconómica e de emprego. Este facto resultou na emergência de novas potencialidades para um triângulo virtuoso de políticas económicas, sociais e de emprego.

No entanto, persistem ainda grandes desafios, e com o alargamento surgirão outros. É fundamental manter as conquistas dos últimos cinco a sete anos e tirar partido das oportunidades criadas para prosseguir no caminho do crescimento sustentável e de melhorias contínuas na situação social¹.

1.2 Dinâmica demográfica

A evolução da situação demográfica na Europa terá um impacto significativo na situação social e nos grandes desafios que presentemente se colocam à economia europeia.

A população da UE está a envelhecer...

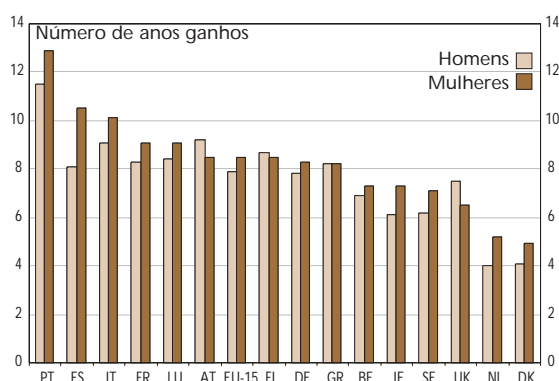
A população da UE está a envelhecer e o rácio de dependência dos idosos irá aumentar. Ainda que a fertilidade tenha aumentado ligeiramente, de 1,45 filhos por mulher em 1999 para 1,47 em 2001, está ainda longe do nível de substituição de 2,1. A esperança de vida aumentou e os níveis de mortalidade concentram-se cada vez mais na população idosa. Quando a geração do baby-boom atingir a idade da reforma, a percentagem da população nos escalões etários superiores irá aumentar. Actualmente, as pessoas com 65 e mais anos representam 16% do total da população e as com menos de 15 anos, 17%. Em 2010, estas proporções serão respectivamente de 18% e 16%. O aumento mais dramático verificar-se-á no número de pessoas "muito idosas" (mais de 80 anos) que registará um acréscimo de quase 50% nos próximos 15 anos.

... e, não obstante a estrutura etária mais jovem dos Estados aderentes, o alargamento não irá inverter esta tendência.

Em consequência dos elevados níveis de fertilidade registados nas décadas de 1970 e 1980, os Estados aderentes apresentam actualmente uma estrutura etária mais jovem do que a UE-15 (a população com mais de 65 anos representa 13% do total e os jovens com menos de 15 anos 19%). Em consequência, o alargamento terá um efeito rejuvenescedor. Todavia, este efeito será simultaneamente reduzido e temporário. A médio e a longo prazo, os Estados aderentes tenderão a reforçar o declínio demográfico da UE. Dada a persistência de níveis de fertilidade extremamente baixos, a proporção de crianças na população está a diminuir rapidamente e em 2020 a quota-parte dos idosos deverá aproximar-se da verificada na UE-15.

1 Uma avaliação completa da situação na União Europeia no início de 2003 consta do documento "Optar pelo crescimento: Conhecimento, inovação e empregos numa sociedade coesa" - Relatório ao Conselho Europeu da Primavera de 21 de Março de 2003, sobre a estratégia de Lisboa de renovação económica, social e ambiental, COM(2003) 5 final

Gráfico 1 Aumento da Esperança de vida entre 1960 e 2000



Fonte: Eurostat. Ano 2000: valor estimado para a UE-15, 1999 dados para Alemanha e Grécia. Os dados de 1960 para Alemanha excluem a ex-RDA

Ao mesmo tempo, as estruturas familiares estão a tornar-se menos estáveis e os agregados mais pequenos...

A subida dos rácios de dependência dos idosos irá incidir sobre a capacidade de responder às necessidades de cuidados, as quais tendem a aumentar por força da evolução das estruturas familiares. As pessoas casam menos e mais tarde, e as rupturas são cada vez mais frequentes. Em 2001, registaram-se apenas 5 casamentos por cada 1000 habitantes na UE-15, comparado com 8 em 1970. Acresce que a percentagem de divórcios relativamente aos casamentos celebrados em 1960 é de 15%, enquanto que para os casamentos celebrados em 1980, chega aos 28%. Persiste ainda a tendência para agregados familiares mais pequenos, com mais pessoas a viver sós, independentemente da faixa etária. Verifica-se também um aumento significativo do número de crianças a viver com um só adulto e uma queda do número de casais com filhos. Em 2000, 10% das crianças dos 0 aos 14 anos viviam com um só adulto, comparado com 6% em 1990. Na grande maioria dos agregados monoparentais, o adulto é do sexo feminino. Com excepção da Polónia e do Chipre, a estabilidade das famílias diminuiu drasticamente nos Estados aderentes.

... enquanto que os fluxos migratórios desempenham um papel cada vez mais importante na mudança demográfica.

Durante mais de uma década, a imigração líquida constituiu o principal factor de crescimento demográfico na União. Actualmente, todos os Estados-Membros registam importantes influxos migratórios e em 2001 a taxa de migração líquida anual foi de 3,1 por cada 1 000 habitantes, representando cerca de 74% do crescimento demográfico total. Em alguns Estados aderentes, a emigração teve um impacto significativo na situação demográfica. Os Países Bálticos, em particular, registaram um decréscimo da respectiva população devido à emigração.

Os responsáveis políticos estão hoje mais cientes das consequências do envelhecimento ...

Nos últimos anos, a tomada de consciência para o envelhecimento demográfico e as suas possíveis consequências no emprego e na política social aumentou significativamente. Os Estados-Membros assumiram o compromisso de abordar as questões ligadas ao envelhecimento, no âmbito de políticas adequadas no domínio das finanças, emprego e protecção social (pensões, saúde e cuidados prolongados), e rever as suas políticas nacionais. Os Estados aderentes estão a repercutir em inúmeras áreas estas novas formas de colaboração na área do envelhecimento.

...e avançam no debate destas questões à escala nacional e da UE.

Da avaliação dos esforços actuais, infere-se que a maior parte dos Estados-Membros - e dos Estados aderentes - entende tirar partido das novas oportunidades antes de a passagem à reforma da geração do baby-boom começar a fazer efeito. O objectivo é que os respectivos sistemas de pensões², de saúde e de cuidados prolongados³ prossigam no cumprimento dos seus objectivos sociais e mantenham a viabilidade financeira perante o aumento da pressão do envelhecimento. Inúmeras reformas foram já empreendidas e muitas outras estão em preparação.

1.3 Desenvolvimentos recentes no emprego

Em 2002, o desemprego aumentou ligeiramente, o que aconteceu pela primeira vez desde 1996. Todavia, apesar da conjuntura de retracção económica, o mercado de trabalho revelou notável resistência. Foram criados mais empregos do que os que se perderam, pelo que o resultado se saldou por um ganho líquido.

Esta situação sugere que o desenvolvimento e a execução da Estratégia Europeia de Emprego e a nova tónica na promoção da inclusão social ajudaram a União a avançar na perspectiva de um crescimento sustentado do emprego, que se cifrou num acréscimo de 1,3% por ano desde 1996⁴. A taxa de emprego atingiu 64,0% em 2001, devendo chegar aos 64,5% em 2002. Por seu lado, a taxa de desemprego baixou para 7,4%, o valor mais baixo da década, e embora tenha aumentado em 2002, o acréscimo foi muito ligeiro, já que a taxa registou 7,6%⁵.

Ainda que a taxa de emprego total na União alargada venha a ser um pouco mais baixa do que a registada na UE-15, as insuficiências estruturais são comuns aos actuais e aos futuros Estados-Membros, embora em escalas diferentes. Os desafios que se anunciam aos futuros Estados-Membros residem na necessidade de reforçar a participação na actividade económica e aumentar o emprego, facilitar os fluxos de mão-de-obra da agricultura para a indústria e para os serviços (sem agravar as disparidades regionais a médio prazo),

2 Proposta da Comissão para um Relatório conjunto da Comissão e do Conselho sobre pensões adequadas e sustentáveis, COM(2002) 737 final.
 3 Projecto de um Relatório conjunto da Comissão e do Conselho sobre cuidados de saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de protecção social, COM(2002)774
 4 Para mais elementos sobre a evolução da situação do emprego neste período remete-se para o documento "BALANÇO DE CINCO ANOS DA ESTRATÉGIA EUROPEIA DE EMPREGO, COM(2002) 416 final.
 5 A proposta relativa ao futuro da estratégia europeia de emprego consta do documento "O futuro da Estratégia Europeia de Emprego "Uma estratégia de pleno emprego e melhores postos de trabalho para todos" COM(2003) final.

melhorar e actualizar as competências em função dos requisitos das economias modernas assentes no conhecimento.

Ulteriores progressos na consecução da agenda de Lisboa, designadamente o objectivo de pleno emprego, pressupõem acções decisivas para aumentar as taxas de actividade e o emprego, reforçar a qualidade e a produtividade no trabalho e promover a coesão social.

A manutenção da oferta de mão-de-obra dependerá cada vez mais do aumento das taxas de actividade e de emprego das mulheres ...

Entre 1996 e 2001 na UE, as taxas de emprego dos homens e das mulheres aumentaram respectivamente quase três e cinco pontos percentuais, o que induziu uma redução para 18% da disparidade entre os sexos neste domínio. Em relação ao desemprego, o fosso entre os géneros também acusou uma redução, embora permanecesse significativo, nos 2,3 pontos percentuais, em 2001. Estas recentes reduções nas disparidades entre homens e mulheres constituem um sinal encorajador, no sentido de uma diminuição, num futuro próximo, das diferenças nas taxas de desemprego.

Também nos Estados aderentes existem disparidades entre os géneros, todavia, a proporção de mulheres na força de trabalho é mais elevada do que nos Estados-Membros da UE (46% contra 42%). A percentagem de mulheres em funções de gestão também é mais elevada: 38% dos gestores nos Estados aderentes são mulheres, contra 34% na UE. Acresce que nos Estados aderentes o trabalho a tempo parcial é menos frequente e está dividido de forma mais equilibrada entre os dois sexos: 6% dos homens (7% na UE) e 9% das mulheres (32% na UE) trabalham a tempo parcial.

... e dos trabalhadores mais velhos ...

Em termos globais, 38,5% da população da UE no escalão dos 55- 64 anos tinha emprego em 2001. Esta percentagem está muito aquém da meta de Estocolmo, de 50% até 2010. A idade média em que as pessoas saem do mercado de trabalho era de 59,9 anos em 2001. Aumentar esta média em cerca de cinco anos, até 2010, será um desafio conforme defendeu o Conselho Europeu de Barcelona. As recentes melhorias nos números relativos ao emprego nos escalões etários superiores, registadas em alguns Estados-Membros, demonstram que é possível inverter a tendência para o declínio das taxas de actividade desde que os esforços sejam intensificados. Nos Estados aderentes, as taxas de emprego dos trabalhadores no escalão 55-64 são ainda mais baixas, mas nos últimos anos os valores estabilizaram e tendem agora a subir.

Analisando a questão sob outro prisma, isto é, atendendo às dinâmicas demográficas actuais e futuras, conducentes a uma diminuição da população em idade activa, é da maior importância que a maior parte dos Estados-Membros disponha de consideráveis reservas de mão-de-obra entre as mulheres e os trabalhadores mais velhos. Se as barreiras existentes forem eliminadas, estas reservas de trabalho poderão ser utilizadas, contrariando assim o impacto do envelhecimento na dimensão da força-de-trabalho.

...e da dimensão e tipos de imigração, bem como da integração dos imigrantes.

Os cenários demográficos assentes na hipótese da estabilidade dos fluxos migratórios e no cumprimento das metas de emprego de Lisboa parecem indicar que, a partir de 2010, o volume total do emprego na UE-15 baixaria em consequência da diminuição da população activa. Acresce que os ganhos de produtividade deverão desempenhar um papel mais importante do que até ao momento, no crescimento económico. A imigração também constituirá um importante factor neste contexto, em especial quando as actuais reservas de mão-de-obra existentes na população activa tiverem sido esgotadas. É óbvio que os efeitos económicos e sociais positivos da imigração dependem da capacidade dos Estados Membros para garantir a plena integração dos recém-chegados e respectivos dependentes na actividade económica e no tecido social europeu. A integração bem sucedida dos imigrantes pode constituir, assim, um importante factor de crescimento económico e de reforço da coesão social.

O crescimento do emprego também comporta criação de postos de trabalho de qualidade superior.

Com a economia baseada no conhecimento a tornar-se uma realidade quotidiana, mais de dois terços dos empregos criados entre 1996 e 2001 corresponderam a lugares altamente qualificados. Mais de 50% de todos os empregos actuais requerem a utilização de um computador. Com efeito, um trabalho que a Comissão levou recentemente a cabo demonstrou que as economias da UE com mais elevadas proporções de empregos altamente qualificados são também as que melhores desempenhos apresentam em termos de emprego e de produtividade. No entanto, regista-se ainda um número considerável de empregos de baixa qualidade. Enquanto que para os jovens e as pessoas com altas qualificações, tais empregos funcionam muitas vezes como um passo no caminho de um emprego mais estável, assim não acontece com os trabalhadores mais velhos e com os não-qualificados. A partir do momento em que nestas categorias predominam os contratos temporários, o trabalho a tempo parcial não é uma escolha mas uma imposição e os empregos não oferecem perspectivas de formação, persistem os ciclos de desemprego, inactividade e emprego pouco qualificado. Assim, os esforços no sentido de promover a mobilidade para empregos mais qualificados e de melhor qualidade, constituem um importante elemento da promoção de níveis de emprego mais elevados e sustentáveis.

1.4 Condições de vida

Quando medidas em termos da evolução do consumo e do rendimento, as condições de vida continuam a melhorar. A evolução média anual do rendimento per capita oscilou em torno dos 1,5% na última década, com um rendimento médio líquido anual (UE-15) da ordem de 11,700, em 1998, expresso em PPC⁶. É óbvio que por detrás desta mediana se escondem consideráveis disparidades entre Estados-Membros e importantes desigualdades em cada um deles. A "metade setentrional" da União regista níveis de rendimento mais elevados e tende a apresentar menores desigualdades na distribuição do mesmo do que os Estados-Membros do Sul. Importa

6 Expresso em Paridade do Poder de Compra para corrigir as disparidades entre os países considerados

também ter presente que o consumo médio aumentou significativamente nos últimos anos. Na Alemanha, um exemplo típico neste contexto, o consumo das famílias registou um crescimento anual de 2,6%.

As condições de vida estão reflectidas na percepção que as pessoas têm da sua qualidade de vida.

Em 2002, os europeus mostravam-se muito ou bastante satisfeitos com as suas vidas em geral (78% contra 77% dois anos antes) e entre estes, cerca de 20% (contra 17% em 2000) estavam muito satisfeitos. Os europeus mais satisfeitos vivem na Suécia (95%) e na Dinamarca (94%) enquanto que o nível de satisfação é menos pronunciado em Portugal (50%) e na Grécia (49%). A semelhança do que se verificou em anos anteriores, os homens mostram-se menos satisfeitos do que as mulheres e os jovens mais do que os idosos. As variações observadas na percepção que os europeus (UE-15) têm da sua qualidade de vida podem em grande parte ser explicadas pelas diferenças na percepção do seu estado de saúde.

As pessoas com níveis de habilitações mais elevados e as que auferem rendimentos superiores mostram-se mais satisfeitas em termos da percepção do seu estado de saúde e da qualidade de vida, o que reflecte desigualdades decorrentes da sua situação socioeconómica. Acresce que os idosos apresentam índices mais baixos de percepção do seu estado de saúde.

A maior parte dos inquiridos no Eurobarómetro 2002 confere maior prioridade às despesas públicas com cuidados de saúde do que com outras áreas, como a educação ou a assistência social. Consideram também que a qualidade dos sistemas de cuidados de saúde é uma das três questões mais importantes que a sociedade hoje enfrenta.

1.5 Tendências na distribuição dos rendimentos

O rendimento é um dos principais factores para determinar o padrão de vida. A distribuição do rendimento também é importante no que diz respeito à pobreza relativa e aos riscos de exclusão social. O Estado Providência desempenha um importante papel na redistribuição do rendimento primário, reduzindo as desigualdades e a pobreza. Um recente relatório⁷ revela que a desigualdade da repartição dos rendimentos conheceu importantes mudanças em muitos países entre 1980 e 1997. Na maioria dos casos a disparidade aumentou. Durante o crescimento económico que marcou a segunda metade dos anos 90, é notável que, em média, as desigualdades tenderam a diminuir.

É óbvio que esta situação pode ser o reflexo do facto de o recente crescimento económico ter sido fortemente induzido pelo emprego. As pessoas com emprego são as menos expostas ao risco de pobreza⁸ e os desempregados são cinco vezes mais propensos a viver em risco de pobreza do que as primeiras. Em 1998, os reformados e os trabalhadores por conta pró-

pria tinham duas vezes mais probabilidades de viver em pobreza do que as pessoas com emprego, as crianças três vezes mais e os outros grupos economicamente inactivos quatro.

Persiste o risco de pobreza e de exclusão social ...

Não obstante os importantes efeitos redistributivos da protecção social, o combate à pobreza e a promoção da inclusão social permanecem os grandes desafios que se apresentam à União. Dados recentes do Eurobarómetro 2001 revelam que uma elevada proporção de pessoas ainda se considera em situação de pobreza, na medida em que o rendimento líquido que auferem é inferior àquilo que julgam absolutamente necessário. Esta medida da pobreza subjectiva varia consideravelmente consoante o Estado-Membro - entre 9% na Dinamarca e 66% em Portugal. O inquérito mostra também que o período de duração da pobreza tende a ser mais longo nos países do Sul do que nos do Norte, respectivamente 14-15 anos e 2-3 anos. O Eurobarómetro dá conta ainda do facto de a pobreza estar estreitamente ligada ao isolamento social e a emprego de pouca qualidade e precário bem como à falta de formação.

A inclusão social está associada de perto às condições de emprego e de rendimento. Importa salientar que na sociedade do conhecimento as novas tecnologias representam simultaneamente uma oportunidade e uma ameaça à inclusão de pessoas desfavorecidas. O trabalho levado a cabo pelo ESDIS , Grupo de Alto Nível para o Emprego e a Dimensão Social da Sociedade da Informação chamou a atenção para esta questão, à qual foi conferido o merecido destaque pelas resoluções do Conselho sobre "eInclusão" de Outubro de 2001 e "eAcessibilidade" das pessoas com deficiência de 2002.

... profundamente díspares em toda a União ...

Os índices de pobreza das famílias variam consideravelmente entre os Estados-Membros (estando o limiar de pobreza estabelecido nos 60% do rendimento nacional mediano). Em 1998, a diferença entre os Estados-Membros com as taxas de pobreza mais altas e mais baixas era de 14 pontos percentuais. Entre 1995 e 1998, seis dos doze Estados-Membros que tinham dados disponíveis para o período em questão registaram diminuições das respectivas taxas de pobreza. Não obstante, a taxa de pobreza global na UE-15 em 1998 era idêntica à registada em 1995.

Em geral, os Estados-Membros do Sul apresentam os valores mais baixos de rendimento líquido mediano expresso em PPC, mas registam também as maiores desigualdades de rendimento, segundo os dados referentes a 1998 do Painel Europeu dos Agregados Domésticos (ECHP). Os Estados-Membros escandinavos apresentam os níveis mais reduzidos de desigualdades enquanto que os valores mais elevados do rendimento líquido mediano se registam no Luxemburgo, na Bélgica e nos Países Baixos.

7 cf. "Income on the Move", relatório sobre distribuição do rendimento, pobreza e redistribuição, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, financiado pela Comissão Europeia, DG Emprego e Assuntos Sociais (Direcção E1 Estudos, séries 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Considerando risco de pobreza quem vive com menos de 60% do rendimento mediano.

... mas na UE-15 as desigualdades seriam muito mais pronunciadas sem o impacto redistribuidor das prestações sociais.

O efeito de redistribuição⁹ das prestações de segurança social é muito mais significativo do que o dos impostos. As prestações sociais reduzem as desigualdades de rendimento medidas pelo coeficiente de Gini¹⁰ em cerca de 30 a 40%. O carácter regressivo das prestações é relativamente importante na Alemanha, Países Baixos, Bélgica e Reino Unido: agregados com baixos rendimentos nestes países recebem uma proporção relativamente mais elevada de prestações sociais do que na Finlândia, Dinamarca e Suécia. Todavia, em relação à Alemanha e ao Reino Unido, a redução da desigualdade entre as distribuições do rendimento de mercado e do rendimento bruto é assaz moderada. Esta situação explica-se pelo facto de a quota-parte da segurança social no rendimento nacional nestes países ser relativamente baixa.

As prestações existem em inúmeras categorias e diferem quanto ao número de beneficiários e aos montantes médios. Do conjunto dos benefícios, a redução da pobreza, medida através da comparação entre o "antes" e o "depois" (do benefício), é de 25 pontos percentuais¹¹. O factor mais importante na redução da pobreza deve-se às prestações de velhice e de sobrevivência (15%). As prestações de desemprego, as prestações familiares e as prestações de doença/invalidez produzem efeitos equivalentes de cerca de três pontos percentuais na redução da pobreza.

1.6 Tendências nos Estados aderentes

Embora a maior parte dos Estados aderentes tenha sido bem sucedido na redução da distância que os separa dos Estados-Membros da União Europeia em matéria de rendimento durante a segunda metade dos anos de 1990, as diferenças são ainda consideráveis. Em 2000, em oito dos Estados aderentes, o PIB per capita expresso em Paridade do Poder de compra (PPC) situava-se a menos de metade da média da UE.

Acresce que a distribuição do rendimento nos Estados aderentes tende a ser mais desigual. Esta situação é particularmente visível nos oito países da Europa Central e Oriental¹². Nos últimos dez anos, a Europa Oriental conheceu um significativo agravamento da pobreza e das desigualdades. A situação tende agora a estabilizar-se, as desigualdades e a pobreza já não aumentam, mas as consequências sociais do aumento acelerado das desigualdades nos primeiros anos da transição merecem futura atenção.

A sensibilização para enfrentar estes problemas tem aumentado...

A pobreza está na agenda política de todos os Estados aderentes, o mesmo não se pode dizer de um projecto mais vasto de combate à exclusão social nas suas múltiplas formas de privação. A exclusão social ganhou todavia importância nas prioridades políticas dos últimos anos, facto que reflecte a influência política da UE. Os principais factores que levam à exclusão social são o desemprego e as rupturas familiares, sendo que na maior parte dos Estados aderentes os sistemas de protecção social e o mercado de trabalho têm tido problemas em garantir níveis adequados de rendimento e de recursos. Acresce que o grau de cobertura e de desempenho dos regimes de assistência social dificultam a resolução dos problemas da exclusão social.

... bem como as possibilidades de conseguir apoios por parte da UE.

A importância de fazer face a estes problemas foi recentemente sublinhada com a adopção pelo Conselho, em Dezembro de 2002, dos novos objectivos da UE para o combate à pobreza e à exclusão social. Esta revisão reforça os objectivos que tinham sido adoptados pelo Conselho Europeu de Nice em 2000, mas ao mesmo tempo confere destaque acrescido à dimensão de género, às dificuldades que os imigrantes conhecem e a importância de reduzir o número de pessoas em risco de pobreza e de exclusão social. Estes objectivos estarão na base da preparação da segunda geração dos Planos de Acção Nacional de Combate à Pobreza e à Exclusão Social, com periodicidade bienal, que serão elaborados pelos Estados-Membros até Julho de 2003. A intenção que preside a este desígnio é a de tomar por base e consolidar os progressos realizados com o método aberto de coordenação em matéria de pobreza e de exclusão social, lançado pelo Conselho Europeu de Lisboa, em 2000.

O alargamento da UE-15 para a UE-25 perfila-se agora no horizonte. Com ele, esperam-se mudanças significativas na situação social da UE. Os desafios em matéria de exclusão social, pobreza e desigualdades, designadamente no que se refere à saúde, irão ganhar importância crescente. As desigualdades regionais e os problemas da coesão social serão mais pronunciados. Em consequência das disparidades acrescidas entre os Estados-Membros, serão necessários instrumentos de colaboração eficazes para colmatar essas diferenças de um modo construtivo.

9 Resultados extraídos do estudo "Income on the Move" e referentes essencialmente à edição de 1997 do Painel Europeu dos Agregados Domésticos (ECHP).

10 O coeficiente de Gini é um índice que compara a distribuição real do rendimento com uma distribuição teoricamente ideal em que todos auferem o mesmo rendimento (gini=0 por cento). Um coeficiente Gini de 100 por cento significaria que uma pessoa auferia a totalidade do rendimento.

11 Esta percentagem é ilustrativa, no entanto existem outras variáveis que influenciam as duas situações, não se pode atribuir a diferença entre os dois coeficientes de Gini somente devido apenas ao efeito dos benefícios sociais.

12 Comissão Europeia, "Assegurar o êxito do alargamento" - Documento de estratégia e Relatório sobre os progressos realizados por cada um dos Estados aderentes na via da adesão, p.13

2 Saúde e cuidados de saúde na União Europeia

2.1 A saúde dos europeus e a Agenda Europeia

A saúde é o grande tema do relatório deste ano. A saúde e a qualidade dos cuidados de saúde constituem uma das principais preocupações dos cidadãos europeus (Eurobarómetro 2002). O presente relatório dá conta do estado actual da saúde dos europeus e identifica as principais determinantes da mesma.

O estado de saúde geral dos cidadãos é fortemente determinado pelas condições socioeconómicas, estilo de vida e condições ambientais, se bem que o sector da saúde seja essencial na prevenção e tratamento da doença, tendo também um papel importante na manutenção de uma vida saudável. A organização do sistema de saúde e de cuidados prolongados varia muito na União. Para além de grandes diferenças, há também a registar importantes pontos comuns e – como o próprio relatório o demonstra - os Estados-Membros estão perante desafios idênticos em matéria de política de saúde. Entre estes, importa salientar dois: Por um lado, a contínua necessidade de otimizar a relação custo-eficácia dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, atendendo às fortes determinantes da mudança estrutural que são o envelhecimento e as novas tecnologias na área da saúde. Por outro lado, há boas perspectivas de desenvolvimento de melhores sinergias entre as políticas de saúde e as outras políticas que condicionam as determinantes socioeconómicas e ambientais da saúde.

Saúde é riqueza

O estado de saúde dos cidadãos constitui um importante factor da capacidade produtiva da sociedade, podendo as melhorias nesta área contribuir para reforçar o potencial de crescimento¹³. Assim é porque um bom estado de saúde permite manter o potencial para uma produtividade mais elevada e uma vida activa mais longa, com custos mais baixos (menos ausências por doença, menos necessidades de tratamentos, menos incapacidades, etc.)¹⁴.

Os sistemas de cuidados de saúde são parte dos regimes de protecção social dos Estados-Membros. Enquanto tal, constituem um aspecto essencial das novas formas de colaboração¹⁵ em matéria de modernização e melhoria da protecção

social, sendo parte integrante da mais vasta estratégia de Lisboa. Acessibilidade, qualidade e sustentabilidade são os três objectivos comuns que os Estados-Membros procuram nas respectivas políticas de saúde. O efeito que os sistemas de protecção social produzem nos rendimentos também contribui decisivamente para manter a saúde dos cidadãos. Os regimes de pensões, por exemplo, contribuem muito para manter em boas condições o estado de saúde dos cidadãos, ao promover padrões de vida satisfatórios após a passagem à reforma.

Obviamente que o efeito dos investimentos na saúde depende não apenas de quanto se gasta, mas também em quê, quando e como os recursos são investidos. A rentabilidade dos investimentos na saúde pode ser significativa se os esforços forem dirigidos para grupos sociais e regiões onde o estado de saúde geral é deficitário ou está particularmente ameaçado. As desigualdades no estado de saúde estão ligadas a desigualdades mais vastas no contexto social. As pessoas em situação de pobreza e de exclusão estão particularmente expostas a problemas e saúde. As políticas dos Estados-Membros para combater a pobreza, reduzir as desigualdades e promover a inclusão social e as novas formas de colaboração neste domínio têm um impacto positivo nas condições de saúde das pessoas em situação de pobreza, ao mesmo tempo que reforçam a coesão social.

Assim, a saúde e os cuidados de saúde são áreas que se situam na intersecção entre a Estratégia Europeia de Emprego e os esforços da União para modernizar e melhorar a protecção social.

As condições para gozar de boa saúde e aceder aos tratamentos adequados e eficazes em caso de doença melhoraram substancialmente na União Europeia ao longo dos últimos anos. Estes progressos ficam a dever-se aos esforços públicos e privados traduzidos em investimentos directos em cuidados de saúde melhorados. Mas ainda que os sistemas de saúde desempenhem um papel crucial no combate e na prevenção, outras políticas que afectam directamente as determinantes socioeconómicas da saúde, como o emprego e as condições de trabalho, também têm um impacto significativo no estado de saúde actual e futuro dos cidadãos.

13 Uma avaliação desta correlação consta do relatório da Comissão sobre macroeconomia e saúde, da OMS, presidida por Jeffrey D. Sachs (2001) 15 *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Genebra.

14 Um estudo americano que passa em revista a literatura científica da última década conclui que os trabalhadores que gozam de boa saúde ganham 15 a 30% mais do que aqueles cujo estado de saúde é precário: Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured*. Um estudo da investigação sobre a relação entre seguro de saúde, saúde, trabalho, rendimento e educação. "The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured".

15 Proposta da Comissão para o "Joint Commission-Council report on adequate and sustainable pensions, COM(2002) 737 final". Também, proposta para "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.

A agenda política europeia em matéria de saúde

A evolução política no decurso da década precedente colocou a problemática da saúde no centro da agenda europeia.

O Tratado de Maastricht (1993) deu pela primeira vez à saúde pública uma base jurídica (artigo 129^o), consagrando conceitos como "contribuir para um elevado nível de saúde", "fomentar a cooperação entre os Estados-Membros", "prevenção das doenças", e "medidas de incentivo". Não foi prevista a harmonização de leis e regulamentação. No cumprimento destas novas obrigações, a Comissão apresentou a "Comunicação sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública" assente em oito programas na área da saúde pública¹⁶. A intervenção ao nível da UE confere valor acrescentado mediante o apoio à acção dos Estados-Membros e à divulgação das "melhores práticas", no sentido de acompanhar de forma continuada as disposições de protecção da saúde em toda a Comunidade.

Em finais dos anos 90, o quadro geral da política de saúde alterou-se. O Tratado de Amsterdão alargou os poderes da Comunidade na área de saúde pública. O Artigo 129 foi revisto e passou a incluir novas propostas, passando então a Artigo 152. De acordo com este artigo, as acções na área da saúde pública devem: contribuir para a melhoria da saúde pública; promover a prevenção das doenças e afecções humanas; reduzir as causas de perigo para a saúde humana e assegurar que todas as políticas da UE incidam na melhoria da saúde.

Neste contexto geral, em Maio de 2000, a Comissão propôs uma nova estratégia para a área da saúde¹⁷, que promove, a nível Comunitário, uma abordagem integrada em matéria de saúde na área do trabalho. Um elemento chave desta nova estratégia, foi a proposta para um novo programa de Acção Comunitária na área de saúde pública¹⁸. O programa assenta em três prioridades:

- Melhoria da informação e conhecimentos em matéria de saúde,
- Reforço da capacidade de coordenação, uma reacção rápida às ameaças para a saúde,
- Promoção de acções para a melhoria da saúde e prevenção da doença

Acresce a criação por parte da Comissão do Fórum Europeu de Saúde, que reúne importantes Organizações Europeias. Além disso, o 6º Programa Quadro para a Investigação dá orientações políticas para a área da Investigação de grande relevância para a política social, com particular ênfase na implementação da Agenda Social Europeia¹⁹.

A responsabilidade em matéria de prestação de cuidados de saúde e ao seu financiamento cabe aos Estados-Membros. Todavia, esta responsabilidade não impede que se apliquem a esta área as liberdades fundamentais, designadamente a

liberdade de prestação de serviços, circulação de produtos clínicos e de trabalhadores, ou outras políticas comunitárias.

Acresce que a saúde é uma questão transversal da Agenda Social Europeia e uma componente importante da estratégia da UE de desenvolvimento sustentável, dois elementos essenciais da estratégia de Lisboa. A problemática dos cuidados de saúde é hoje um aspecto da mobilidade transfronteiras e um factor a ter em conta para a consolidação das finanças públicas.

A qualidade e a sustentabilidade dos cuidados de saúde foram reconhecidas como factores essenciais do reforço da cooperação entre os Estados-Membros. No Conselho Europeu de Gotemburgo (Junho de 2001), o Comité da Protecção Social e o Comité da Política Económica foram chamados a estudar os desafios de uma sociedade em envelhecimento e a preparar um relatório preliminar para o Conselho Europeu da Primavera de 2002²⁰ com orientações no domínio dos cuidados de saúde e dos cuidados aos idosos. O relatório concluiu destacando os principais desafios que o actual contexto demográfico, tecnológico e financeiro coloca aos sistemas de saúde e de cuidados prolongados na União Europeia: acesso para todos, independentemente do rendimento ou riqueza; cuidados com um elevado nível de qualidade; sustentabilidade financeira dos sistemas de cuidados

Estes três objectivos gerais foram subscritos pelo Conselho num relatório preliminar sobre cuidados de saúde e cuidados aos idosos, apresentado ao Conselho Europeu de Barcelona, que também salientava que todos os sistemas de saúde da UE se baseavam nos princípios de solidariedade, equidade e universalidade. O Conselho Europeu de Barcelona convidou a Comissão e o Conselho a analisar mais aprofundadamente as questões do acesso, da qualidade e da sustentabilidade financeira. Com base num questionário apresentado aos Estados-Membros, a Comissão elaborou uma proposta de relatório conjunto sobre as estratégias nacionais para garantir um elevado nível de protecção social²¹. Uma vez que os cuidados de saúde representam uma elevada percentagem das despesas públicas, a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde e das suas reformas em relação a este tema é importante.

A higiene e a segurança no trabalho constituem uma das mais importantes dimensões da política social europeia. Higiene no trabalho, significa não só ausência de acidentes ou doenças profissionais, como envolve também o bem-estar físico, moral e social, elementos importantes da qualidade do trabalho e da produtividade da mão-de-obra. Foi desenvolvida uma nova estratégia de saúde e segurança no trabalho para o período 2002-2006, tendo em conta as mudanças que a sociedade e o mundo do trabalho atravessam²². A estratégia adopta uma abordagem global do bem-estar no trabalho, assente em medidas preventivas e na construção de parcerias entre todos os intervenientes nas áreas do emprego, da saúde e da segurança.

16 Novembro 1993.

17 COM (2000) 285 final de 16.5.2000

18 OJ L 271/1 of 9.10.2002, Decisão 1786/EC

19 Ver programa específico da investigação, tecnológica desenvolvimento e inovação: Integrando e reforçando a Área da Investigação Europeia (2002-2006)

20 COM(2001) 723 final: O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira.

21 COM (2002) 774 final.

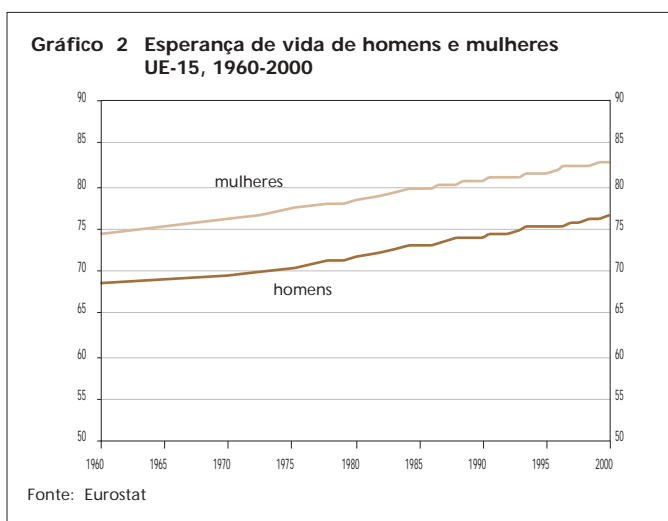
22 COM(2002) 118 final: Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006.

2.2 População e saúde

O estado de saúde dos cidadãos melhorou em todos os Estados-Membros da UE nas últimas décadas...

O estado de saúde médio da população da UE tem melhorado. Em 2000, a esperança de vida média à nascença na UE-15 era de 78 anos (75 para os homens e 81 para as mulheres). Este valor é mais elevado do que nos EUA (74 anos para os homens e 80 para as mulheres) mas mais baixo do que no Japão (78 anos para os homens e 84 anos para as mulheres).

A esperança de vida à nascença não é só um indicador social, é também um importante indicador económico. Uma análise da situação macroeconómica e em matéria de saúde revela que o estado da saúde explica grande parte das diferenças que se registam nas taxas de crescimento económico²³.



Os números relativos à esperança de vida registaram melhorias durante o século vinte: nos primeiros 60 anos do século, a esperança de vida aumentou 25 anos e nas últimas quatro décadas ganhou mais oito anos²⁴. A esperança de vida dos homens passou de 68 anos em 1970 para 75 em 2000²⁵. Durante o mesmo período, a esperança de vida das mulheres aumentou de 6 anos, passando de 75 anos em 1970 para 81 em 2000.

A esperança de vida mais baixa dos homens resulta de índices de mortalidade excessivamente altos em todas as faixas etárias, fenómeno conhecido em todos os Estados-Membros e na maioria dos outros países do mundo. Estas desigualdades de género, ainda que condicionadas por factores biológicos, são essencialmente imputáveis a causas sociais e a certos padrões de comportamento. Agora que os comportamentos de homens e mulheres na UE são mais similares, as

esperanças de vida de ambos começam a convergir. Esta situação foi já observada na UE-15 (a esperança de vida à nascença aumentou 2,5 anos para os homens entre 1990 e 2000 contra 2 anos para as mulheres) e em todos os Estados-Membros excepto a Grécia, Espanha, Luxemburgo e Portugal.

Em resultado da esperança de vida aumentada combinada com variações na fertilidade, a população da UE está a envelhecer. Em consequência, o número de idosos aumenta, ao mesmo tempo que diminui a proporção de activos (15-64 anos). Estas tendências demográficas terão consequências económicas e sociais em inúmeras áreas, incluindo nos sistemas de saúde e de prestação de cuidados.

No que se refere aos cuidados de saúde, uma das tendências demográficas mais significativas reside no aumento da população no grupo etário dos muitos idosos (mais de 80 anos). Esta faixa populacional deverá aumentar de oito milhões entre 2010 e 2030, um acréscimo de 44%, o que representa um crescimento ainda mais significativo do que o verificado em relação à população idosa em geral. Actualmente, a maioria das pessoas na faixa etária dos muito idosos necessita de assistência e de cuidados, que são proporcionados tanto formal como informalmente – estes últimos incluem cuidados prestados pelos respectivos familiares, o que é bastante evidente nos Estados Membros do Sul. No futuro, os agregados familiares serão mais pequenos e as famílias poderão não estar em condições de fazer face às crescentes necessidades de cuidados, o que irá conferir maior importância às estruturas formais e informais de prestação de cuidados. O processo de envelhecimento tem uma forte componente de género: a grande maioria das pessoas muito idosas serão mulheres. Com o envelhecimento demográfico, as doenças das mulheres irão pesar muito mais nos padrões das doenças a tratar e a curar.

... o que induzirá novos padrões de mortalidade e novas tendências na morbilidade.

Uma vez que as pessoas vivem mais tempo, a mortalidade e a morbilidade tendem a concentrar-se nas faixas etárias superiores. As principais causas de morte residem nas doenças do sistema circulatório (cerca de 40% do total dos óbitos), do sistema respiratório, do sistema digestivo, para além das causas externas de lesões ou envenenamento, entre as quais se incluem os acidentes²⁶ (rodoviários). Uma em cada cinco mortes é causada por uma doença que se pode prevenir. Todavia, verificam-se variações em função do sexo e, sobretudo, da idade. A mortalidade no primeiro ano de vida diminuiu nas últimas décadas em todos os Estados-Membros, os quais registam os níveis mais baixos de todo o mundo. Contudo, dada a persistência de diferenças nos níveis de mortalidade infantil entre diferentes grupos sociais e territórios, ainda é possível melhorar a situação. A mortalidade

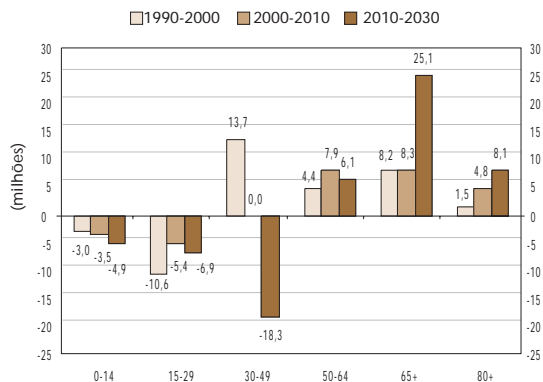
23 Relatório da Comissão sobre macroeconomia e saúde - presidida por Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. OMS, Genebra (p 24) : cada melhoria de 10 por cento na esperança de vida à nascença está associada a um aumento do crescimento económico de pelo menos 0,3 a 0,4 pontos percentuais ao ano, permanecendo constantes os outros factores de crescimento.

24 A natureza do indicador explica em parte este abrandamento. Para um dado ano, a esperança de vida representa a idade média a que um recém-nascido pode esperar atingir se as taxas de mortalidade desse ano se mantiverem. Uma vez que o número de anos de vida perdidos por uma pessoa que morre no primeiro ano de vida é muito mais elevado do que o número de anos perdidos por quem morre, por exemplo, aos 65 anos, a esperança de vida reage mais à redução da mortalidade infantil do que ao aumento da longevidade nos escalões etários superiores.

25 Todavia, esta evolução foi interrompida durante a segunda metade dos anos de 1980 e no início dos anos de 1990 em relação aos homens em alguns Estados-Membros do Sul, em razão do aumento da mortalidade causada pela SIDA e por acidentes rodoviários que atingem essencialmente os jovens.

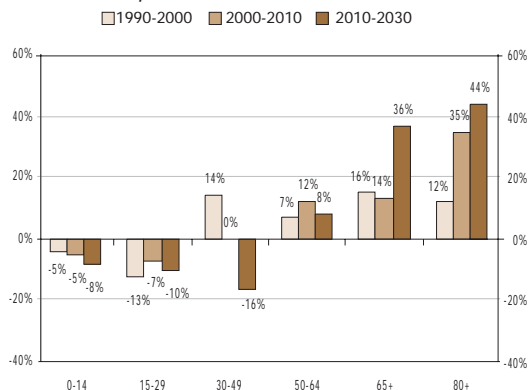
26 Fonte: Eurostat. Ver Relatório da Direcção Geral da Saúde e da Protecção dos Consumidores "The health status of the European Population" EC 2001.

Gráfico 3 Evolução demográfica (em milhões) por escalão etário, UE-15



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

Gráfico 4 Evolução demográfica (em %) por escalão etário, UE-15



Fonte: Eurostat

infantil é actualmente muito baixa e ulteriores aumentos da esperança de vida dependem agora da redução da morbilidade e da mortalidade nas faixa etárias superiores.

Entre as principais causas de morbilidade contam-se as doenças neuro-degenerativas (designadamente a demência e a doença de Alzheimer), as lesões, as doenças cardiovasculares, as doenças do sistema músculo-esquelético e o cancro²⁷. Uma vez que estas doenças estão na sua maior parte correlacionadas com a idade, o envelhecimento da população terá impacto nos padrões de morbilidade e nas necessidades de cuidados de saúde. Os problemas de saúde mental também ganham significado crescente. Na UE, cerca de um quarto das novas prestações por deficiência situam-se na área da saúde mental.

A situação da saúde nos Estados aderentes e nos Países candidatos está a mudar.

Os padrões de saúde nos Estados aderentes são hoje melhores mas, na maior parte dos casos, são ainda inferiores aos dos actuais Estados-Membros da UE. Verificam-se importantes diferenças entre os Estados aderentes e os Países candidatos, com Chipre e Malta a ocuparem as melhores posições (comparáveis ou mesmo acima das de alguns Estados-Membros), seguidos da Eslovénia, e com os Estados Bálticos, a Roménia, a Bulgária e a Turquia em situação precária. Esta situação reflecte-se nas elevadas taxas de mortalidade infantil e na esperança de vida reduzida, bem como na elevada incidência de doenças não-infecciosas (doenças cardíacas, doenças do sistema circulatório e cancro), doenças infecciosas (incluindo em alguns países doenças sexualmente transmitidas e tuberculose) e mortes violentas.

Os níveis de deficiência serão no futuro dependentes dos riscos de invalidez especificamente ligados à idade.

É uma característica da vida humana que o número de deficiências funcionais de todo o tipo tende a aumentar com a idade. Doença, estilos de vida ousados, acidentes e factores socioeconómicos concorrem para criar um processo degenerativo que se acumula com o tempo. Não surpreende pois que os jovens representem 5% das pessoas com deficiência e a população em idade activa 46%, sendo os restantes 49% com deficiências declaradas pessoas com mais de 60 anos (de acordo com dado do ECHP). Com a esperança de vida acrescida, aumentam também os problemas visuais e auditivos, bem como os distúrbios neurológicos, tais como a doença de Alzheimer e a demência. Todavia, a tendência futura em relação aos riscos de invalidez especificamente ligados à idade serão um factor chave no número de idosos que necessitarão de assistência e de cuidados.

2.3 Determinantes da saúde

A saúde é fortemente determinada pelas condições ambientais ...

A população europeia enfrenta riscos para a saúde decorrentes do ambiente físico, os quais em grande medida são devidos aos padrões de vida subjacentes e à utilização de recursos que daí resulta. A saúde humana depende da disponibilidade da alimentação, dos recursos hídricos e habitacionais. Também é condicionada pelo ruído, a congestão do tráfego, os acidentes e as condições de saneamento. A urbanização acelerada criou problemas em muitas cidades, ligados à poluição atmosférica e a condições de habitação inaceitáveis. Outros problemas de saúde relacionados com a contaminação dos recursos hídricos e alimentares estão na origem de doenças transmissíveis. Todavia, estes efeitos adversos têm sido combatidos incessantemente através da renovação urbana, da melhoria das infra-estrutu-

27 Fonte: Eurostat. Ver Relatório da Direcção Geral da Saúde e da Protecção dos Consumidores "The health status of the European Population" EC 2001

Gráfico 5 Principais determinantes da saúde²⁸



ras, do controlo dos agentes poluentes e do reforço das medidas de segurança alimentar, o que contribuiu para reduzir a respectiva prevalência.

Ao longo da última década, a poluição atmosférica nas zonas urbanas na Europa Central e Oriental diminuiu com a adopção de várias medidas técnicas e em resultado da estagnação da economia. Todavia, as condições de habitação permanecem aquém das da Europa Ocidental e os problemas de tráfego estão a tornar-se muito sérios.

... e pela envolvente socioeconómica ...

A saúde depende muito da situação socioeconómica. O estado de saúde é geralmente definido com referência a um conjunto de indicadores interligados, tais como o emprego, o nível de instrução, o rendimento e a riqueza. Para cada indivíduo, a situação socioeconómica. Determina o acesso aos recursos sociais e materiais, bem como a exposição a determinados riscos para a saúde.

No plano individual, o factor educação parece reforçar as capacidades sociais, aumentar as oportunidades individuais, a auto-estima, ao mesmo tempo que proporciona mais competências e aptidões e promove um estilo de vida mais saudável por via de uma maior consciência dos riscos. De acordo com o Eurobarómetro, só 50% das pessoas que não concluíram o ensino secundário superior, consideram o seu estado de saúde "bom" ou "muito bom", contra 75% das que possuem habilitações universitárias.

O emprego e o desemprego são dois factores importantes para o estado de saúde. Elevadas taxas de emprego, ou desemprego baixo, associados com níveis satisfatórios de bem-estar, contribuem significativamente para a redução das taxas de mortalidade ao longo do tempo.²⁹ Acresce que inúmeros estudos, a nível individual, mostram uma correlação positiva entre desemprego e doença ou deficiência, no plano físico e mental. Os desempregados são mais propensos à doença e consultam médicos com maior frequência. O risco de mortalidade das pessoas sem emprego é mais elevado do que as que têm uma situação profissional estável.

Registam-se índices mais elevados de suicídio nos jovens desempregados. Todavia, as redes sociais e os "empregos informais" têm contribuído de certo modo para aliviar o impacto negativo da perda de emprego. Este efeito "amortecedor" é mais significativo em alguns Estados-Membros.

O facto de estar em situação de emprego tem um impacto positivo na longevidade e na saúde, desde que os empregos em questão sejam de elevada qualidade. A fraca qualidade do trabalho é fonte de problemas de saúde ocupacional específicos (acidentes, lesões e doenças profissionais). A maior parte dos problemas de saúde ligados ao trabalho são musculo-esqueléticos, sintomas de stress e perturbações pulmonares e cardiovasculares. O sector e o tipo de actividade, o modelo de contrato laboral (temporário) e de organização do trabalho (turnos), a idade e género determinam a prevalência e a incidência das várias doenças. Embora as mulheres representem 46% da força de trabalho, a sua quota-parte nas doenças profissionais é em média de 18%, embora estas diferenças estejam relacionadas com o número de horas trabalhadas.

Os custos do emprego de baixa qualidade são consideráveis. Importa equacionar os custos da saúde preventiva ou curativa em função do número de dias de trabalho perdidos devido a acidentes de trabalho e a problemas de saúde, e da consequente perda de produção e rendimento. No total, os acidentes e os problemas de saúde ligados ao trabalho resultaram em 500 milhões de dias de trabalho perdidos na UE em 1998/99.

Nos Estados aderentes, uma importante proporção de trabalhadores considera a sua saúde e segurança em risco por causa do trabalho: 40% contra 27% na UE³⁰. Os problemas relacionados com o trabalho atingem proporções importantes nestes países, com particular destaque para a fadiga e as problemas musculo-esqueléticos. Os sistemas de saúde e segurança ocupacional nos Estados aderentes terão de ser adaptados à legislação europeia. Em muitos destes países, o tripartidarismo está pouco desenvolvido, sendo assim um desafio assegurar a melhoria do sistema através da cooperação entre trabalhadores e empregadores.

... e a dimensão e qualidade das redes sociais.

O apoio social é importante para assegurar boas condições de saúde, em particular nos dois extremos do ciclo de vida. As redes sociais - constituídas por familiares, parentes e amigos - contribuem para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos. Exercem uma função de controlo em relação a comportamentos marginais e aos principais factores ligados ao estilo de vida. Podem facilitar o acesso à saúde e aos serviços, prestar um vasto leque de cuidados informais e ajudar a atenuar o impacto de acontecimentos adversos.

A família permanece o principal núcleo da prestação de cuidados e do apoio às crianças e aos adultos dependentes em todos os Estados-Membros, sendo o seu papel neste domínio considerado importante e positivo. Actualmente, 6% dos europeus dedicam uma parte importante do seu tempo à prestação de cuidados informais prolongados a idosos ou

28 Este esquema é baseado no trabalho de Dahlgren e Whitehead. (ver Dahlgren e Whitehead : Políticas e estratégias para promover a igualdade social na saúde, Instituto para Estudos Futuros, 1991)

29 Prof. H. Brenner, Unemployment and public health, Comissão Europeia, DG EMPL.

30 Inquérito às condições de trabalho nos países candidatos, 2001 - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

a adultos doentes ou portadores de deficiência. A capacidade futura das famílias para prestarem cuidados prolongados será afectada pela evolução da taxa de actividade das mulheres e pela crescente instabilidade das estruturas familiares. Todos os Estados-Membros conhecem uma tendência para a redução da dimensão dos agregados familiares e um aumento do número de pessoas que vivem sós. Os cenários para a UE-15 apontam para que em 2020 haja uma proporção equivalente a 46% das pessoas com mais de 85 anos a viver sós, sendo 80% mulheres. Em resultado desta situação, um número crescente de idosos irá necessitar de prestação de cuidados formais, apesar de os índices de deficiência na velhice continuarem a baixar.

As estratégias que visam promover hábitos de vida saudáveis carecem da participação activa de um importante conjunto de intervenientes. Para reforçar a sensibilização do público para os riscos que se colocam na esfera da saúde, é necessária uma acção equilibrada por parte dos governos, da sociedade e dos indivíduos. O potencial de intervenção das organizações não-governamentais, dos agentes locais e de outros intervenientes, também assumem um papel importante.

Tendências recentes na exclusão social suscitam novos desafios para reduzir as desigualdades na saúde.

Nos países pobres, parece haver uma evidente correlação entre o nível de rendimento e a mortalidade. Rendimentos mais altos correspondem geralmente a uma situação mais favorável em termos de saúde. Esta correlação é menos óbvia nos países mais ricos, onde os padrões da mortalidade parecem estar associados a desigualdades de rendimento. Esta situação deve-se em primeiro lugar ao facto de baixos rendimentos e pobreza estarem associados à precariedade das condições de vida e de trabalho e a um estilo de vida pobre. Nos Estados-Membros, as pessoas em situação de pobreza são as que têm mais tendência para declarar o seu estado de saúde como "mau" ou "muito mau" e revelam níveis mais elevados de isolamento social, de falta de apoio e de disponibilidade de cuidados informais.

Rendimentos baixos e pobreza podem implicar dificuldades de acesso a cuidados de saúde preventiva (consultas médicas) e curativa (medicamentação e hospitalização) de qualidade, designadamente no que diz respeito a tratamento, comunicação e acompanhamento.³¹ As pessoas com rendimentos mais elevados têm mais facilidade em aceder a serviços especializados enquanto que as que auferem rendimentos inferiores tendem a recorrer aos cuidados de saúde generalistas. O aumento das prestações de saúde resultante da redução das desigualdades de rendimento reveste particular importância quando a pobreza é uma realidade social. Em termos políticos, isto significa que o combate à pobreza e a eliminação das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde são questões essenciais.

Novos desafios decorrentes do impacto na saúde de estilos de vida diversos ...

O estilo de vida tem importantes repercussões no estado de saúde. Um importante número de doenças graves com proporções epidémicas está relacionado com estilos de vida menos saudáveis, que podem ser alterados através de campanhas de sensibilização e acções preventivas para a saúde pública, em matéria de nutrição, prática de exercício físico, consumo e abuso de álcool, tabaco e drogas.

O tabaco é o principal factor de risco, representando cerca de 12% do total dos casos de doenças e de lesões de que o último relatório da OMS dá conta³². O consumo de tabaco está associado a um importante conjunto de doenças, por vezes mortais, as quais poderiam ser evitadas (doenças cardíacas, cancerosas e pulmonares). Cerca de um terço da população da UE-15 declara fumar regularmente. A prevalência do consumo de tabaco é mais elevada na população masculina do que na feminina na UE-15 (40% dos homens e 28% das mulheres), estando em aumento em especial junto das mulheres jovens. Estudos efectuados na Dinamarca revelam que o cancro do pulmão, ligado a elevado consumo de tabaco por parte das mulheres, é uma das causas da esperança de vida relativamente baixa das mulheres dinamarquesas³³.

O álcool e a tensão arterial representam 9-10% do DALY³⁴ e o colesterol e a massa corporal representam 6-7% do DALY para ambos os géneros. Uma nutrição inadequada - padrões alimentares deficientes - tem importantes consequências socioeconómicas, estando na origem de problemas de saúde que se repercutem em custos económicos e sociais. Os dados do Eurostat referem que cerca de 17% dos adultos na UE apresentam excesso de peso e cerca de 6,5% são obesos. O excesso de peso e a obesidade aumentam o risco de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro e a diabetes de tipo 2. A obesidade está em crescimento, sobretudo entre as crianças.

...em particular para os jovens...

A melhoria da saúde nos jovens não seguiu o ritmo que a sociedade em geral conheceu; na população jovem, em especial do sexo masculino, as taxas de mortalidade actualmente elevadas estão relacionadas com factores comportamentais e estilos de vida. O abuso de drogas, incluindo o álcool, explica frequentemente o número excessivo de mortes de jovens devido a causas externas: essencialmente acidentes de viação nos jovens (homens) dos 15 aos 30 anos, mas também outros tipos de mortes violentas, como suicídios - a segunda causa de morte nos jovens do sexo masculino. Acresce que o consumo de substâncias proibidas concentra-se nos jovens adultos, em especial homens, nos centros urbanos: a taxa de prevalência nesta categoria é duas vezes superior à de todos os adultos. Também o comportamento sexual - por exemplo gravidezes não intencionadas e o risco de doenças sexualmente transmitidas - é uma questão importante na saúde dos jovens.

31 A problemática do acesso dos grupos mais vulneráveis a cuidados de saúde de elevada qualidade foi discutida no Relatório Conjunto sobre Inclusão Social, aprovado em Laeken, em Dezembro de 2001.

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

33 Ver o Relatório da "DG Health and Consumer Protection" The health status of the European Population" EC 2001.

34 O "DALY" (Disability-Adjusted Life Years) - "Anos de vida ajustados em função da incapacidade" é uma medida com vista a quantificar o peso da doença tendo em conta os anos de vida perdidos devido a morte prematura e anos vividos com uma deficiência especificando a gravidade e a duração. Um "DALY" (perdido) é assim um ano perdido de vida saudável.

...e nos Estados aderentes.

Os problemas com o consumo de tabaco são significativos, com um número crescente de fumadores nas camadas jovens e entre as mulheres. O consumo de álcool é outro factor associado ao estilo de vida presente em muitas causas de mortalidade. É provável que o álcool seja um factor mais significativo para explicar os elevados índices de mortes súbitas devidas a afecções cardíacas³⁵ e a cirroses nos Estados aderentes da Europa Central e Oriental do que na UE. As taxas de mortalidade por lesões, em especial acidentes de viação, afogamento e incêndios e ainda por homicídios e suicídios, são também mais elevadas nestes países, facto que em parte se pode atribuir aos padrões de consumo de álcool.

2.4. A importância dos sistemas de cuidados de saúde

Os sistemas de prestação de cuidados são importantes para os resultados da saúde e da economia em todos os Estados-Membros...

Os sistemas de prestação de cuidados desempenham um papel significativo no combate à doença e contribuem decisivamente para os resultados da saúde. Acresce que o peso do sector dos cuidados de saúde e de longa duração na economia e no emprego é considerável. Em média, o emprego nos serviços sociais e de saúde nos quinze Estados-Membros representa quase 10% do emprego total. A saúde constitui um sector económico muito dinâmico e em rápida mutação, com grandes potencialidades para contribuir para o crescimento económico e as oportunidades de emprego. O sector da saúde e dos serviços sociais contribuiu para 18% da criação líquida de emprego na UE entre 1995 e 2001³⁶.

...os quais, não obstante grandes diferenças na organização dos cuidados de saúde, enfrentam desafios análogos.

Verifica-se uma grande diversidade nos sistemas de saúde dos Estados-Membros, em termos de organização, gestão, financiamento, prestação de serviços e utilização. Não obstante, são análogos muitos dos problemas a que os sistemas de saúde têm de dar resposta. O envelhecimento da população constitui um desafio comum de particular importância. Garantir a todos acesso a serviços de saúde e de cuidados prolongados de elevada qualidade e sustentáveis, mesmo no contexto do envelhecimento demográfico, é um objectivo comum que todos os Estados-Membros procuram realizar nas respectivas políticas de saúde.

Os Estados-Membros gastam verbas consideráveis em cuidados de saúde ...

Em 1999, a quota-parte das despesas com a saúde no PIB variava entre 10,3% na Alemanha e 6,1% no Luxemburgo, com uma média ponderada de 8,4%. O total das despesas com os cuidados de saúde em proporção do Produto Interno Bruto apresenta actualmente os valores mais elevados na

Alemanha, seguindo-se a França e a Bélgica. Nos EUA, as despesas totais com a saúde representavam 13% do PIB em 2000, sendo 44% dessas despesas a cargo do sector público³⁷. No Canadá, os números aproximam-se dos registados nos EUA, com uma quota-parte para as despesas com a saúde equivalente a 9,1% do PIB, sendo 71% suportadas pelo sector público.

Os sistemas de prestação de cuidados na Europa assentam na articulação entre várias fontes de financiamento. A maior parte do financiamento em todos os Estados-Membros corresponde a despesas públicas (em média 75%), financiadas através da tributação e das contribuições de segurança social. As despesas privadas (comparticipações directas dos particulares e seguros de saúde privados) representam menos de 30% do total das despesas de saúde, excepto na Grécia, Itália e Portugal. A quota-parte da participação directa nas despesas totais de saúde na UE aumentou ligeiramente durante os anos de 1990 e em 1998 a média era de 16%. Em Itália e em Portugal, a participação directa dos particulares no total das despesas de saúde supera os 30%. Tudo indica que, contrariamente às expectativas, a transferência dos custos para fontes de financiamento privadas não obstruiu ao crescimento das despesas de saúde totais.

...e em cuidados prolongados.

É difícil prever custos e tendências nacionais em matéria de cuidados prolongados, uma vez que estes serviços se reparam frequentemente por diferentes estruturas e orçamentos públicos - normalmente entre o orçamento da saúde e o dos serviços sociais. As melhores estimativas disponíveis em relação às despesas públicas da UE com cuidados de longa duração apontam para uma média ponderada de 1,3% do PIB em 2000, com variações de 0,7% em França, Irlanda, Áustria a 3% na Dinamarca e 2,8% na Suécia³⁸.

A organização dos cuidados prolongados aos idosos apresenta consideráveis variações entre os Estados-Membros. A Dinamarca regista um elevado número de camas destinadas a cuidados prolongados, enquanto que os Estados-Membros mediterrânicos estão muito abaixo da média da UE. Esta situação fica a dever-se ao diferente papel que as redes familiares desempenham na prestação de cuidados informais. O sector tem vindo a conhecer rápidas mudanças, com uma reorganização e inovação dos serviços nos países do Norte e do Centro da Europa e uma expansão dos mesmos no Sul, dadas as alterações nas estruturas familiares. As organizações não lucrativas desempenham um papel crescente nos sectores dos serviços sociais e de saúde.

No âmbito dos serviços de prestação de cuidados de saúde, o equilíbrio entre cuidados primários, secundários e terciários³⁹ tem vindo progressivamente a mudar. Os cuidados secundários (em contexto hospitalar) têm hoje menos importância, na sequência dos progressos realizados com os tratamentos terapêuticos e das melhorias nos cuidados primários e nos centros de dia. Esta realidade torna mais necessária a descentralização da prestação de cuidados de saúde

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 O emprego na Europa 2002

37 OCDE, *Health data*, -2002

38 Os desafios orçamentais do envelhecimento demográfico - Comité de Política Económica (2001).

e a coordenação entre os vários agentes nas esferas nacional, regional e local. A nova interacção entre o Estado, o mercado e o sector não lucrativo na área da saúde, com uma crescente presença do sector privado, suscita novos desafios em termos de regulamentação, gestão da provisão de cuidados de saúde e ainda o alcance de objectivos equitativos.

A maior parte dos Estados-Membros está a garantir a universalidade do acesso ...

Direitos universais ou quase universais a cuidados de saúde, são hoje uma realidade em todos os Estados-Membros. Trata-se de uma grande conquista da UE nas últimas décadas. Com a introdução da cobertura universal em Janeiro de 2000, a França juntou-se à Dinamarca, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Suécia e ao Reino Unido, na provisão de cobertura sanitária total, reduzindo assim significativamente o risco de exclusão social dos serviços de saúde. Em comparação, nos EUA, as estimativas indicam que 40 milhões de americanos, o correspondente a 14% da população, não têm seguro de saúde³⁹.

Todavia, não obstante o carácter universal ou quase universal do seguro de saúde, persistem nos Estados-Membros problemas de acesso decorrentes de disparidades nos graus de cobertura. Estes problemas surgem em consequência da exclusão do regime geral de cobertura de determinados tipos de tratamento ou na crescente necessidade de participação dos utentes.

...fixando normas de qualidade.

A maior parte dos Estados-Membros evoluiu na fixação de padrões de qualidade para os cuidados de saúde⁴¹. Todavia, o processo revelou-se difícil em algumas áreas, designadamente para os doentes ambulatórios e em relação à introdução de padrões em função dos resultados. As pressões no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados continuaram a aumentar, paralelamente às pressões no sentido da contenção dos custos. Cresceu também a sensibilização para o facto de que as despesas com tecnologias ineficazes impõem custos de oportunidade a outros doentes, o que contribuiu para um aumento da procura de dados objectivos sobre o impacto orçamental e o custo/eficácia das intervenções, como parte do processo de avaliação da tecnologia na área da saúde. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma realidade em todos os países da UE⁴².

Os Estados aderentes e os Países candidatos apresentam padrões diferentes.

A maior parte dos Estados aderentes e dos Países candidatos gastam uma proporção inferior dos respectivos PIB em cuidados de saúde em relação à média da UE. Varia de 2,6% na Roménia a mais de 8% em Malta. Verifica-se uma propensão relativamente elevada para o internamento hospitalar nos

Estados aderentes, em parte devido aos sistemas de cuidados primários não estarem suficientemente desenvolvidos⁴³. Todavia, em muitos destes países, há menos médicos por habitante e as infra-estruturas hospitalares e outras estruturas de cuidados de saúde são relativamente precárias. Teoricamente, na maior parte dos países, o direito aos cuidados de saúde é universal e a cobertura global. Na prática, contudo, os serviços são racionados e por vezes sujeitos a pagamentos informais⁴⁴. Verifica-se uma certa tendência para a privatização dos cuidados de saúde em alguns Estados aderentes. Esta tendência é acompanhada de um reforço dos recursos privados canalizados para a saúde, quer através da comparticipação directa, quer da cobertura de riscos por meio de seguros de saúde privados.

2.5 Futuros desafios para os sistemas de cuidados de saúde

Os sistemas de cuidados de saúde enfrentam novos desafios como a sustentabilidade financeira, qualidade e acessibilidade...

A procura de cuidados de saúde e de cuidados prolongados aumentou nas últimas décadas, essencialmente devido aos progressos das tecnologias médicas e terapêuticas e às crescentes expectativas das nossas sociedades mais prósperas. Os responsáveis políticos têm de enfrentar esta nova tendência estrutural para expectativas acrescidas por parte dos utentes dos serviços de saúde. Mudanças nos estilos de vida, padrões de trabalho, rendimentos, níveis educativos e estruturas familiares estão a provocar alterações nas atitudes das pessoas perante os cuidados de saúde. A sociedade da informação, com a Internet, também facilita a todos o acesso ao conhecimento sobre as últimas novidades em matéria de tratamentos: os sites relacionados com a saúde contam-se entre os mais visitados. A mudança de comportamentos passa por uma sensibilização crescente para os direitos e as responsabilidades dos doentes, menos tolerância para com a discriminação e menos subserviência em relação aos profissionais da saúde. Há indícios evidentes de que as pessoas anseiam por maior liberdade de escolha e serviços mais personalizados, para além de acesso a uma mais vasta gama de tratamentos médicos - incluindo os que extravasam as fronteiras tradicionais dos sistemas de cuidados de saúde. Como consequência, é importante avaliar correctamente as necessidades subjacentes de saúde da população, uma vez que essa avaliação pode contribuir para a eliminação de serviços ineficientes e prejudiciais ao sistema de saúde.

... da evolução das tecnologias e das terapias ...

Nas últimas décadas, os progressos tecnológicos na área da medicina contribuíram para o aumento dos custos. As novas tecnologias podem reduzir os custos do tratamento de certas doenças, mas podem também aumentar as despesas se

39 Os cuidados secundários abrangem os serviços de internamento hospitalares; os cuidados terciários abrangem a assistência prolongada.

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. Um estudo sobre a relação entre seguro de saúde, saúde, trabalho, rendimento e educação, The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 Para debate sobre padrões de qualidade ver comunicação da Comissão Europeia sobre "Health care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social participation" (2003)

42 O tema sobre "Health Technology Assessment" encontra-se na secção 2.3 do "Relatório sobre a situação social na União Europeia, 2003" da DG Emprego e Assuntos Sociais.

43 Ver: 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 Sistemas de Protecção Social nos 13 países candidatos - Relatório da Comissão Europeia, DG Emprego e Assuntos Sociais - Novembro de 2002.

tratarem casos para os quais não existiam tratamentos ou os existentes eram menos eficazes ou ainda se foram utilizados em casos para os quais existem tratamentos alternativos menos dispendiosos. O impacto das novas tecnologias nas despesas futuras com a saúde é difícil de prever, mas uma avaliação mais sistemática das tecnologias médicas e dos tratamentos ajudaria a garantir que os aumentos de despesas só resultam de progressos genuínos e que as oportunidades de poupar recursos são devidamente aproveitadas. Uma tal avaliação – dessiminação e implementação dos resultados - é crucial para o cumprimento dos objectivos da acessibilidade, qualidade e viabilidade. No entanto a análise do progresso desta questão parece estar muito dependente da qualidade dos dados relativos à saúde. Registam-se importantes fragilidades na UE, quer em termos de disponibilidade de dados, quer de harmonização das definições e dos métodos de apuramento.

As tecnologias da informação e da comunicação (TIC) foram introduzidas nos sistemas de saúde, à semelhança do que aconteceu noutros sectores da economia. Podem contribuir significativamente para melhorar a organização da prestação de cuidados de saúde. Algumas autoridades sanitárias referiram estarem actualmente a gastar 20% do respectivo orçamento para equipamentos em TIC. A generalização da utilização destas tecnologias poderá criar novas barreiras para os grupos desfavorecidos, em relação ao acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, sempre que este exigir certas competências digitais por parte do doente.

...do envelhecimento da população...

Devido às baixas taxas de natalidade e ao aumento da esperança de vida, a população da Europa tem vindo progressivamente a envelhecer. Os primeiros contingentes da geração do baby-boom começarão a passar à reforma dentro de dez a quinze anos, o que induzirá um aumento das despesas com pensões. Dez anos mais tarde, quando esta geração atingir a quarta idade, é de prever um aumento das necessidades de cuidados de saúde e sobretudo de cuidados prolongados. No entanto, a necessidade de cuidados irá, até um certo ponto, depender da eficácia de antecedentes e de futuras estratégias de prevenção na saúde.

O impacto do envelhecimento demográfico nos gastos de saúde é difícil de prever⁴⁵. Deve ser analisado na perspectiva da procura e da oferta de cuidados de saúde, estando directamente correlacionado com as condições de vida, os estilos de vida, o apoio familiar e a situação socioeconómica. Na perspectiva dos cuidados de saúde, a mais importante tendência demográfica reside no número crescente de pessoas muito idosas (mais de 80 anos), num contexto em que a dimensão dos agregados familiares se reduz e que as famílias terão menos capacidade ou vontade de responder às necessidades de cuidados. Por um lado, os sistemas de prestação de cuidados terão de se adaptar à mudança dos padrões de doença e de cuidados, com a expansão e a acrescida importância da geriatria e dos cuidados das doenças crónicas. Por outro lado, os sistemas formais de cuidados

deverão preparar-se para uma situação em que poderão ter de gerir uma proporção substancialmente maior de necessidades de cuidados, já que em muitos Estados-Membros o papel das famílias neste domínio perde relevo. Além disso, ainda que a proporção de pessoas muito idosas, que necessitam de cuidados prolongados, possa diminuir em consequência de melhores condições de saúde e menos situações de incapacidade, em números absolutos deverá aumentar.

... e o envelhecimento dos profissionais da saúde.

Os problemas relativos ao recrutamento e à fidelização do pessoal médico, que já se fazem sentir em alguns Estados-Membros, deverão agravar-se com o envelhecimento da população e a redução da mão-de-obra neste sector, o que irá agudizar a concorrência em torno dos recursos humanos. Ambas as tendências podem induzir aumentos de custos. Assim, o sector da saúde terá de ajustar-se ao impacto do envelhecimento dos seus recursos humanos e da respectiva clientela. Esta situação é particularmente evidente em relação ao pessoal de enfermagem: em sete Estados-Membros, 45% dos efectivos neste sector têm mais de 45 anos e noutros cinco essa proporção atinge já os 50%. Dois outros factores contribuem fortemente para a falta de mão-de-obra na enfermagem: as tendências para a alternância entre expansão e restrição nas políticas de recrutamento e as condições de trabalho, sempre mais exigentes, associadas a remunerações moderadas que induzem forte rotação de pessoal. É provável que o recrutamento de imigrantes para preencher carências neste sector venha a ter um papel importante.

O alargamento poderá suscitar novos desafios na área dos recursos humanos. Quando a liberdade de circulação se aplicar plenamente aos Estados aderentes, os sistemas de prestação de cuidados de saúde nestes países terão por diante novos desafios, já que as pessoas poderão procurar tratamento médico noutros Estados-Membros e os profissionais da saúde serão atraídos por ordenados mais elevados na UE actual.

Como resposta, o sector da saúde deverá passar por um processo de constante transformação e desenvolvimento de sinergias com outras políticas com incidência nesta área.

O efeito combinado do progresso tecnológico, do aumento dos rendimentos e das expectativas e do envelhecimento demográfico induzirá uma tendência estrutural para o aumento das despesas de saúde. Assim, entre os grandes desafios a que a política futura na área da saúde terá de responder conta-se o de tornar os serviços tão eficazes e rentáveis quanto possível, por forma a que o acesso generalizado à saúde e aos cuidados prolongados seja plenamente sustentável, mesmo tendo presentes estas tendências. Esta situação exige esforços determinados na perspectiva de uma governação melhorada e de uma avaliação de impacto das intervenções na área da saúde, dos tratamentos e das tecnologias.

45 As projecções do Eurostat baseadas num cenário de referência sugerem que em média na UE o volume total das despesas com a saúde poderia aumentar ceteris paribus de quase 0,6% ao ano em termos reais, em consequência das alterações na estrutura demográfica no próximo quarto de século. Acresce que o Comité de Política Económica prevê que o crescimento das despesas públicas com a saúde e os cuidados prolongados induzido pelo envelhecimento entre 2000 e 2050 poderá ascender a 2 a 3 pontos percentuais do PIB. No entanto, estas projecções devem ser lidas com precaução, já que se referem a períodos muito longos e assentam em diversos pressupostos quanto às tendências futuras em matéria económica e comportamental.

O envelhecimento induzirá pressões acrescidas sobre os sistemas de prestação de cuidados de saúde e de cuidados prolongados. A adaptação a mudanças repentinas no padrão das patologias e a simultânea garantia de resposta às necessidades de mão-de-obra numa perspectiva de sustentabilidade, qualidade e acessibilidade a longo prazo, coloca os responsáveis políticos e os gestores perante uma complexa articulação de desafios.

Em todos os Estados-Membros são visíveis fortes interações entre saúde e factores socioeconómicos (designadamente níveis educativos, padrões familiares, desigualdades entre os géneros, rendimento e emprego), persistindo importantes desigualdades no estado da saúde. Ainda que nem todas sejam estranhas ao carácter dos sistemas de saúde, estas desigualdades estão essencialmente relacionadas com as

disparidades sociais mais vastas patentes nas determinantes socioeconómicas da saúde. Com base nestas considerações, é possível argumentar que as políticas que visam promover o emprego, melhorar a qualidade do trabalho e reduzir as desigualdades poderiam induzir melhorias significativas no estado de saúde da população. Com efeito, uma das conclusões deste relatório é que, para além da política da saúde, as políticas sociais e de emprego, combinadas com políticas económicas, podem contribuir de forma significativa para criar e manter boas condições de saúde. Assim, outro importante desafio reside em encontrar formas de melhor explorar as sinergias entre as políticas de saúde e as outras políticas com incidência nas determinantes socioeconómicas e ambientais da saúde, a fim de garantir condições de vida saudáveis a todos os europeus em todas as fases do respectivo ciclo de vida⁴⁶.

46 Comunicação da Comissão Europeia sobre " Impact Assessment (COM(2002) 276 final) " é importante para este debate.

3 A flexibilidade do Modelo Social Europeu

Em 1993, quando o Conselho Europeu de Copenhaga se questionou sobre os motivos pelos quais o potencial de crescimento, competitividade e emprego da União estava aquém do de outros importantes espaços económicos, houve quem sugerisse que o desempenho inferior resultava de fragilidades fundamentais do modelo europeu de sociedade. Outros argumentaram que os princípios fundamentais do Modelo Social Europeu seriam perfeitamente compatíveis com os esforços para melhorar o desempenho global da União. Dez anos mais tarde, os indicadores apurados para a elaboração do relatório sobre a situação social na União Europeia parecem validar a ideia de que a União e os seus Estados-Membros apostaram no prosseguimento da estratégia que visa preservar a solidariedade e a coesão social⁴⁷.

Os indicadores de emprego, educação, saúde e bem-estar em geral mencionados no relatório confirmam os progressos substanciais que foram realizados e que a Europa é capaz de proporcionar condições de vida dignas à grande maioria dos seus cidadãos, à semelhança das outras grandes economias.

Na última década, a promoção do emprego e a modernização da protecção social tornaram-se prioridades essenciais no centro da estratégia global da União. O emprego e as políticas sociais conheceram um rápido desenvolvimento nos Estados-Membros, tendo sido encetado um processo de recuperação e de convergência. Em consequência, assistiu-se não tanto ao enfraquecimento das estratégias europeias assentes numa combinação da dinâmica de mercado com a intervenção do Estado, mas antes a um reforço e ulterior desenvolvimento do Modelo Social Europeu.

É hoje consensual que a qualidade das políticas sociais orientadas para apoiar o emprego podem reforçar o desempenho económico. O sector da saúde é um bom exemplo de sinergia entre a dimensão social e económica.

Por um lado, contribui para a qualidade de vida, sendo que a melhoria das condições sanitárias se traduz em desempenho económico acrescido (mais produtividade, menos absentismo, menos necessidades de cuidados de saúde, etc.). Por outro lado, é um factor de crescimento do emprego. Mais de 2 milhões de postos de trabalho, correspondentes a 18% da criação líquida de emprego entre 1995-2001, foram gerados nos sectores da saúde e dos serviços sociais, que agora representam quase 10% do emprego total.

Conforme foi salientado no relatório de síntese deste ano, os Estados-Membros com melhores resultados nos principais indicadores são aqueles que aplicam com maior coerência e empenho os princípios de um Estado Providência activo⁴⁸. O desempenho destes Estados-Membros demonstra que há potencialidades para ulteriores progressos, as quais têm de ser aproveitadas nos próximos anos. A Estratégia Europeia de Emprego, o novo processo de modernização da protecção social e a promoção da inclusão social foram concebidos com o intuito de capacitar todos os Estados-Membros para aproveitarem o capital comum de conhecimentos de como a Europa pode avançar na perspectiva da sustentabilidade económica e social.

Persistem problemas consideráveis e os desafios que à União se colocam na próxima década serão ainda mais significativos. Assim, no que se refere à jovem geração, subsistem preocupações, devidamente assinaladas em várias partes do Relatório sobre a Situação Social: desemprego persistente, mortalidade específica, elevadas taxas de acidentes ligados ao trabalho e falta de formação profissional. A persistência dos ciclos de pobreza é outro tema preocupante. Mas o caminho para o futuro, como o demonstram os Estados-Membros com melhores resultados, ainda reside na melhoria e na modernização do funcionamento do Modelo Social Europeu.

47 Crescimento, competitividade e emprego: os desafios e as pistas para entrar no século XXI, Comissão, 1993

48 Optar pelo crescimento: Conhecimento, inovação e empregos numa sociedade coesa - Relatório ao Conselho Europeu da Primavera de 21 de Março de 2003, sobre a estratégia de Lisboa de renovação económica, social e ambiental, COM(2003) 5 final.

Anexos

Envelhecimento da população

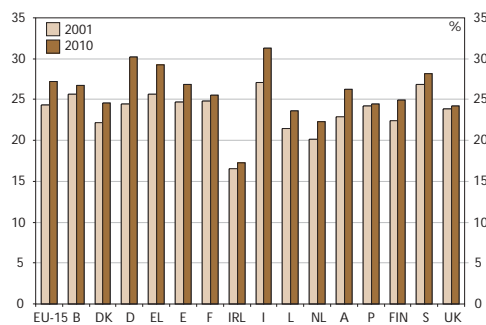
Em 2001, havia na UE 62 milhões de pessoas com 65 e mais anos, contra 34 milhões em 1960. Actualmente, os idosos representam 16% da população total, ou seja 24% da população em idade activa (15-64 anos). Até 2010, espera-se que esta proporção suba para 27%. Nos próximos quinze anos, o número de pessoas " muito idosas" , com mais de 80 anos aumentará 50%.

Indicador chave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Rácio de dependência dos idosos (População com idade igual ou superior a 65 anos em percentagem da população activa (15-64))																
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

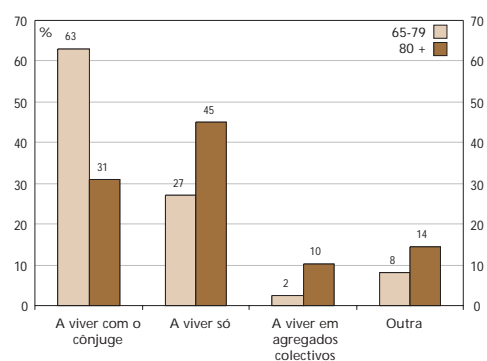
Fonte: Eurostat Estatísticas Demográficas.

Gráfico 6 Rácio de dependência dos idosos 2001 e 2010



Fonte: Eurostat - Estatísticas Demográficas. EU-15, EL e UK: os dados reportam-se a 2000.

Gráfico 7 População idosa por tipo de agregado familiar e idade, UE-15, 2010



Fonte: Eurostat - Projecções (ano de base 1995) cenário dos agregados familiares

Migrações e asilo

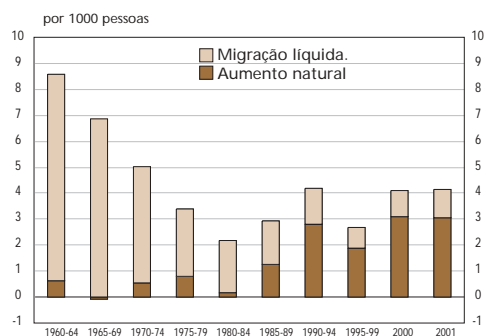
Desde 1989, os fluxos migratórios constituem o principal factor explicativo da evolução demográfica na UE. Em 2001, a imigração líquida foi de 3,1 por 1000, representando cerca de 74% do crescimento demográfico total. Em 2000, cerca de 5% da população da UE reside num Estado do qual não é originária (3,4% cidadãos de países terceiros, 1,5% cidadãos UE), tendo sido registados cerca de 363 000 pedidos de asilo nos quinze Estados-Membros.

Indicador chave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taxa líquida das migrações (por 1000 pessoas)																
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
Taxa média anual líquida das migrações																
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

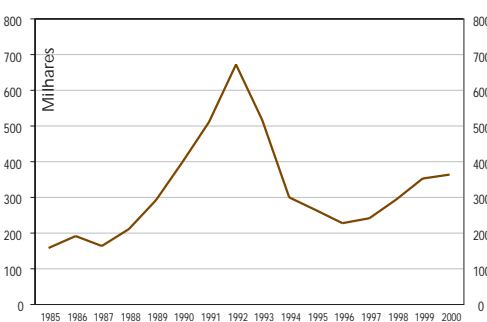
Source: Eurostat - Estatísticas Demográficas

Gráfico 8 Taxa média anual de evolução da população, UE 15, 1960-2001



Fonte: Eurostat - Estatísticas Demográficas.

Gráfico 9 Pedidos de asilo, UE 15, 1985-2000



Fonte: Eurostat - Estatísticas Migratórias.

Educação e resultados

Os níveis de habilitações da população melhoraram significativamente nos últimos trinta anos, em especial no que diz respeito às mulheres. Actualmente, na UE, mais de 75% dos jovens na faixa dos 25-29 anos possuem habilitações de nível secundário superior. Simultaneamente, porém, 19% dos jovens no escalão dos 18-24 abandona o sistema de ensino com habilitações que não superam, na melhor das hipóteses, o secundário inferior.

Indicador chave

Jovens em situação de abandono escolar precoce, e sem continuação nos sistemas de ensino ou de formação (Percentagem da população com idades entre 18 e 24 anos (ISCED 0-2), com habilitações abaixo do nível inferior do ensino secundário (EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK) e que não frequenta outras formas de ensino ou formação)

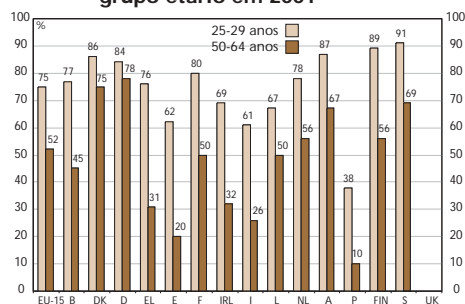
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

População de 18-24 anos por tipo de actividade (%), 2001

No ensino e com emprego	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
No ensino e sem emprego	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Fora do ensino e com emprego	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Fora do ensino e sem emprego	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

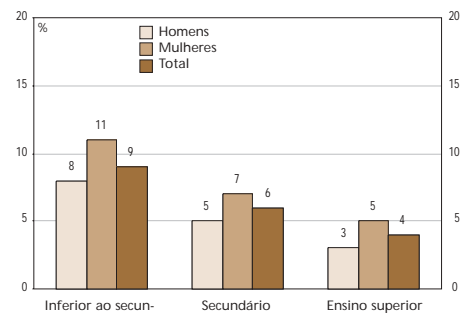
Notas: IRL - dados relativos a 1997. UK - Não há dados disponíveis relativamente ao abandono escolar precoce. A definição de "conclusão do ensino secundário superior" deverá ainda ser objecto de acordo. Fonte: Eurostat Inquérito Europeu à Força de Trabalho

Gráfico 10 Percentagem de pessoas que concluiu, pelo menos, o ensino secundário superior, por grupo etário em 2001



Fonte: Eurostat Inquérito Europeu à Força de Trabalho
Notas: IRL - dados relativos a 1997. UK: dados não apresentados. A definição de "conclusão do ensino secundário superior" deverá ainda ser objecto de acordo.

Gráfico 11 Taxas de desemprego da população 25-64 anos por género e níveis de ensino, UE 15, 2001



Fonte: Eurostat Inquérito Europeu à Força de Trabalho Nota: UK - os níveis GCSE 'O' estão incluídos no secundário superior (ISCED 3)

Aprendizagem ao longo da vida

Em 2001, 8% da população da UE, na faixa etária dos 25-64 anos, participou em acções de ensino/formação (nas últimas quatro semanas à data do inquérito). Estas actividades de formação parecem ser mais comuns nos países nórdicos, nos Países Baixos e no Reino Unido. Os idosos participam menos do que os jovens em iniciativas de formação. A taxa de frequência de acções de formação das pessoas com qualificações mais elevadas é superior às das menos qualificadas.

Indicador chave

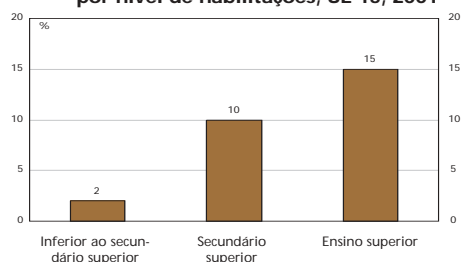
Aprendizagem ao longo da vida (Percentagem da população no escalão dos 25-64 anos que frequentou cursos ou acções de formação nas quatro semanas que precedem o inquérito), 2001

Total, 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

Notas: F: a formação deverá ocorrer à data da entrevista. IRL - os dados reportam-se a 1997

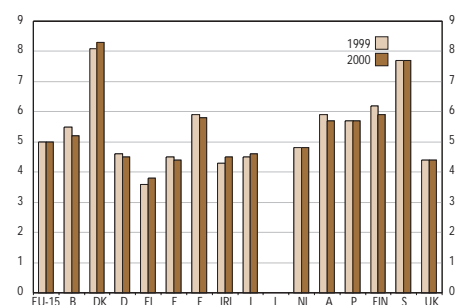
Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho

Gráfico 12 Aprendizagem ao longo da vida (Percentagem da população no escalão dos 25-64 anos que frequentou cursos ou acções de formação nas quatro semanas que precedem o inquérito), por nível de habilitações, UE 15, 2001



Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho Notas: F: a formação deverá ocorrer à data da entrevista. IRL - os dados reportam-se a 1997. UK - os níveis GCSE 'O' estão incluídos no secundário superior (ISCED 3)

Gráfico 13 Despesas com recursos humanos (Total da despesas públicas com ensino, em percentagem do PIB) 1999 e 2000



Fonte: Eurostat - Estatísticas Educativas.

Emprego

Em 2001, estimava-se em 168 milhões o número de pessoas com emprego na UE, o que traduz um aumento de 12 milhões desde 1996. Esta situação representa um crescimento anual do volume de emprego da ordem de 1,5%. Em 2001, o emprego aumentou 1,2%. A taxa de emprego da população no escalão dos 15-64 anos foi de 64%, em 2001.

Indicador chave

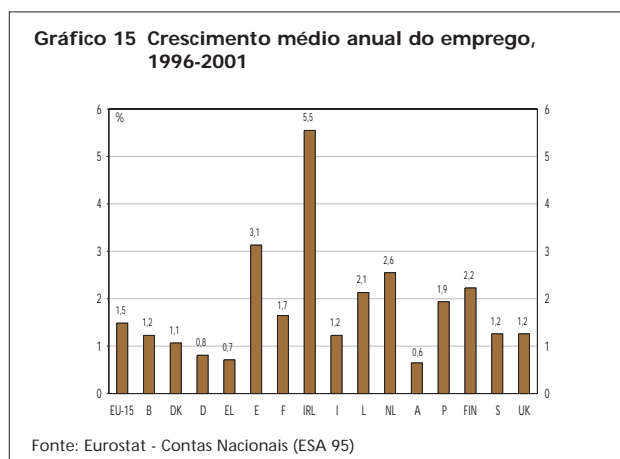
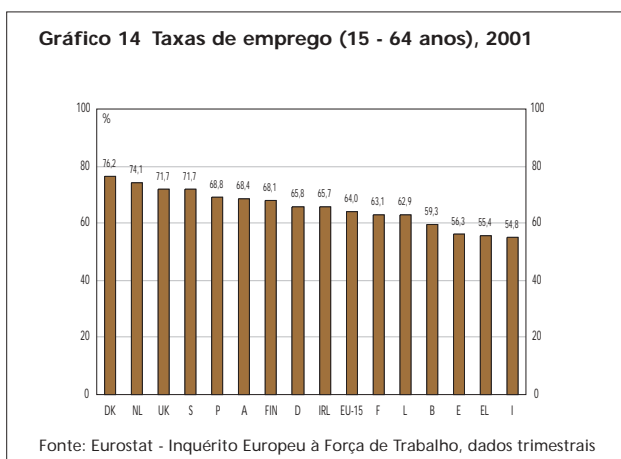
Taxas de emprego (15 - 64 anos)

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

Evolução no emprego: principais tendências

População empr. em 2001 (milhões)	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
População empr. em 2000 (milhões)	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
População empr. em 1996 (milhões)	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 (Cresc. médio anual do empr.)	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 (Cresc. anual do emprego)	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

Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho, dados trimestrais 000



Emprego dos trabalhadores mais velhos

Ainda que nos últimos quatro anos a taxa de emprego na UE no escalão dos 55-64 anos tenha aumentado 1,5%, situando-se nos 48,7% em 2000, mantém-se abaixo dos valores de 1991 (51,2%). Em contrapartida, a taxa de emprego das mulheres neste escalão subiu regularmente, para atingir 29%, em 2001. Em termos globais, 38,6% da população no escalão dos 55-64 estava empregada, em 2001. No que respeita aos homens, a idade média de passagem à reforma era, em 2001, de 60,5 anos, enquanto que nas mulheres era, em média, 1,5 anos mais cedo. Em termos globais, a idade de passagem à reforma verificava-se, em 2001, aos 60 anos.

Indicador chave

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

Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos (Pessoas empregadas, no escalão dos 55-64 anos, percentagem da população total no mesmo escalão), 2001

Total	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
Homens	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
Mulheres	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

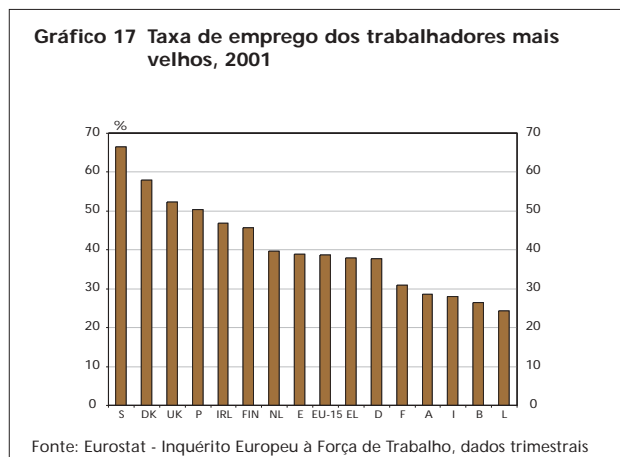
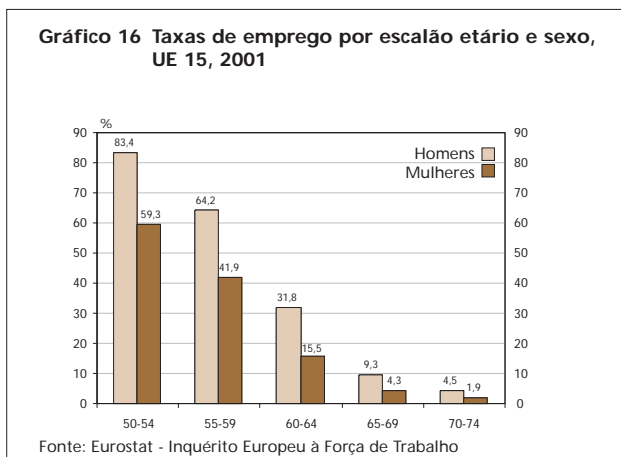
Idade média efectiva de passagem à reforma (idade média de saída ponderada pela probabilidade de saída do mercado de trabalho), 2001

Total	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
Homens	48,7	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
Mulheres	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

População empregada no escalão 55-64 anos, 2001 (1000)

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

Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho e Dados Trimestrais sobre a Força de Trabalho - Eurostat



Desemprego

Em 2001, o número total de desempregados na União Europeia baixou para 12,8 milhões, o correspondente a 7,4% da força de trabalho. Trata-se da taxa mais baixa desde 1992. Entre 2000 e 2001, a Espanha, a França, a Finlândia e a Suécia registaram as mais importantes diminuições nos números do desemprego, embora a Espanha continue a apresentar a taxa mais alta (10,6%), ligeiramente acima da Grécia (10,5%). O desemprego diminuiu em todos os Estados-Membros, excepto em Portugal, onde permaneceu nos 4,1%.

Indicador chave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taxa de desemprego (População desempregada em percentagem da população activa total. Séries harmonizadas).																
2001 Total	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 Homens	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 Mulheres	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 Total	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 Total	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
Desemprego (milhares), 2001	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

Fonte: Eurostat - Taxas de desemprego (definição OIT)

Gráfico 18 Taxa de desemprego por sexo, 2001

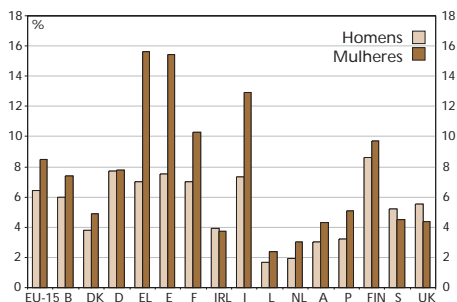
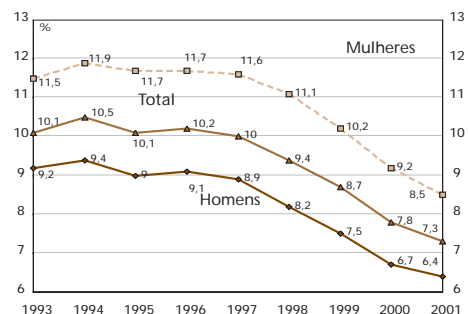


Gráfico 19 Evolução na taxa de desemprego por género, UE 15, 1993-2001



Desemprego juvenil

Na UE, em 2001, havia 7,3 % de jovens (15-24 anos) desempregados. A taxa de desemprego (em percentagem da população activa) nos jovens era de 14,7%. As diferenças entre estas duas percentagens variam significativamente entre os países, facto que em parte pode ser explicado pelo importante número de pessoas neste escalão etário que permanecem no sistema educativo. O desemprego juvenil, entre 2000 e 2001, aumentou em cinco Estados-Membros, diminuiu em cinco e manteve-se constante nos restantes.

Indicador chave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Desemprego juvenil/população total																
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
Taxa de desemprego dos jovens																
Total 2001	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
Homens 2001	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
Mulheres 2001	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
Total 2000	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
Total 1994	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

Fonte: Eurostat Dados trimestrais sobre emprego

Fonte: Eurostat - Taxas de desemprego (definição OIT)

Gráfico 20 Desemprego juvenil/população total (15-24 anos), 2001

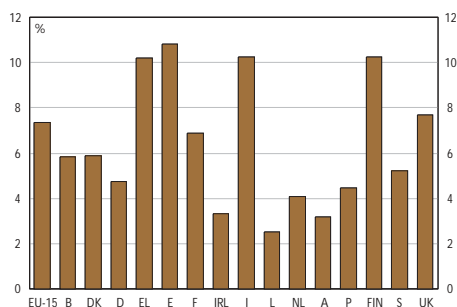
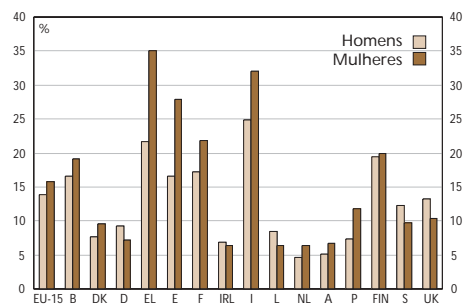


Gráfico 21 Desemprego juvenil por género (15-24 anos), 2001



Desemprego de longa duração

Em 2001, o desemprego de longa duração atingia 3,3% da população activa da UE-15. Por outras palavras, 44% dos desempregados estavam sem emprego há mais de 1 ano. A taxa de desemprego de longa duração diminuiu nos últimos anos, mas permanece nos 5% e mais na Grécia, Espanha e Itália. Em relação aos jovens (15-24 anos), 6,9% (em percentagem da força de trabalho) estavam desempregados há mais de seis meses.

Indicador chave

Taxa de desemprego de longa duração	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Total 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
Homens 2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
Mulheres 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
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

Fonte: Eurostat - Dados Trimestrais sobre a Força de Trabalho

Pessoas desempregadas há 12 meses ou mais em percentagem do desemprego total

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

Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho e Dados Trimestrais sobre a Força de Trabalho

Taxa de desemprego de longa duração nos jovens (6 meses ou mais)

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

Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho

Jovens desempregados há 6 meses ou mais em percentagem do total do desemprego juvenil

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

Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho

Gráfico 22 Taxa de desemprego por duração 2001

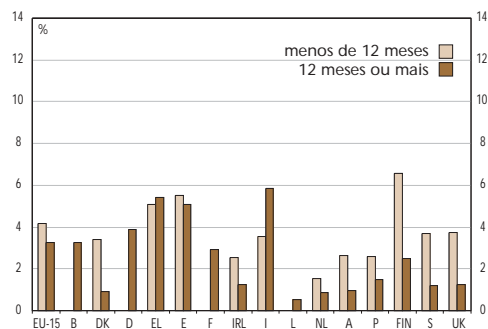
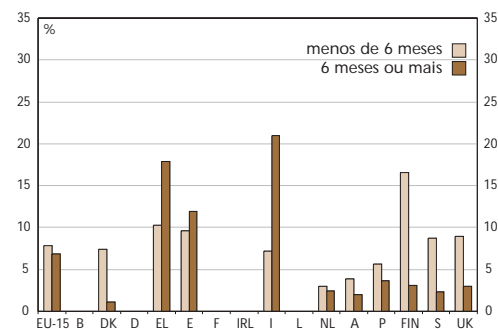


Gráfico 23 Taxa de desemprego juvenil por duração 2001



Despesas e receitas dos regimes de protecção social

Em 2000, as despesas com a protecção social diminuíram em termos reais na União Europeia, representando 27,3% do PIB, verificando-se uma quebra de quase um ponto percentual relativamente a 1996. As diferenças entre os Estados-Membros são significativas, sendo a relação das despesas per capita em PPC (Paridade do Poder de Compra) 2,5 entre o país que gasta mais e o que gasta menos. O sistema de financiamento da protecção social apresenta diferenças importantes consoante o país privilegia as contribuições sociais ou as contribuições públicas.

Indicador chave

Despesas públicas com a protecção social, em percentagem do PIB	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

Fonte: Eurostat Sistema Europeu de Estatísticas Integradas de Protecção Social (SEEPROS)

Gráfico 24 Despesas totais com a protecção social por habitante 2000

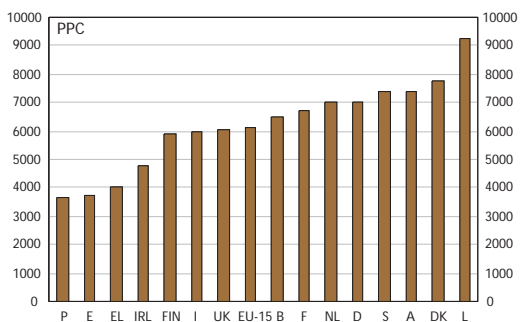
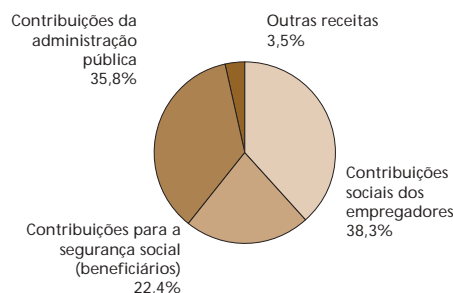


Gráfico 25 Receitas da protecção social por tipo, em % das receitas totais, UE 15, 2000



Prestações de velhice

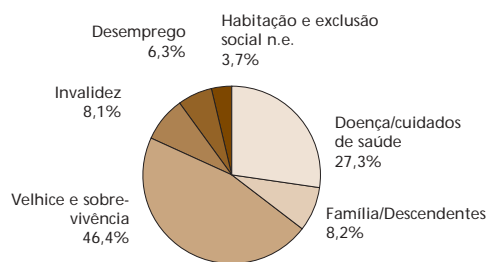
Em 2000, o principal destino das despesas de prestações sociais dos Estados-Membros era as vertentes "velhice" e "sobrevivência". Era sobretudo o caso em Itália (63,4% do total das prestações para uma média europeia de 46,4%). À escala da União, as prestações referentes a estas duas vertentes aumentaram 12% em termos reais e por habitante no período de 1995-2000, contra 9% para o total de prestações. Este aumento explica-se inicialmente por razões demográficas. Acresce que as políticas nacionais na área das pensões influenciam também a evolução destas prestações.

Indicador chave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Prestações de velhice e sobrevivência em percentagem do total das prestações sociais																
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

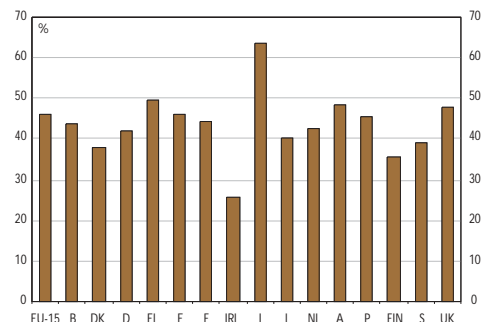
Fonte: Eurostat Sistema Europeu de Estatísticas Integradas de Protecção Social (SEEPROS)

Gráfico 26 Prestações sociais por tipo, em % das prestações totais, UE 15, 2000



Fonte: Eurostat Sistema Europeu de Estatísticas Integradas de Protecção Social (SEEPROS)

Gráfico 27 Prestações de velhice e sobrevivência em % do total das prestações sociais, 2000



Fonte: Eurostat Sistema Europeu de Estatísticas Integradas de Protecção Social (SEEPROS)

Despesas com políticas de mercado de trabalho

Em 2000, a despesa total com a Política de Mercado de Trabalho representava 2,04% do PIB, dos quais 0,68% para as medidas de política activa do mercado de trabalho. Há diferenças consideráveis entre os Estados-Membros que não correspondem a uma clara divisão Norte/Sul. Dois países gastaram mais de 3% do PIB (Bélgica e Dinamarca), seis países gastaram entre 2% e 3% (Alemanha, Espanha, França, Países Baixos, Finlândia e Suécia) e seis países gastaram menos de 2% (Grécia, Irlanda, Itália, Áustria, Portugal e Reino Unido).

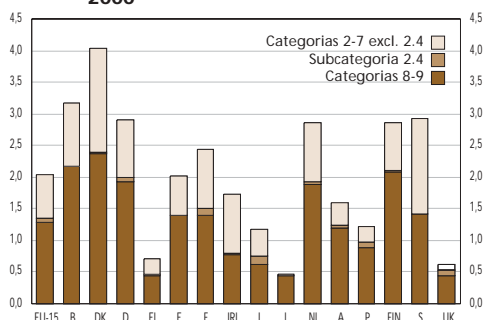
Indicador chave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Total das despesas públicas com políticas activas de mercado de trabalho, em percentagem do PIB - 2000																
Categorias 2-7 excl. 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
Subcategoria 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
Categorias 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
Total	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

Categorias 2-7: Formação - Rotação e partilha de empregos - Incentivos ao emprego - Integração de pessoas portadoras de deficiência - Criação directa de empregos - Incentivos à criação de empresas. Subcategoria 2.4: Apoios especiais para a aprendizagem. Categoria 8-9: Garantia e apoio de rendimento para as pessoas sem emprego - Reforma antecipada

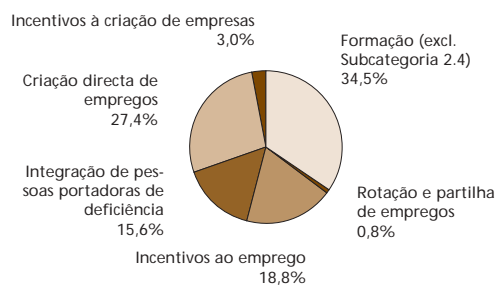
Fonte: Eurostat - Base de dados sobre políticas de mercado de trabalho

Gráfico 28 Total das despesas públicas com políticas de mercado de trabalho, em percentagem do PIB 2000



Fonte: Eurostat - Base de dados sobre políticas de mercado de trabalho

Gráfico 29 Despesas com políticas de mercado de trabalho (Categorias 2-7), UE 15, 2000



Fonte: Eurostat - Base de dados sobre políticas de mercado de trabalho

Distribuição dos rendimentos

Ao nível da UE, os 20% mais ricos da população auferiam 4,6 vezes mais do rendimento total em 1999, do que os 20% mais pobres. O fosso entre os que têm menos e os que têm mais é menor na Dinamarca e Suécia (3,2), seguidas pela, Finlândia, Alemanha, Países Baixos e Áustria. É mais acentuado nos Estados-Membros do Sul, no Reino Unido e na Irlanda.

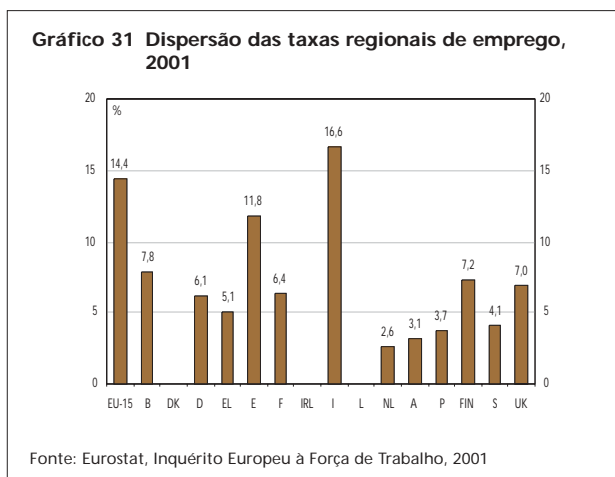
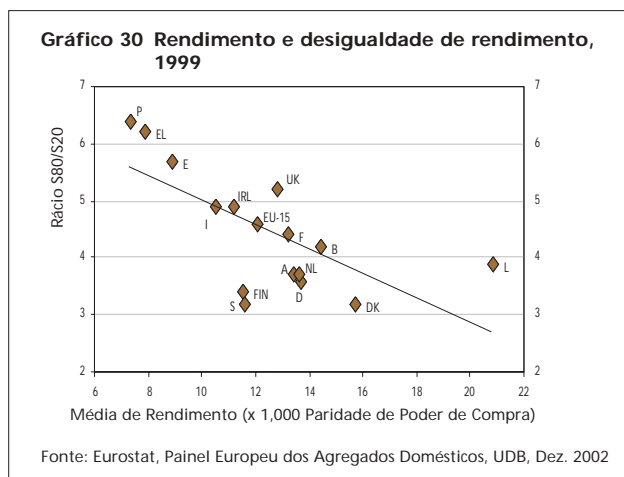
Indicador chave

Desigualdades na repartição dos rendimentos (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) Rácio do rendimento total auferido pelos 20% da população com o mais alto rendimento comparado com o auferido pelos 20% da população com mais baixo rendimento. Rendimento deve ser entendido como rendimento equivalente disponível.

Fonte: Eurostat, Painel Europeu dos Agregados Domésticos, UDB, Dez. 2002



Agregados familiares com baixos rendimentos

Em 1999, cerca de 15% da população total da UE vivia com um rendimento inferior a 60% da média do respectivo rendimento nacional. Esta percentagem corresponde aproximadamente a 56 milhões de pessoas. Utilizando 60% da média nacional como limiar, a proporção de pessoas em risco de pobreza era relativamente mais elevada (acima dos 21%) na Grécia e Portugal, e relativamente mais baixa na Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Luxemburgo, Países Baixos, Áustria e Finlândia (11 a 13%). Apresentava-se particularmente baixa na Suécia (9%). As prestações sociais reduzem a proporção de pessoas em risco de pobreza em todos os Estados-Membros, mas em graus muito diversos: a redução varia entre 5 e 70%, respectivamente na Grécia e Suécia.

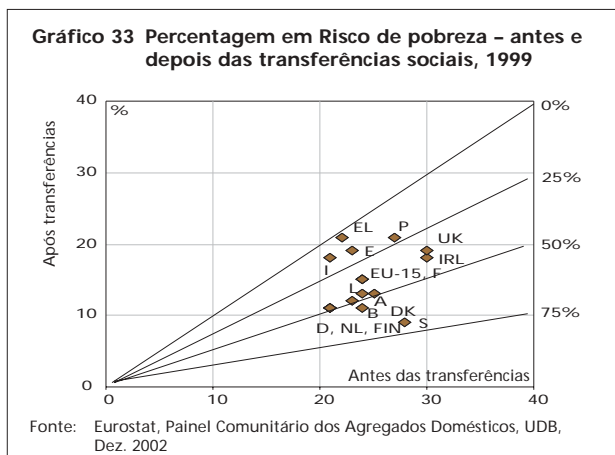
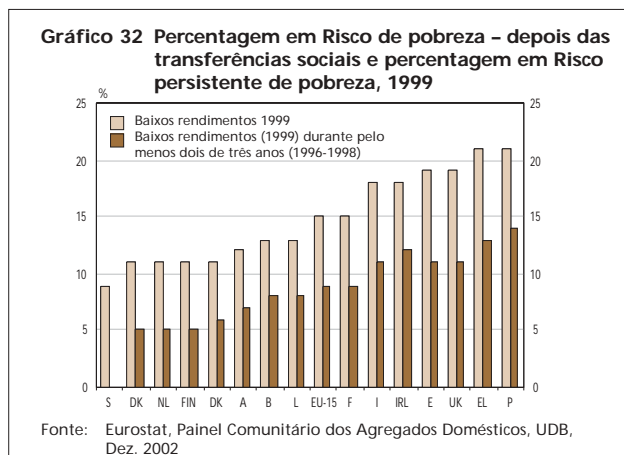
Indicador chave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Em Risco de pobreza – antes das transferências sociais. A percentagem de pessoas com um rendimento equivalente disponível, antes das transferências sociais, abaixo do limiar de pobreza, foi estabelecido em 60% da média nacional do rendimento equivalente disponível (depois de transferências sociais). As pensões de reforma e de sobrevivência são consideradas como rendimento antes das transferências e não como transferências sociais, 1999.	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Em Risco de pobreza – depois das transferências sociais. Percentagem de pessoas com um rendimento disponível equivalente abaixo do limiar da pobreza, foi estabelecido a 60% da média nacional do rendimento equivalente disponível, 1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
--	-----	----	----	----	----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----

60% do rendimento médio anual (€)	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% do rendimento médio anual (PPC)	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

Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Domésticos, UDB, Dez. 2002



— Agregados familiares desempregados e baixos salários

Uma importante causa de pobreza e de exclusão social é a ausência de um emprego ou um emprego com salário reduzido. Em 1999, a percentagem de "risco de pobreza" para as pessoas que vivem em agregados familiares em que nenhum indivíduo em idade activa tem emprego era 51%, quase três vezes tão elevado do que o registado nos agregados em que pelo menos uma pessoa tem emprego.

Indicador chave

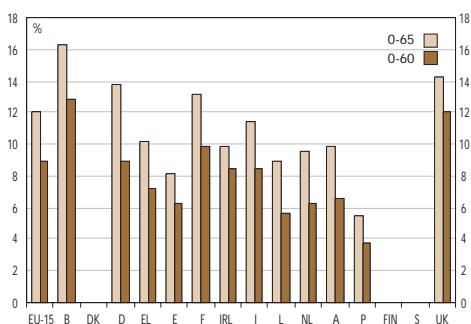
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Pessoas que vivem em agregados em situação de desemprego-pessoas com idades entre 0-65o (percentagem de pessoas que vivem em agregados em que nenhum membro está empregado em relação ao total da população (excluindo pessoas em agregados onde todos os membros têm idades abaixo dos 18 anos, ou 18-24 anos e no sistema de ensino, ou 60 anos ou mais desempregados)																
2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
População em agregados em situação de desemprego – pessoas com idades entre 0-60 (pessoas a viver em agregados sem qualquer membro empregado sobre o total da população (excluindo pessoas em agregados onde todos os membros têm idades abaixo dos 18 anos, ou 18-24 anos e no sistema de ensino, ou 60 anos ou mais desempregados)																
2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Percentagem em Risco de pobreza (%) entre as pessoas que vivem em agregados familiares em quedas pessoas em idade activa têm emprego, 1999																
Não se aplica	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
alguns, mas não todos	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
todos	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

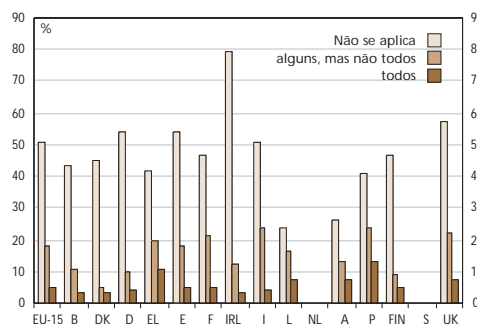
Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Domésticos, UDB, Dez. 2002.

Gráfico 34 População em agregados em situação de desemprego, 2002



Fonte: Eurostat - Inquérito Europeu à Força de Trabalho

Gráfico 35 Percentagem em Risco de pobreza (%) entre as pessoas que vivem em agregados familiares em quedas pessoas empregadas, 1999



Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Domésticos, UDB, Dez. 2002

— Homens e mulheres na tomada de decisão

Ao nível da UE, a representação das mulheres no Parlamento Europeu tem vindo a aumentar constantemente com cada eleição desde 1984, atingindo actualmente os 30%. Nos parlamentos nacionais, as mulheres continuam subrepresentadas em todos os Estados-Membros, com proporções que variam entre os 9% na Grécia e os 44% na Suécia.

Indicador chave

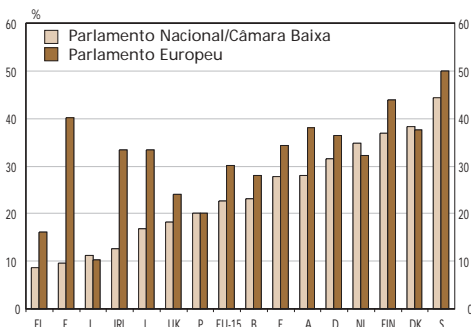
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Quota-parte de mulheres nos parlamentos nacionais (percentagem de lugares ocupados por mulheres nos Parlamentos nacionais ou câmaras baixas), Primavera de 2001																
	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Percentagem de lugares ocupados por mulheres no Parlamento Europeu, eleições de Junho de 1999																
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Percentagem de mulheres nos governos nacionais, Primavera de 2001																
	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

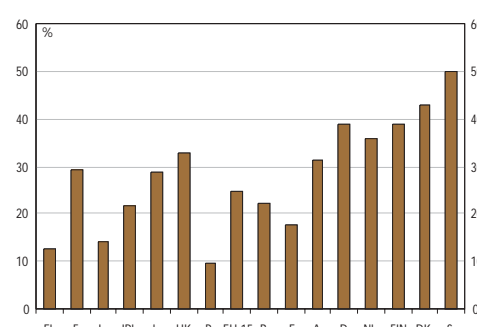
Fonte: Base de dados europeia "As mulheres na tomada de decisão"

Gráfico 36 Percentagem de lugares ocupados por mulheres nos Parlamentos, 2001



Fonte: Base de dados europeia "As mulheres na tomada de decisão"

Gráfico 37 Percentagem de mulheres nos governos nacionais, Primavera de 2001



Fonte: Base de dados europeia "As mulheres na tomada de decisão"

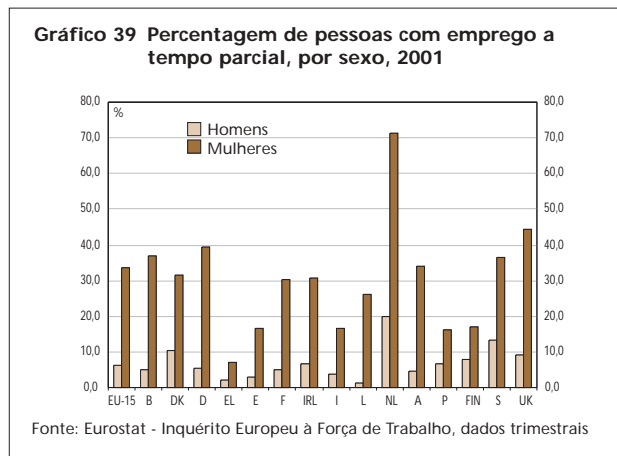
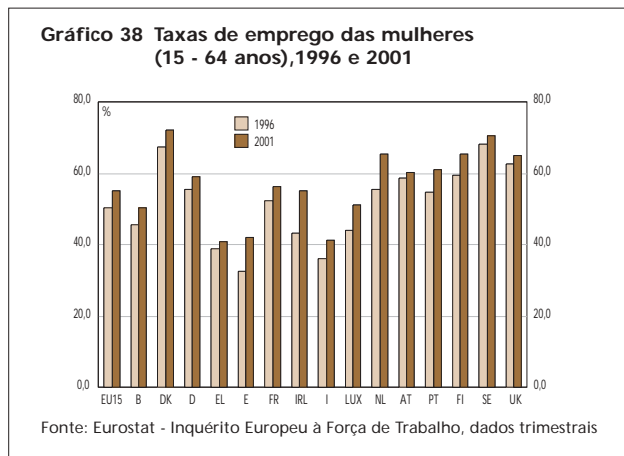
Emprego de homens e mulheres

Entre 1996 e 2001, as taxas de emprego das mulheres na UE subiu cerca de 3 pontos percentuais. No mesmo período, o emprego das mulheres subiu cerca de 5 pontos, o que permitiu estreitar o fosso entre os sexos neste domínio. Não obstante, a taxa de emprego dos homens (73,0%) permanece consideravelmente mais elevada do que a das mulheres (54,9%). As taxas de emprego das mulheres registam valores mais elevados nos três países nórdicos, no Reino Unido e nos Países Baixos.

Indicador chave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taxas de emprego (15 - 64 anos), 2001																
Mulheres	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
Homem	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

Fonte: Eurostat - Dados trimestrais sobre a Força de Trabalho



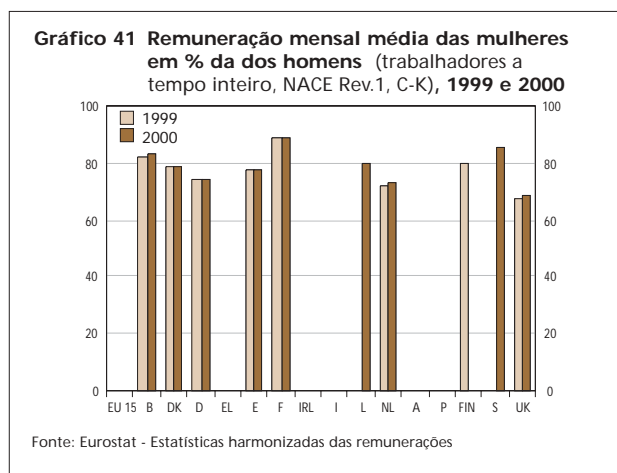
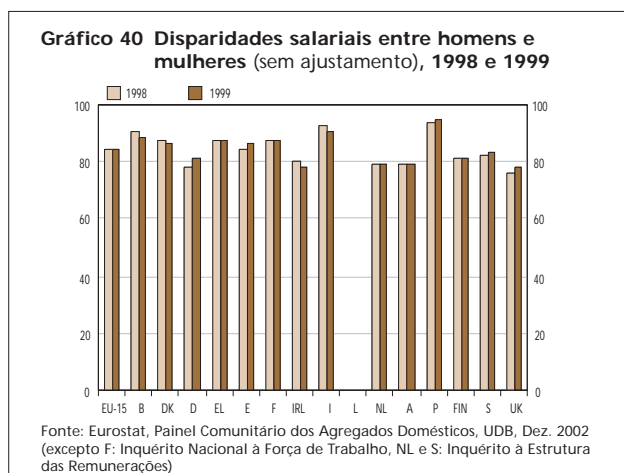
Remunerações de homens e mulheres

Na UE, as estimativas para 1999 revelavam que a remuneração horária média das mulheres era 16% inferior à dos homens. As diferenças mais pequenas encontravam-se em Portugal, Itália, Bélgica e França, as maiores no Reino Unido e na Irlanda. Ao nível da UE, o diferencial mantém-se constante em 1998, 1997 e 1996. Para reduzir as disparidades salariais entre homens e mulheres, é necessário pôr termo à discriminação directa relacionada com a remuneração bem como à discriminação indirecta ligada à participação na actividade económica, às opções profissionais e à evolução na carreira.

Indicador chave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Disparidades salariais entre homens e mulheres (sem ajustamento) (Valor médio da remuneração horária bruta das mulheres em percentagem do valor médio da remuneração horária bruta dos homens. A população considerada é a de todos os trabalhadores remunerados dos 16 aos 64 anos, com emprego equivalente a mais de 15 horas semanais)																
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

Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Domésticos, UDB, Dez. 2002 (excepto F: Inquérito Europeu à Força de Trabalho, NL e S: Inquérito à Estrutura das Remunerações)

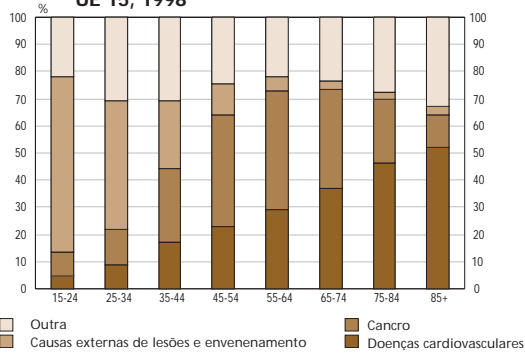


Esperança de vida e de saúde

A esperança de vida continua a aumentar, situando-se actualmente acima dos 81 anos para as mulheres e 75 para os homens. Em todos os Estados-Membros, as mulheres vivem mais tempo do que os homens. A escala da UE, as mulheres têm boas perspectivas de viver até aos 66 anos e os homens até aos 63 sem qualquer deficiência.

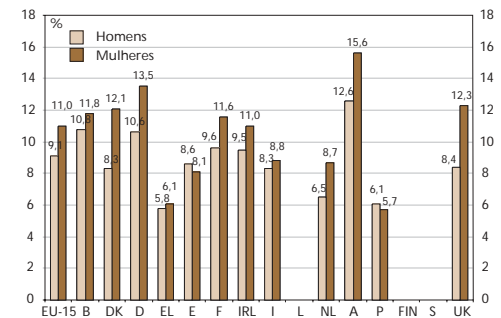
Indicador chave	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Esperança de vida à nascença, 2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Homens	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
Mulheres																
Nota: EL, A Dados 1999. Fonte: Eurostat Estatísticas Demográficas																
Anos de vida saudável (Esperança de vida à nascença sem deficiência) 1996																
Homens	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Mulheres	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Familiares																

Gráfico 42 Principais causas de óbito por escalão etário, UE 15, 1998



Fonte: Eurostat - Estatísticas de Mortalidade.

Gráfico 43 Percentagem da população hospitalizada nos últimos 12 meses, 1998



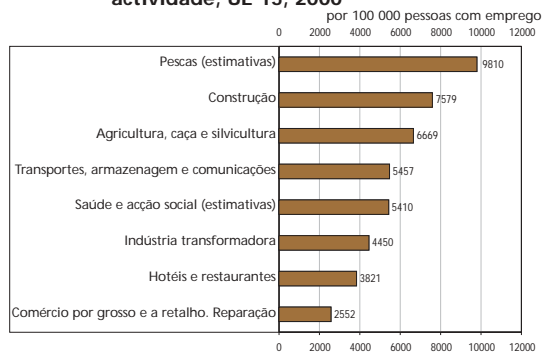
Fonte: Eurostat, Painel Comunitário dos Agregados Familiares, UDB, Dez. 2001

Acidentes e problemas de saúde relacionados com o trabalho

Em 2000, cerca de 4.0% dos trabalhadores da UE foram vítimas de acidentes de trabalho que tiveram por consequência mais de 3 dias de falta ao trabalho e 6.3% foram vítimas de acidentes que não motivaram falta superior a 3 dias. Desde 1994, o número de acidentes de trabalho com faltas superiores a 3 dias baixaram de 11% (índice 1998=100, 99 em 2000 e 111 em 1994). Entre 1998-99, todos os anos, 5,4% dos trabalhadores tiveram problemas de saúde relacionados com o trabalho. Perdem-se cerca de 510 milhões de dias de trabalho em 1999 em resultado de acidentes de trabalho (160 milhões de dias perdidos) e problemas de saúde relacionados com o trabalho (350 milhões de dias perdidos). O número de acidentes rodoviários fatais baixou de 46% desde 1970, mas em 2001 houve ainda mais de 40 mil mortos nas estradas da UE.

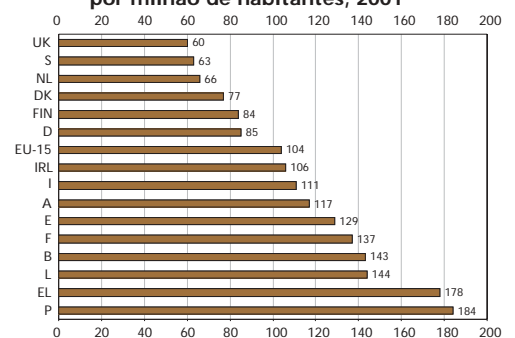
Indicador chave	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Acidentes graves no trabalho (Índice do número de acidentes graves no trabalho por 100 mil pessoas com emprego (1998=100), 2000)																
Total	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
18-24	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
45-5	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
Acidentes fatais no trabalho (Índice do número de acidentes fatais no trabalho por 100 mil pessoas com emprego (1998=100), 2000)																
Total	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88
Estatísticas Europeias de Acidentes no Trabalho (ESAW).																

Gráfico 44 Acidentes no trabalho por tipo de actividade, UE 15, 2000



Fonte: Estatísticas Europeias de Acidentes no Trabalho (ESAW).

Gráfico 45 Número de óbitos em acidentes rodoviários por milhão de habitantes, 2001



Fonte: CARE (Base de dados comunitária sobre acidentes rodoviários) e Eurostat - Estatísticas Demográficas.

Notas: B, I e UK: dados de fontes nacionais. Os dados referentes a 2001 são estimativas.

Principais indicadores sociais por Estado-Membro

Nº	Principais indicadores	Unidade	Ano	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Rácio de dependência dos idosos	%	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	Taxa de migração líquida por 1000 hab.		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	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Total	%	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	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Homens	%	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	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Mulheres	%	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	Aprendizagem ao longo da vida - Total	%	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	Aprendizagem ao longo da vida - Homens	%	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	Aprendizagem ao longo da vida - Mulheres	%	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	Taxa de emprego (cf. nº 19m & 19 f)	%	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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Total	%	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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Homens	%	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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Mulheres	%	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	Idade média efectiva de passagem à reforma - Total	anos	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	Idade média efectiva de passagem à reforma - Homens	anos	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	Idade média efectiva de passagem à reforma - Mulheres	anos	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	Taxa de desemprego - Total	%	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	Taxa de desemprego - Homens	%	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	Taxa de desemprego - Mulheres	%	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	Rácio do desemprego juvenil	%	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	Taxa de desemprego de longa duração - Total	%	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	Taxa de desemprego de longa duração - Homens	%	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	Taxa de desemprego de longa duração - Mulheres	%	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	Despesas com a protecção social em percentagem do PIB	%	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	Prestações de velhice e sobrevivência em percentagem do total das prestações sociais	%	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	Total das despesas públicas com políticas de mercado de trabalho, em percentagem do PIB	%	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	Desigualdades na repartição dos rendimentos	Rácio	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	Risco de pobreza antes das transferências sociais	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Risco de pobreza após transferências sociais	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	População em agregados familiares sem emprego (0-65 anos)	%	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	População em agregados familiares sem emprego (0-60 anos)	%	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	Quota-parte de mulheres nos parlamentos nacionais	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Taxa de emprego - Homens (cf. nº 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Taxa de emprego - Mulheres (cf. nº 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Disparidades salariais entre homens e mulheres (sem ajustamento)	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Esperança de vida à nascença - Homens	anos	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	Esperança de vida à nascença - Mulheres	anos	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	Anos de vida saudável - Homens	anos	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Anos de vida saudável - Mulheres	anos	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Acidentes graves no trabalho - Total	Índice 1998 = 100	2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Acidentes graves no trabalho - Homens	Índice 1998 = 100	2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Acidentes graves no trabalho - Mulheres	Índice 1998 = 100	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Acidentes fatais de trabalho	Índice 1998 = 100	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Ver comentário no item correspondente Os números podem reportar-se a outro ano (o último disponível) ou outros condicionalismos.

Ver notas para os Principais Indicadores na Pág. 36

Principais indicadores sociais por Estado aderente e por País candidato

Nº	Principais indicadores	Unidade	Ano	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Rácio de dependência dos idosos	% 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	Taxa de migração líquida por 1000 hab. 2000	% 2001	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:	:
5t	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Total	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:	:
5m	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Homens	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:	:
5f	Abandono escolar precoce sem continuação de ensino ou formação - Mulheres	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:	:
6t	Aprendizagem ao longo da vida - Total	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:	:
6m	Aprendizagem ao longo da vida - Homens	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:	:
6f	Aprendizagem ao longo da vida - Mulheres	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:	:
7	Taxa de emprego (cf. nº 19m & 19 f)	% 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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Total	% 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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Homens	% 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	Taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos - Mulheres	% 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	Idade média efectiva de passagem à reforma - Total	anos 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Idade média efectiva de passagem à reforma - Homens	anos 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Effective average exit age - females	anos 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Taxa de desemprego - Total	% 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	Taxa de desemprego - Homens	% 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	Taxa de desemprego - Mulheres	% 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	Rácio do desemprego juvenil	% 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	Taxa de desemprego de longa duração - total	% 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	Taxa de desemprego de longa duração - Homens	% 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	Taxa de desemprego de longa duração - Mulheres	% 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	Despesas com a protecção social em percentagem do PIB	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:	:
13	Prestações de velhice e sobrevivência em percentagem do total das prestações sociais	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:	:
14	Total das despesas públicas com políticas de mercado de trabalho, em percentagem do PIB	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Desigualdades na repartição dos rendimentos	Rácio 1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°	:
16a	Risco de pobreza antes das transferências sociais	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°	:
16b	Risco de pobreza após transferências sociais	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°	:
17a	População em agregados familiares sem emprego (0-65 anos)	% 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	População em agregados familiares sem emprego (0-60 anos)	% 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	Quota-parte de mulheres nos parlamentos nacionais	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:	:
19m	Taxa de emprego - Homens (cf. nº 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3	:
19f	Taxa de emprego - Mulheres (cf. nº 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7	:
20	Disparidades salariais entre homens e mulheres (sem ajustamento)	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Esperança de vida à nascença - Homens	anos 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	Esperança de vida à nascença - Mulheres	anos 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	Anos de vida saudável - Homens	anos 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Anos de vida saudável - Mulheres	anos 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Acidentes graves no trabalho - Total	Índice 1998 = 100	2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Acidentes graves no trabalho - Homens	Índice 1998 = 100	2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Acidentes graves no trabalho - Mulheres	Índice 1998 = 100	2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Acidentes fatais de trabalho	Índice 1998 = 100	2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

Ver notas para os Principais Indicadores na Pág. 36

Notas relativas a cada indicador

- 3 Ao nível da UE, o número de pessoas com 65 anos e mais corresponde a 24,3% da população em idade activa (15-64 anos) em 2001.
- 4 Em 2001, a taxa de migração líquida na UE foi de 3,1 por 1000 habitantes.
- 5t Em 2001, 19,4% dos jovens (18-24 anos) na UE abandonaram o sistema de ensino sem ir além do nível inferior do ensino secundário.
- 6t Em 2001, 8,4% da população da UE na faixa etária dos 25-64 anos participou em acções de ensino/formação (nas 4 semanas precedentes à data do inquérito).
- 7 Em 2001, 64,0% da população no escalão dos 15-64 tinha emprego.
- 8at Em 2001, 38,6% da população no escalão dos 55-64 tinha emprego.
- 8bt Em 2001, a idade média efectiva de passagem à reforma era de 59,9 anos.
- 9t Em 2001, 7,4% da força de trabalho da UE (os que trabalham e os que procuram emprego) estava desempregada.
- 10 7,3% da população no escalão dos 15-24 não tinha emprego em 2001.
- 11t Em 2001, 3,2% da força de trabalho da UE (os que trabalham e os que procuram emprego) estava em situação de desemprego à pelo menos um ano.
- 12 Em 2000, as despesas com a protecção social representaram 27,3% do Produto Interno Bruto (PIB).
- 13 À escala da UE, as prestações de velhice e sobrevivência representam a principal fatia das despesas com a protecção social (46,4% do total das prestações em 2000).
- 14 Em 2000, as despesas públicas com políticas de mercado de trabalho representaram 0,681% do Produto Interno Bruto (PIB).
- 15 Em 1999, nos Estados-Membros da UE a média dos 20% mais ricos auferia rendimentos correspondentes a 4,6 vezes mais do rendimento nacional do país respectivo do que os 20% mais pobres.
- 16a Em 1999, sem as transferências sociais, 24% da população da UE vivia abaixo do limiar de pobreza.
- 16b Em 1999, após as transferências sociais, 15% da população da UE vivia abaixo do limiar de pobreza.
- 17a Na UE, 12,1% da população dos 0-65 anos viviam em agregados onde nenhum membro tem emprego (excluindo pessoas em agregados onde todos os membros têm idades abaixo dos 18 anos ou dos 18-24 e que estão a estudar, ou 65 ou mais anos e não trabalham)
- 18 Em 2001, 23% dos lugares nos parlamentos nacionais (ou câmaras baixas) eram ocupados por mulheres.
- 19 Em 2001, 73,0% e 54,9% dos homens e mulheres entre os 15-64 anos, respectivamente, tinha emprego.
- 20 Na UE, em 1999, a remuneração média bruta por hora das mulheres equivalia a 84% da dos homens. A população considerada é a de todos os trabalhadores remunerados dos 16 aos 64 anos, que trabalham pelo menos 15 horas semanais.
- 21a Em 2000, a média da esperança de vida à nascença dos homens e das mulheres na UE era de 75,3 e 81,4 anos, respectivamente.
- 21b Em média, na UE um cidadão do sexo masculino e do sexo feminino pode esperar viver até aos 63 e 66 anos, respectivamente, sem qualquer deficiência (dados de 1996).
- 22at Em 2000, houve 1 % menos acidentes graves no trabalho (ausências superiores a 3 dias) por 100 000 habitantes com emprego, do que em 1998.
- 22b Em 2000, houve 21 % menos acidentes fatais no trabalho (ausências superiores a 3 dias) por 100 000 habitantes com emprego, do que em 1998.

Lista dos Postos de Informação do Eurostat

Belgique- België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

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

Línguas faladas:
ES, DE, EN, FR

France

INSEE Info service

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

Línguas faladas:
FR

Danmark

DANMARKS STATISTIK

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

Línguas faladas:
DA, EN

Italia - Roma

ISTAT

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

Línguas faladas:
IT

Deutschland

Statistisches Bundesamt

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

Línguas faladas:
DE, EN

Italia - Milano

ISTAT

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

Línguas faladas:
IT

España

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/>
Member of the MIDAS Net

Línguas faladas:
ES, EN, FR

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

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

Línguas faladas:
ES, DE, EN, FR, IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

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

Línguas faladas:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

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

Línguas faladas:
EN, FR, PT

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

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

Línguas faladas:
EN, FI, SV

Sverige

STATISTICS SWEDEN

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

Línguas faladas:
EN, SV

United Kingdom

Eurostat Data Shop

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

Línguas faladas:
EN

Norge

Statistics Norway

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

Línguas faladas:
EN, NO

**Schweiz/Suisse/
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

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

Línguas faladas:
DE, EN

USA

HAYER 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

Línguas faladas:
EN

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