

# 2003

## Den sociala situationen i Europeiska unionen

- Sammanfattning -



Europeiska kommissionen



# **Den sociala situationen i Europeiska unionen 2003**

---

**- Sammanfattning -**



# Innehållsförteckning

<b>Förord</b>		5
<b>1</b>	<b>Huvudtendenser i den sociala utvecklingen</b>	7
	1.1 Den sociala situationen: Möjligheter och utmaningar	7
	1.2 Befolkningsutvecklingen	7
	1.3 Tendenser i sysselsättningen	8
	1.4 Levnadsvillkor	9
	1.5 Tendenser i inkomstfördelningen	10
	1.6 Tendenser i de anslutande staterna	11
<b>2</b>	<b>Hälsa samt hälso- och sjukvård i Europeiska unionen</b>	12
	2.1 Européernas hälsa och den aktuella europeiska dagordningen	12
	2.2 Befolkning och hälsa	14
	2.3 Faktorer som påverkar folkhälsan	15
	2.4 Hälso- och sjukvårdssystemens betydelse	18
	2.5 Kommande utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemen	19
<b>3</b>	<b>Den europeiska sociala modellens hållbarhet</b>	22
<b>Bilagor</b>		
	<b>Indikatorer</b>	
	Den åldrande befolkningen	24
	Migration och asyl	24
	Utbildning och utbildningsresultat	25
	Livslångt lärande	25
	Sysselsättning	26
	Äldre arbetstagares sysselsättning	26
	Arbetslöshet	27
	Ungdomsarbetslöshet	27
	Långtidsarbetslöshet	28
	Socialskyddssystemens utgifter och inkomster	28
	Sociala förmåner	29
	Arbetsmarknadspolitiska utgifter	29
	Inkomstfördelning	30
	Hushåll med låg inkomst	30
	Hushåll där ingen har arbete och hushåll med låga löner	31
	Kvinnor och män i beslutsfattandet	31
	Kvinnors och mäns sysselsättning	32
	Kvinnors och mäns inkomster	32
	Förväntad livslängd och förväntad hälsa	33
	Olycksfall och arbetsrelaterade hälsoproblem	33
	<b>Nyckelindikatorerna per medlemsstat</b>	34
	<b>Nyckelindikatorerna per kandidatland / anslutande land</b>	35
	<b>Eurostat Datashops</b>	37



## Förord

Rapporten om den sociala situationen handlar om livskvaliteten för de personer som är bosatta i Europa. I den ges en helhetsbild av befolkningen och de sociala förhållandena som bakgrund till den socialpolitiska utvecklingen och den bidrar till övervakningen av utvecklingen på det sociala området i alla medlemsstater.

Denna publikation innehåller en sammanfattning med kommentarer till rapporten. Den är indelad i två huvudkapitel. I det första kapitlet ges en översikt över de viktigaste utvecklingstendenserna på det sociala och ekonomiska området, kompletterat med aktuell statistik. Det andra kapitlet består av en kort redogörelse för årets tema, vilket tar upp frågorna kring hur och varför

medborgarnas hälsa har förbättrats i Europa. En del potentiella utmaningar för framtiden tas också upp. Publikationen avslutas med en kortfattad beskrivning av den europeiska sociala modellen.

Liksom under tidigare år innehåller bilagorna till denna publikation en presentation av en grupp harmoniserade sociala indikatorer för varje medlemsstat och för första gången finns också motsvarande indikatorer för de anslutande staterna samt kandidatländerna. Indikatorerna ger en första överblick över den sociala situationen. De är också ett kraftfullt instrument för övervakning av den sociala utvecklingen över tiden.



Anna Diamantopoulou  
ledamot av kommissionen  
sysselsättning  
och socialpolitik



Pedro Solbes Mira  
ledamot av kommissionen  
ekonomi och finans, Eurostat





## 1 Huvudtendenser i den sociala utvecklingen

### 1.1 Den sociala situationen: Möjligheter och utmaningar

Den sociala situationen utformas till stor del i skärningspunkten mellan långsiktiga förändringar av befolkningsstrukturen och ekonomiska förändringar på kort och medellång sikt.

Efter fem år av stark ekonomisk tillväxt vilket skapade 12 miljoner arbetstillfällen och ökade sysselsättningsgraden med fyra procent till 64 % av den arbetsföra befolkningen är framtidsutsikterna nu inte längre lika ljusa. År 2001 sjönk den ekonomiska tillväxten till 1,5 %, vilket är mindre än hälften av den nivå som uppnåddes 2000, och 2002 har återhämtningen gått tämligen långsamt. Men sysselsättningen har trots detta fortsatt att öka, om än långsamt.

Samtidigt kan man också tydligare skönja vilka ekonomiska och sociala utmaningar som följer av att befolkningen i Europa blir allt äldre. Den sekellånga ökningen av befolkningen i arbetsför ålder i Europa kommer snart att avstanna och på mindre än ett decennium kommer konsekvenserna av att de stora årskullarna går i pension att bli helt kännbara.

De strukturella förbättringar som uppnåtts sedan 1996 och det lyckade införandet av den gemensamma valutan har lett till bättre ekonomiskt resultat, både när det gäller penningpolitik och finanspolitik, och ökad flexibilitet på arbetsmarknaden. Förutom att det under denna period har åstadkommit påtagliga förbättringar av levnadsvillkoren har de politiska möjligheterna förbättrats på en rad områden. Det har skapats nya möjligheter när det gäller att tackla strukturella sysselsättningsproblem, t.ex. ungdomsarbetslöshet och låg förvärvsfrekvens bland kvinnor och äldre arbetstagare. Utvecklingen mot lägre arbetslöshet förstärks ytterligare av den demografiska utvecklingen som innebär att befolkningen i arbetsför ålder krymper. Ökad sysselsättning har också minskat belastningen på de sociala trygghetssystemen och skapat större handlingsutrymme för pensionsreformer. Ojämligheten har inte ökat i takt med ökat välstånd och ökad sysselsättning utan den ekonomiska tillväxten har medfört nya möjligheter att hantera de kvardröjande problemen med fattigdom och social utslagning.

Under samma period har medlemsstaterna blivit betydligt bättre på att söka stöd från EU för sina politiska åtgärder. Samarbete för att bekämpa social utslagning och för att modernisera de sociala trygghetssystemen har integrerats i processerna när det gäller makroekonomisk samordning och sysselsättning, vilket skapat en ny potential för en pro-

duktiv interaktion mellan ekonomisk politik, sysselsättningspolitik och socialpolitik.

Stora utmaningar kvarstår och nya tillkommer med utvidgningen. Det krävs beslutsamma åtgärder för att bibehålla det man uppnått under de senaste fem till sju åren, och för att ta tillvara de möjligheter som skapats för att fortsätta på den väg som bär mot hållbar tillväxt och kontinuerliga förbättringar av den sociala situationen<sup>1</sup>.

### 1.2 Befolkningsutvecklingen

Demografiska förändringar i Europa kommer att få stor betydelse för den sociala situationen och innebära stora utmaningar för den europeiska ekonomin.

#### EU:s befolkning blir allt äldre....

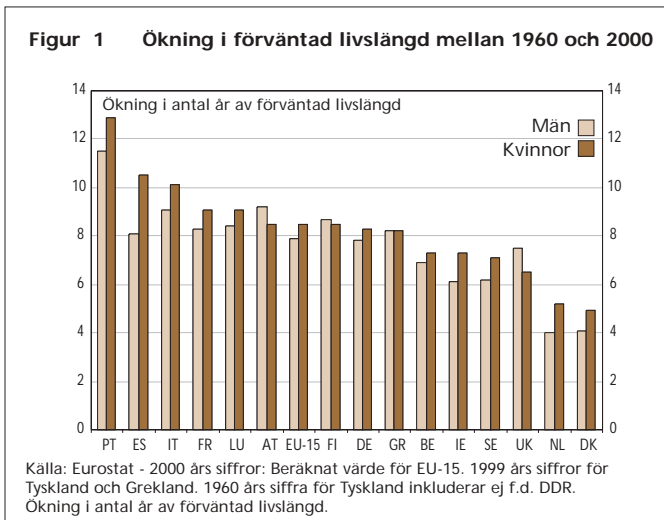
Befolkningen i EU blir allt äldre och försörjningsbördan för äldre kommer att öka. Även om fertiliteten har ökat något från 1,45 barn per kvinna 1999 till 1,47 år 2001, ligger den fortfarande under reproduktionsnivån på 2,1. Den förväntade livslängden ökar och dödligheten är alltmer relaterad till hög ålder. När de stora årskullarna födda på 1940-talet uppnår pensionsålder kommer en allt större andel av befolkningen att tillhöra de äldre åldersgrupperna. I dag utgör personer över 65 år 16 % av den totala befolkningen, och personer under 15 år utgör 17 %. År 2010 kommer detta att ha ändrats till 18 respektive 16 %. Den mest dramatiska ökningen kommer att ske i åldersgruppen "mycket gamla" (personer över 80 år), som under de närmaste 15 åren kommer att öka med nästan 50 %.

#### ...och trots att de anslutande staterna har en yngre befolkningsstruktur kommer utvidgningen av EU inte att innebära någon förändring av denna utveckling.

På grund av höga födelsetal under 1970- och 1980-talen har de anslutande staterna för närvarande en yngre åldersstruktur än de nuvarande EU-länderna, EU-15 (befolkningen över 65 år utgör 13 %, medan barn under 15 år utgör 19 %). Det innebär att utvidgningen kommer att leda till en förnyring. Denna effekt kommer dock att bli både marginell och tillfällig. På medellång till lång sikt kommer de anslutande staterna troligen att förstärka den nedåtgående befolkningstrenden i EU. Om de extremt låga födelsetalen fortfarande består, kommer andelen barn av befolkningen att minska snabbt, och 2020 kommer andelen äldre att ligga på samma nivå som i EU-15.

<sup>1</sup> En samlad bedömning av den allmänna situationen i hela Europeiska unionen i början av 2003 ges i "Att välja tillväxt: Kunskap, innovation och arbetstillfällen i ett sammanhållet samhälle" Rapport till Europeiska rådets värmöte den 21 mars 2003 om Lissabonstrategin för ekonomisk, social och miljömässig förnyelse, KOM(2003) 5 slutlig.

Figur 1 Ökning i förväntad livslängd mellan 1960 och 2000



**Familjerna blir mindre stabila samtidigt som hushållen blir mindre....**

Ökningen av försörjningsbördan för äldre får konsekvenser för vår förmåga att klara av vård- och omsorgsbehoven, vilken också kan försämrans genom utvecklingen av familje- och hushållsstrukturer. Äktenskapen blir färre och de ingås senare, samtidigt som skilsmässorna ökar. År 2001 ingicks endast 5 äktenskap per 1 000 invånare jämfört med nästan 8 år 1970. Den uppskattade skilsmässorefekvensen för äktenskap som ingicks 1960 är 15 %, medan siffran nästan fördubblats till 28 % för äktenskap som ingicks 1980. Tendensen att hushållen blir allt mindre och består av allt fler ensamboende i alla åldersgrupper håller i sig. Det har också skett en påfallande ökning av antalet barn som bor tillsammans med en vuxen, och en minskning av antalet parförhållanden med barn. År 2000 bodde 10 % av alla barn i åldern 0-14 år tillsammans med endast en förälder, medan motsvarande siffra var 6 % 1990. Den stora majoriteten av dessa ensamstående föräldrar är kvinnor. Med undantag för Polen och Cypern har familjerna också blivit betydligt mindre stabila i de anslutande staterna.

**...medan migrationsströmmarna spelar en allt viktigare roll för befolkningsutvecklingen.**

Under mer än ett decennium har nettoinvandring varit den främsta orsaken till befolkningstillväxten inom EU. Idag har alla medlemsstater en betydande invandring, och 2001 var den årliga nettoinvandringen 3,1 personer per 1 000 invånare, vilket utgör cirka 74 % av den totala befolkningstillväxten. I några av de anslutande staterna har utvandring påtagligt påverkat den demografiska situationen. Framför allt de baltiska staterna har drabbats av befolkningsminskning till följd av utvandring.

**De politiska beslutsfattarna börjar bli mycket mer medvetna om åldrandets konsekvenser...**

Medvetenheten om att befolkningen blir allt äldre och de sannolika konsekvenser detta får för sysselsättning och socialpolitik har ökat avsevärt under de allra senaste åren. Medlemsstaterna har åtagit sig att arbeta med frågor som rör åldrandet när det gäller sunda offentliga finanser, sysselsättning och socialt skydd (t.ex. pensioner, hälso- och sjukvård och långtidsvård) samt att vid behov se över den nationella politiken. De anslutande staterna följer också detta nya samarbete om frågor som rör åldrandet på många områden.

**...och de vidtar åtgärder för att tackla detta både på nationell nivå och EU-nivå.**

Den allmänna bedömningen av de nuvarande politiska insatserna är att de flesta medlemsstater – och anslutande stater – tänker ta tillvara det gyllene tillfälle som nu erbjuds innan de stora årskullarna uppnår pensionsåldern. Man vill möjliggöra att pensions-, hälso- och sjukvårds- och långtidsvårdssystemen<sup>2</sup> kan fortsätta att leva upp till sina sociala mål och bevara sin finansiella hållbarhet när konsekvenserna av att antalet äldre ökar blir alltmer påtagliga. Flera större reformer har redan genomförts och många håller på att utarbetas.

**1.3 Tendenser i sysselsättningen**

År 2002 ökade arbetslösheten något för första gången sedan 1996. Men trots den ekonomiska nedgången har arbetsmarknaderna visat en anmärkningsvärd uthållighet. Det skapades fler arbetstillfällen än de som försvann och nettoresultatet var ökad sysselsättning.

Detta tyder på att utvecklingen och tillämpningen av den europeiska sysselsättningsstrategin och den nya vikt som har lagts vid att främja social integrering har hjälpt unionen att slå in på en väg mot hållbar och högre sysselsättningstillväxt med 1,3 % per år sedan 1996<sup>4</sup>. Sysselsättningen ökade till 64,0 % år 2001 och kommer 2002 troligen att uppgå till 64,5 %, medan arbetslösheten sjönk till 7,4 %, den lägsta siffran på ett årtionde, och även om den ökade 2002, var ökningen till 7,6 % mycket marginell.<sup>5</sup>

Även om den totala arbetslösheten kommer att vara något lägre i den utvidgade unionen än i EU-15, har de nuvarande och de blivande medlemsstaterna i stort sett samma strukturella svagheter, även om graden varierar. De största utmaningarna som de blivande medlemsstaterna måste tackla är att öka deltagandet i arbetskraften och sysselsättningen, att underlätta flödet av arbetskraft från jordbruket och industrin till tjänstesektorn, utan att detta ökar de

2 Utkast till gemensam rapport från kommissionen och rådet om tillräckliga och stabila pensioner, KOM(2002) 737 slutlig.  
3 Förslag till en gemensam rapport - Hälso- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för säkerställande av en hög nivå av social trygghet, KOM(2002) 774 slutlig.  
4 För en utförligare bedömning av utvecklingen av sysselsättningen under denna period hänvisas till "Bedömning av de framsteg som gjorts under fem år av den europeiska sysselsättningsstrategin", KOM (2002) 416 slutlig.  
5 Förslag till en framtida sysselsättningsstrategi mot bakgrund av den rådande osäkerheten ges i "Den europeiska sysselsättningsstrategin i framtiden - En strategi för full sysselsättning och bättre arbetstillfällen åt alla" KOM(2003) slutlig.

regionala skillnaderna på medellång sikt, och att höja arbetskraftens kompetens så att den motsvarar de krav som ställs i moderna kunskapsbaserade marknadsekonomier.

Fortsatta framsteg när det gäller att genomföra Lissabonagendan, inklusive full sysselsättning, kräver beslutsamma åtgärder för att öka deltagandet i arbetskraften och sysselsättningen, utveckla kvalitet och produktivitet i arbetet samt främja sammanhållning.

**Bibehållet arbetskraftsutbud kommer att bli alltmer beroende av att kvinnors förvärvsfrekvens och sysselsättning ökar...**

Mellan 1996 och 2001 ökade sysselsättningsgraden inom EU med nästan tre procentenheter för män och fem procentenheter för kvinnor, vilket minskade klyftan mellan könen till 18 procentenheter. Även när det gäller arbetslösheten minskade klyftan mellan könen, men den uppgick fortfarande till 2,3 procentenheter 2001. De minskningar av klyftan mellan könen som skett de senaste åren är ett uppmuntrande tecken på att skillnaderna i sysselsättningsgrad kan komma att undanröjas under den närmaste framtiden.

Det finns också en klyfta mellan könen i de anslutande staterna, även om andelen kvinnor i arbetskraften är högre än i EU:s medlemsstater (46 % jämfört med 42 %). Andelen kvinnor i arbetsledande ställning är också högre. Av cheferna i de anslutande staterna är 38 % kvinnor, jämfört med 34 % i EU. Vidare förekommer deltidsarbete i mindre omfattning i de anslutande staterna samtidigt som det är mera jämnt fördelat mellan könen: 6 % av männen (7 % i EU) och 9 % av kvinnorna (32 % i EU) arbetar deltid.

**...liksom äldre arbetstagares...**

Totalt var 38,5 % av EU:s befolkning mellan 55 och 64 år sysselsatt 2001. Detta ligger långt under det mål på 50 % senast 2010 som sattes upp på toppmötet i Stockholm. Genomsnittsåldern för utträde från arbetsmarknaden var 59,9 år 2001. Det kommer att bli en utmaning att höja detta med ungefär fem år till 2010 som toppmötet i Barcelona krävde. De förbättringar som har skett på senare tid när det gäller sysselsättning för äldre arbetstagare i några medlemsstater visar att utvecklingen mot minskat deltagande i arbetskraften kan vändas, om man verkligen satsar på detta. I de anslutande staterna är sysselsättningsgraden för arbetstagare i åldern 55-64 år ännu lägre, men under de allra senaste åren har siffrorna stabiliserats och en förbättring kan skönjas.

Sett ur ett annat perspektiv – t.ex. om den pågående och den kommande befolkningsutvecklingen leder till att den arbetsföra befolkningens andel minskar – har det stor betydelse att de flesta medlemsstater har ansevärd arbetskraftsreserver bland kvinnor och äldre arbetstagare. Under förutsättning att de nuvarande hindren för deltagande i arbetskraften undanröjs kan dessa arbetskraftsreserver användas för att motverka de konsekvenser som arbetskraftens åldrande har på arbetskraftens storlek.

**...liksom på omfattningen och utformningen av invandring och integration av invandrare.**

Demografiska scenarier – som bygger på antagandet att invandringen förblir stabil och som förutsätter att sysselsättningsmålen från Lissabon uppfylls – visar oftast att efter 2010 kommer den totala sysselsättningsvolymen att minska i EU-15 till följd av en krympande befolkningsandel i arbetsför ålder. Mer än tidigare kommer därför produktivitetssökningar att spela en central roll för den ekonomiska tillväxten. Invandringen kommer alltså att vara en viktig faktor i detta hänseende, särskilt när hela arbetskraftsreserverna i den nuvarande befolkningen i arbetsför ålder helt utnyttjats. Det är uppenbart att de positiva ekonomiska och sociala effekterna av invandringen hänger på förmågan hos medlemsstaterna att garantera att nykomlingarna och deras familjemedlemmar integreras helt i sysselsättning och i de större sociala sammanhangen i de europeiska samhällena. En framgångsrik integration av invandrare kan bidra till att den ekonomiska tillväxten bibehålls och att den sociala sammanhållningen stärks.

**Ökad sysselsättning bidrog också till att fler arbetstillfällen av god kvalitet skapades.**

Mer än två tredjedelar av de arbetstillfällen som skapades 1996 och 2001 var högkvalificerade arbeten, som tillkom i takt med att kunskapsekonomin började bli en daglig realitet. Mer än 50 % av alla nya arbetstillfällen kräver nu användning av dator. Kommissionens arbete har de facto nyligen visat att EU-ekonomier med högre andel högkvalificerade arbeten också får bättre resultat när det gäller sysselsättning och produktivitet. Det finns också en stor andel mer lågkvalificerade arbeten. För ungdomar och högt utbildade kan sådana arbeten ofta fungera som språngbräda till mer varaktig sysselsättning, medan detta inte gäller för äldre arbetstagare och lågutbildade arbetstagare. När dessa kategorier av arbetstagare har korttidsanställningar, ofrivilligt arbetar deltid eller har arbeten där de inte får någon utbildning, fastnar de i perioder av arbetslöshet, inaktivitet och lågkvalificerade arbeten. Insatser för att främja horisontell rörlighet mot mer kvalificerade arbeten är därför ett viktigt inslag när det gäller att verka för högre och mer bestående sysselsättningsnivåer.

**1.4 Levnadsvillkor**

Ser man till inkomst- och konsumtionsutveckling fortsätter levnadsvillkoren att förbättras. Den genomsnittliga inkomstökningen per capita har legat omkring 1,5 % under det senaste årtiondet med en årlig nettomedianinkomst i EU-15 på cirka 11 700 KKS<sup>6</sup> (köpkraftsstandard) 1998. Denna medianinkomst visar dock inte att det finns betydande skillnader mellan medlemsstaterna och avsevärda skillnader inom medlemsstaterna. Den "nordliga halvan" av unionen redovisade högre inkomstnivåer och hade i allmänhet mindre inkomstskillnader inom landet än de sydeuropeiska medlemsstaterna. På motsvarande sätt har den genomsnittliga konsumtionen ökat markant under de

6 Mätt i köpkraftsstandarder för att korrigera för skillnader i köpkraft mellan länderna

senaste åren. I exempelvis Tyskland, som är tämligen representativt för medlemsstaterna i detta hänseende, ökade den med cirka 2,6 % per år på hushållsnivå.

### Levnadsvillkoren märks i medborgarnas bedömning av sin livskvalitet.

År 2002 var EU-medborgarna mycket eller tämligen nöjda med sina liv i allmänhet (78 % mot 77 % två år tidigare) och av dem var ungefär 20 % mycket nöjda (mot 17 % 2000). Allra nöjdast var de som är bosatta i Sverige (95 %) och Danmark (94 %), medan man var mindre nöjd i Portugal (50 %) och Grekland (49 %). I likhet med tidigare år förefaller män att vara mer nöjda med sina liv än kvinnor, och unga mer tillfreds än äldre. När det gäller variationerna i upplevd livskvalitet i hela EU, kan detta till stor del förklaras med skillnader i självupplevt hälsotillstånd.

Högutbildade och höginkomsttagare ligger också högre när det gäller självupplevd hälsa och livskvalitet, vilket visar på skillnader på grund av socioekonomisk status. Dessutom upplever äldre oftast att de har sämre hälsa än andra.

De flesta intervjupersoner som deltagit i Eurobarometerundersökningen prioriterar offentlig finansiering av hälso- och sjukvård högre än andra områden, t.ex. utbildning eller socialtjänst, och de anser att kvaliteten på hälso- och sjukvårdssystemen är en av de tre viktigaste frågorna i dagens samhälle.

### 1.5 Tendenser i inkomstfördelningen

Inkomst är en av de viktigaste faktorerna som bestämmer levnadsstandarden. Inkomstfördelningen är också viktig i förhållande till relativ fattigdom och risk för social utslagning. Välfärdsstaten spelar en viktig roll för omfördelningen av primärinkomster genom att omfördelningen minskar ojämlikhet och fattigdom.

En färsk rapport<sup>7</sup> visar att det skedde stora förändringar i inkomstskillnaderna i många länder mellan 1980 och 1997 – i de flesta fall ökade inkomstskillnaderna. Med tanke på den ekonomiska tillväxten under den senare hälften av 1990-talet är det anmärkningsvärt att ojämlikheten i genomsnitt har visat en tendens att minska.

Detta kan uppenbarligen vara en följd av att den ekonomiska tillväxten under den senaste tiden till stor del har varit sysselsättningsdriven. Det är minst sannolikt att de som har arbete befinner sig i riskzonen för fattigdom<sup>8</sup> och mest sannolikt att arbetslösa gör det (fattigdomsrisk är fem gånger högre för arbetslösa än för anställda). År 1998 var sannolikheten att äldre och egenföretagare skulle

drabbas av fattigdom dubbelt så hög som för anställda. För barn var sannolikheten tre gånger så hög och för de andra grupperna av ekonomiskt inaktiva fyra gånger så hög.

### Risken för fattigdom och social utslagning kvarstår...

Trots den betydande omfördelning som sker via de sociala trygghetssystemen tillhör bekämpandet av fattigdom och främjandet av social integrering fortfarande de viktigaste utmaningar som unionen har att bemästra. Resultaten från 2001 års Eurobarometerundersökning visar att en stor del av befolkningen fortfarande betraktar sig som fattig i den meningen att de anser att de har lägre inkomst än vad de anser är absolut nödvändigt. Variationerna mellan detta slag av subjektiv fattigdom är mycket stora i medlemsstaterna - från 9 % i Danmark till 66 % i Portugal. Undersökningen visar också att fattigdom i det enskilda fallet har en tendens att vara längre i de sydliga länderna än i de nordliga. I de sydliga länderna varar den fjorton eller femton år, i de nordliga två till tre år. Eurobarometern belägger också att fattigdom ofta hänger samman med social isolering och att den påverkas starkt av om arbetet, – och i synnerhet arbetsuppgifterna – är lågkvalificerat, präglat av osäkra anställningsförhållanden eller om arbetstägaren har otillräcklig utbildning.

Social integrering hänger nära samman med sysselsättning och/eller inkomst. Det är värt att notera att i kunskapsområdet utgör ny teknik både en möjlighet och ett hot för integreringen av svagare befolkningsgrupper. ESDIS har lyft fram detta i sitt arbete och det har getts politisk prioritet genom rådets resolutioner om "e-integration" i oktober 2001 och om "e-tillgänglighet" för funktionshindrade 2002.

### ...och varierar kraftigt inom unionen...

Hushållens fattigdomstal varierar kraftigt mellan medlemsstaterna (beräknas ofta med 60 % av den nationella ekvivalerade medianinkomsten som fattigdomsgräns). År 1998 var skillnaden mellan medlemsstaten med högsta respektive lägsta fattigdomstal 14 procentenheter. Mellan 1995 och 1998 minskade sex av tolv medlemsstater, som har uppgifter för båda åren, sina fattigdomstal. Ändå var fattigdomstalet för hela EU-15 detsamma 1998 som 1995.

I regel har de sydliga medlemsstaterna den lägsta genomsnittliga ekvivalerade nettoinkomsten i KKS, men också de största inkomstskillnaderna enligt Europeiska hushållsundersökningen (ECHP) 1998. I de nordiska medlemsstaterna är skillnaden minst, medan den högsta genomsnittliga ekvivalerade nettoinkomsten finns i Luxemburg, Belgien och Nederländerna.

7 Se "Income on the Move", report on income distribution, poverty and redistribution, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, finansierat av Europeiska kommissionen, GD Sysselsättning och socialpolitik (E1 Study Series 2002), [http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/news/2002/dec/income\\_on\\_move\\_en.html](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html)

8 Risken för fattigdom definieras med en inkomst som är mindre än 60 % av den ekvivalerade medianinkomsten.

**...men i EU-15 skulle de vara mycket högre utan den omfördelningseffekt som sociala förmåner ger.**

Omfördelningseffekten<sup>9</sup> av socialförsäkringsförmåner är vida större än omfördelningseffekten av skatter. Sociala förmåner minskar inkomstskillnaderna med 30 – 40 % enligt mätning med Gini-koefficienten<sup>10</sup>. Förmånernas regressivitet är relativt stor i Tyskland, Nederländerna, Belgien och Förenade kungariket, vilket innebär att hushåll med låga inkomster i dessa länder får en relativt sett större andel sociala förmåner än i Finland, Danmark och Sverige. För Tyskland och Förenade kungariket är minskningen av skillnaderna mellan fördelningen av marknadsinkomst och bruttoinkomst dock ganska liten. Det beror på att socialförsäkringens andel av nationalinkomsten i dessa länder är relativt låg.

Det finns många slags förmåner och skillnader i antalet förmånstagare och förmånernas genomsnittliga storlek. Sammantaget minskar förmånerna risken för fattigdom med 25 procentenheter<sup>11</sup>, med en enkel mätning "före" och "efter förmån". Huvuddelen av denna fattigdomsminskning beror på förmåner vid ålderdom och efterlevandeförmåner (15 procentenheter). Förmåner vid arbetslöshet, sjukdom, invaliditet samt familjeförmåner ger en minskning av fattigdomen med omkring tre procentenheter.

**1.6 Tendenser i de anslutande staterna**

Även om de flesta anslutande stater har gjort framsteg när det gäller att minska inkomstklyftan i förhållande till EU:s medlemsstater under den andra hälften av 1990-talet, så är skillnaderna ändå fortfarande påtagliga. År 2000 var BNP per capita i åtta av de anslutande staterna mindre än hälften av genomsnittet i EU, mätt i köpkraftsstandard.

Dessutom har inkomstskillnaderna i de anslutande staterna också ökat. Det gäller särskilt i åtta av de central- och östeuropeiska staterna<sup>12</sup>. Under det senaste årtiondet har det skett en betydande ökning av både fattigdom och ojämlikhet i Östeuropa. Den senaste tiden har situationen stabiliserats. Ojämlikhet och fattigdom ökar inte längre, men de sociala konsekvenserna av den snabba ökningen av ojämlikheten under den första övergångsperioden måste uppmärksammas ytterligare.

**Medvetenheten om dessa problem har ökat...**

Fattigdom finns på den politiska dagordningen i alla de anslutande staterna, men social utslagning i dess vidare mening av utslagning på flera områden mera sällan. Social utslagning har dock fått ökad politisk prioritet under de senaste åren, ofta till följd av beslut som fattats inom EU. De främsta orsakerna till social utslagning är arbetslöshet och splittring av familjer, och möjligheten att garantera en rimlig inkomstnivå via sociala trygghetssystem och sysselsättning är problematisk i många kandidatländer. Socialtjänstsystemens täckning och kapacitet gör det mycket svårt att tackla problemet med social utslagning.

**... samtidigt med möjligheten att få stöd från EU-samarbetet.**

Vikten av att ta itu med dessa problem underströks nyligen, när rådet i december 2002 antog de reviderade EU-målen för att bekämpa fattigdom och social utslagning. Ändringarna stärker de mål som första gången antogs på Europeiska rådets möte i Nice 2000, och de framhåller också jämställdhetsaspekten, de svårigheter som invandrare möter och vikten av att minska antalet människor som hotas av fattigdom och social utslagning. Dessa mål kommer att vara ett stöd när det gäller förberedelsen av en andra omgång av de nationella tvåårsplanerna mot fattigdom och social utslagning, som alla medlemsstater ska ha utarbetat till juli 2003. Syftet är att bygga vidare på och befästa de framsteg som gjorts genom den öppna samordningsmetoden för fattigdom och social utslagning, som antogs på Europeiska rådets möte i Lissabon 2000.

Utvidgningen av EU från 15 till 25 medlemsstater är nu nära förestående. Vi kommer därigenom troligen att få se betydande förändringar av hela den sociala situationen i unionen. De politiska utmaningarna när det gäller social utslagning, fattigdom och allmän ojämlikhet inklusive skillnader i hälsa kommer troligen att öka. Regionala skillnader och problemet med social utslagning kommer också att öka. Det innebär att eftersom skillnaderna mellan medlemsstaterna kommer att öka avsevärt, kommer det att finnas ett stort behov av instrument för samarbete för att överbygga sådana olikheter på ett konstruktivt sätt.

9 Resultaten har tagits från "Income on the Move" och hänför sig huvudsakligen till Europeiska hushållsundersökningen 1997.

10 Gini-koefficienten är ett index som jämför den faktiska inkomstfördelningen över hela inkomstskalan med ett slags teoretisk idealfördelning, där alla har samma inkomst (gini = 0 %). Ett gini på 100 % skulle betyda att en enda person har all inkomst.

11 Siffran ger endast en fingervisning om skillnaden eftersom det finns andra bidragande faktorer förutom de sociala försäkringsförmånerna som kan förklara skillnaden mellan de två Gini-koefficienterna.

12 Europeiska kommissionen, "För en framgångsrik utvidgning", Strategidokument och Rapport från Europeiska kommissionen om de enskilda anslutande staternas framsteg på vägen mot anslutning, s. 13.



## 2 Hälsa samt hälso- och sjukvård i Europeiska unionen

### 2.1 Européernas hälsa och den aktuella europeiska dagordningen

Hälsa är specialtemat för detta års rapport. Hälsa och hälso- och sjukvårdens kvalitet är frågor som européerna anser vara mycket viktiga (Eurobarometern 2002). Rapporten behandlar därför européernas nuvarande hälsosituation och redovisar de viktigaste faktorer som påverkar deras hälsa.

Medan hälso- och sjukvården är det centrala när det gäller att behandla ohälsa och också upprätthålla god hälsa, påverkas medborgarnas allmänna hälsosituation till stor del av socioekonomiska, livsstils- och miljömässiga faktorer. Hälso- och sjukvården och vård av längre tids sjuka är utformad på mycket olika sätt i EU:s medlemsstater. Men även om det är stora skillnader finns det också avsevärda likheter och – vilket framgår av rapporten – medlemsstaterna står inför i stort sett samma utmaningar när det gäller den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken. Två av dessa utmaningar är särskilt framträdande. Det finns å ena sidan ett kontinuerligt behov av att optimera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemen mot bakgrund av de kraftiga strukturella förändringar som följer av åldrandet och användningen av ny teknik inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan finns det stort utrymme för att utveckla bättre synergier mellan hälso- och sjukvårdspolitik och annan politik som har betydelse för de miljömässiga och socioekonomiska faktorer som påverkar hälsan.

#### Hälsa är välbefinnande

Medborgarnas hälsosituation är en viktig faktor för samhällets produktionskapacitet, och en förbättrad hälsosituation kan öka tillväxtpotentialen.<sup>13</sup> Det beror på att bättre hälsa inrymmer en potential för högre produktivitet, längre arbetsliv och lägre kostnader (mindre frånvaro på grund av sjukdom, mindre vårdbehov, mindre arbetsoförmåga osv.)<sup>14</sup>.

Hälso- och sjukvårdssystemen utgör en av hörnstenarna i medlemsstaternas sociala trygghetssystem. De ingår därför som tema i det nya samarbetet<sup>15</sup> om modernisering och förbättring av det sociala skyddet, som utgör en del av Lissabonstrategin. Tillgång, kvalitet och hållbarhet har fastställts som de gemensamma mål som medlemsstaterna ska försöka uppnå i sin hälso- och sjukvårdspolitik. De sociala trygghetssystemens inkomstgaranterande effekt bidrar uppenbart också till att befolkningens hälsosituation bibehålls. Så bidrar t.ex. pensionssystemen påtagligt till att äldre människors hälsa kan bibehållas genom att de erbjuder en riklig levnadsstandard efter pensioneringen.

Det är uppenbart att effekterna av investeringar i hälsa inte bara beror på hur mycket som investeras, utan på var, när och hur resurserna används. Avkastningen på investeringar i hälsa kan t.ex. bli mycket stor, om insatserna riktas mot befolkningsgrupper eller regioner där den genomsnittliga hälsosituationen är dålig eller särskilt hotad. Ojämlighet i hälsa hänger samman med en vidare ojämlikhet i samhället. Fattiga och utslagna människor drabbas hårdare av dålig hälsa. Medlemsstaternas politik för att bekämpa fattigdom, minska ojämlikhet och främja integration i samhället och det nya europeiska samarbetet kring dessa frågor har en positiv inverkan på hälsosituationen för fattiga och förbättrar den sociala sammanhållningen i samhället.

Hälso- och sjukvården fyller därför sin plats i skärningspunkten mellan den europeiska sysselsättningsstrategin och EU:s insatser för att modernisera och förbättra den sociala tryggheten.

Villkoren för att behålla god hälsa och för att få adekvat och effektiv behandling för sjukdomar har förbättrats avsevärt inom EU under de senaste årtiondena tack vare offentliga och privata direktinvesteringar i bättre hälso- och sjukvård. Men medan hälso- och sjukvårdssystemen spelar en avgörande roll när det gäller att bekämpa och förebygga ohälsa, påverkar också annan politik som har betydelse för miljömässiga och socioekonomiska faktorer för god hälsa som arbete och arbetsvillkor, på ett avgörande sätt människors nuvarande och framtida hälsa.

13 En bedömning av detta samband i ett universellt perspektiv ges i en rapport från kommissionen om makroekonomi och hälsa - Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* WHO, Geneva.

14 En amerikansk genomgång av det senaste årtiondets vetenskapliga litteratur på området visar att arbetstagare med god hälsa tjänar 15–30 % mer än arbetstagare med dålig hälsa. Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.*

15 Förslag från Europeiska kommissionen om utarbetande av en gemensam rapport med Europeiska rådet angående tillräckliga och stabila pensioner, KOM (2002) 737 slutlig. Också förslag från Europeiska kommissionen om utarbetande av en gemensam rapport med Europeiska rådet angående hälso- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för säkerställande av en hög nivå av social trygghet, KOM (2002) 774 slutlig.

### Den europeiska dagordningen för hälsa

Den politiska utvecklingen under 1990-talet medförde att hälso- och sjukvårdsfrågorna sattes högt på den europeiska dagordningen.

I Maastrichtfördraget (1993) fick folkhälsa för första gången en rättslig grund (artikel 129) vilken uppmanade samarbete bland medlemsstaterna, förebyggande av sjukdomar, stödåtgärder. Det handlade dock inte om någon harmonisering av lagar och bestämmelser. I enlighet med dessa nya åtaganden offentliggjorde kommissionen sitt meddelande om ram för verksamheten på folkhälsoområdet<sup>16</sup> på grundval av införandet av åtta program på folkhälsoområdet. EU-nivån tillförde ett mervärde genom stöd till insatser i medlemsstaterna samt spridning av "information om bästa praxis", med inriktning på att fortlopande stärka bestämmelserna om hälsoskydd i gemenskapen.

I slutet av 1990-talet ändrades den allmänna ramen för hälsopolitik. Amsterdam-fördraget gav gemenskapen utökade befogenheter när det gällde allmänhetens hälsa. Artikel 129 ändrades genom flera tillägg och bytte namn till artikel 152. Enligt denna artikel skulle åtgärder inom ramen för allmän hälsa; bidra till att en hög hälsoliv uppnås och bibehålls; förbättra hälsan; förhindra sjukdomar; förhindra hälsofarliga källor och försäkra att gemenskapens politik är hälsoskyddande.

Mot bakgrund av allt detta tog Kommissionen i maj 2000 fram en ny hälsostrategi<sup>17</sup>, som för fram en integrerad hållning till hälsorelaterade frågor inom gemenskapen. Ett nyckelelement i detta var förslaget till ett nytt handlingsprogram för gemenskapen i hälsofrågor<sup>18</sup>. Handlingsprogrammet fokuserar på tre olika inslag:

- Förbättra informationen och kunskapen om utvecklingen av allmän hälsa
- Förstärka förmågan för samordnade, snabba åtgärder mot hot mot hälsan
- Riktade åtgärder för att främja hälsa och förhindra sjukdomar

Dessutom har Kommissionen skapat ett EU-gemensamt hälsoforum som sammanför de relevanta organisationerna. Vidare ger det sjätte ramprogrammet för forskning en förutsättning för relaterad forskning på den sociala politikens område, speciellt relaterat till implementeringen av gemenskapens sociala agenda<sup>19</sup>.

Ansvar för att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård åvilar medlemsstaterna. Detta ansvar hindrar dock inte att grundläggande friheter – som frihet att till-

handahålla tjänster, rörlighet för medicinska produkter eller fri rörlighet för arbetstagare – eller annan gemenskapspolitik tillämpas på detta område. Hälsa är dessutom ett ämne som spänner över flera områden i den europeiska socialpolitiska agendan och ett viktigt inslag i EU:s strategi för hållbar utveckling, och båda dessa aspekter är viktiga inslag i Lissabonstrategin. Hälsa- och sjukvård har också blivit en aktuell fråga när det gäller gränsöverskridande rörlighet och förbättring av de offentliga finansernas kvalitet.

Hälso- och sjukvårdens kvalitet och hållbarhet har konstaterats vara en av de viktigaste frågorna för närmare samarbete mellan medlemsstaterna. På Europeiska rådets möte i Göteborg i juni 2001 fick Kommittén för socialt skydd och Kommittén för ekonomisk politik i uppdrag att diskutera de utmaningar som en åldrande befolkning medför och att förbereda en första rapport till Europeiska rådets möte våren 2002<sup>20</sup> om riktlinjer i fråga om hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Rapporten avslutades med konstaterandet att de demografiska, tekniska och ekonomiska utvecklingstendenserna ställer hälso- och sjukvårds- och långtidsvårdssystemen i EU inför en rad utmaningar, där tyngdpunkten ligger på: tillgång till vård för alla oavsett inkomst eller förmögenhet; vård av hög kvalitet; finansiellt hållbara vårdssystem.

Dessa tre övergripande mål bekräftades av rådet i en första rapport om riktlinjerna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg till Europeiska rådet i Barcelona, i vilken det även underströks att alla hälso- och sjukvårdssystem i EU bygger på principerna om solidaritet, rättvisa och universalitet. Europeiska rådet i Barcelona uppmanade kommissionen och rådet att mer noggrant undersöka frågorna om tillgång, kvalitet och finansiell hållbarhet. På grundval av en enkät som skickats ut till medlemsstaterna föreslog kommissionen en gemensam rapport om nationella strategier för att garantera en hög nivå av social trygghet.<sup>21</sup> Eftersom hälso- och sjukvårdskostnaderna utgör en stor del av de offentliga utgifterna, har den finansiella hållbarheten för hälsosektorn stor betydelse.

Hälsa och säkerhet i arbetet är ett av de viktigaste inslagen i den europeiska socialpolitiken. Hälsa i arbetet handlar inte bara om frånvaron av olycksfall i arbetet eller arbetsjukdomar, utan också om fysiskt, moraliskt och socialt välbefinnande, vilket är viktigt för arbetets kvalitet och arbetskraftens produktivitet. En ny arbetsmiljöstrategi för gemenskapen för perioden 2002-2006 har tagits fram med hänsyn till förändringar i arbetsliv och samhälle.<sup>22</sup> I denna strategi anläggs ett övergripande perspektiv på välbefinnande i arbetet på grundval av preventiva åtgärder och skapandet av partnerskap mellan alla aktörer på områdena sysselsättning, hälsa och säkerhet.

16 November 1993

17 KOM (2000) 285 slutlig den 16/5 2000

18 EGT 271/1 den 9/10 2002. Beslut 1786/EG.

19 Se det speciella programmet för forskning och teknologisk utveckling: integrering och förstärkning av det europeiska forskningsområdet (2002-2006)

20 På grundval av KOM(2001) 723 slutlig: Hälsa- och sjukvårdens och äldreomsorgens framtid: att garantera tillgång, kvalitet och finansiell hållbarhet.

21 KOM(2002) 774 slutlig.

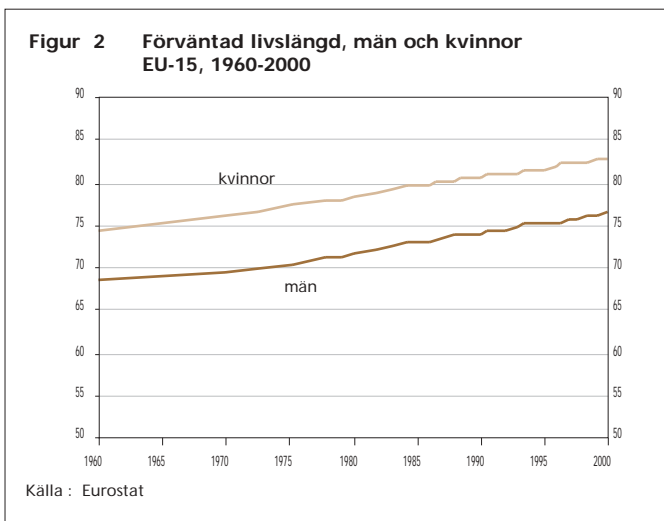
22 KOM(2002) 118 slutlig: Anpassning till förändringar i arbetsliv och samhälle: en ny arbetsmiljöstrategi för gemenskapen 2002-2006.

## 2.2 Befolkning och hälsa

### Medborgarnas hälsotillstånd har förbättrats i alla EU:s medlemsstater under de senaste årtiondena...

EU-medborgarnas hälsa håller i genomsnitt på att förbättras. År 2000 var den genomsnittliga förväntade livslängden vid födseln 78 år (75 år för män och 81 år för kvinnor) i EU:s nuvarande medlemsstater. Det är högre än i USA (74 år för män och 80 år för kvinnor), men lägre än i Japan (78 år för män och 84 år för kvinnor).

Förväntad livslängd vid födseln är inte bara en social indikator. Den är också en viktig ekonomisk indikator. Analyser av makroekonomi och hälsa visar att hälsotillstånd förklarar en viktig del av skillnaderna i ekonomisk tillväxt.<sup>23</sup>



Den förväntade livslängden ökade under 1900-talet. Under de första 60 åren ökade livslängden med 25 år och under de följande 40 åren med ytterligare 8 år<sup>24</sup>. Den förväntade livslängden för män ökade från 68 år 1970 till 75 år 2000<sup>25</sup>. Under samma period ökade kvinnors förväntade livslängd med 6 år, från 75 år 1970 till 81 år 2000.

Kortare förväntad livslängd för män beror på överdödlighet för män i alla åldrar, vilket är ett känt faktum i alla medlemsstater, och också i de flesta andra länder i världen. Dessa könsrelaterade skillnader är visserligen betingade av biologiska faktorer, men de kan framför allt tillskrivas sociala orsaker och vissa livsstils-mönster. När mäns och kvinnors livsstil i EU nu börjar bli mer likartad, börjar

också skillnaderna i mäns och kvinnors förväntade livslängd att utjämnas. Detta har man redan kunnat notera på EU-nivå (där den förväntade livslängden vid födseln ökade med 2,5 år för män mellan 1990 och 2000, jämfört med 2 år för kvinnor) och i alla medlemsstater utom Grekland, Spanien, Luxemburg och Portugal.

Ökningen av den förväntade livslängden i kombination med förändringar av födelsetalet har medfört att EU:s befolkning blir allt äldre. Denna demografiska förändring innebär att antalet äldre ökar, medan andelen personer i arbetsför ålder (15 till 64 år) minskar. Dessa demografiska utvecklingstendenser kommer att få ekonomiska och sociala konsekvenser på en rad områden, inklusive för hälso- och sjukvårdssystemen.

När det gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvård är en av de allra viktigaste demografiska utvecklingstendenserna att andelen mycket gamla ökar (över 80 år). Denna grupp kommer att öka med åtta miljoner mellan 2010 och 2030, en ökning med 44 %, vilket är mer än vad den äldre befolkningen som helhet ökar. Idag är majoriteten av dessa mycket gamla i behov av vård och omsorg, vilket ofta tillhandahålls formellt eller informellt – det senare inkluderar vård som ges av familjemedlemmar vilket är särskilt tydligt i de sydligare länderna. I framtiden kommer hushållen att bli mindre och familjerna kan få sämre möjligheter att klara de ökade vårdbehoven, vilket ökar behovet av både formell och annan informell vårdpersonal. Äldrandeprocessen har en markant könsdimension: den stora majoriteten av dessa mycket gamla kommer att vara kvinnor. När befolkningen blir äldre kommer kvinnors hälsoproblem att bli mera framträdande när det gäller de sjukdomar som ska behandlas och tacklas.

### ...vilket leder till nya dödlighets- och sjuklighets-mönster.

När människor lever längre förskjuts dödlighet och sjuklighet till allt äldre åldersgrupper. De vanligaste dödsorsakerna är sjukdomar i cirkulationsorganen (cirka 40 % av alla dödsfall), cancer (en fjärdedel av alla dödsfall), sjukdomar i andningsorganen, sjukdomar i matsmältningsorganen och yttre orsaker i form av skador och förgiftningar, vilket inbegriper (bil)olyckor<sup>26</sup>. Ett av fem dödsfall beror på sjukdomar som kan förebyggas. Men detta allmänna mönster varierar efter kön, och i synnerhet efter ålder. Dödlighet under det första levnadsåret har minskat under de senaste årtiondena i alla medlemsstater, och de nuvarande nivåerna är bland de lägsta i världen. Det finns dock fortfarande möjligheter till förbättringar, eftersom det fortfarande finns skillnader när det gäller nivåerna för spädbarnsdödlighet i olika socialgrupper

23 Rapport från kommissionen om makroekonomi och hälsa - Jeffrey D. Sachs (2001): Macroeconomics and health: investing in health for economic development, WHO, Geneve (s. 24) : " Framför allt "varje förbättring av förväntad livslängd vid födseln med 10 % ökar den ekonomiska tillväxten med minst 0,3 till 0,4 procentenheter per år, under förutsättning att andra tillväxtfaktorer förblir konstanta".

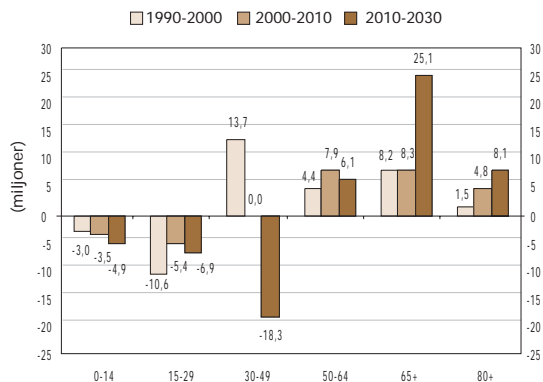
24 Indikatorns art förklarar delvis denna dämpning av ökningen. För ett givet år utgör den förväntade livslängden den genomsnittliga ålder som en nyfött barn förväntas uppnå, om dödlighetstalen för det givna året skulle bestå. Eftersom det totala antalet levnadsår som går förlorade för en person som dör under det första levnadsåret är mycket högre än det antal levnadsår som går förlorade för en person som dör t.ex. vid 65 års ålder, är den förväntade livslängden mer känslig för en minskning av spädbarnsdödligheten än för en ökning av livslängden i högre åldrar.

25 Ökningen av den förväntade livslängden avstannade dock under den andra hälften av 1980-talet och början av 1990-talet för män i några av de sydliga medlemsländerna till följd av ökad dödlighet i synnerhet bland unga män på grund av aids och trafikolyckor.

26 Källa: Eurostat. Se också GD Hälsa och konsumentskydds rapport Hälsosituationen för den europeiska befolkningen EG 2001

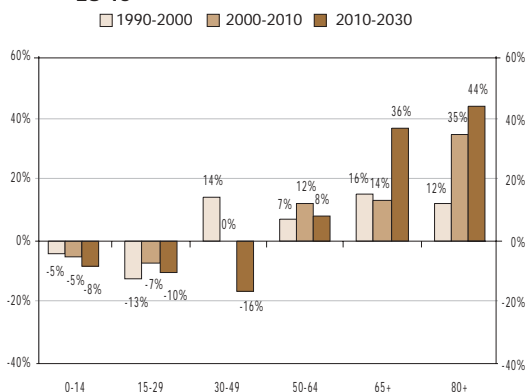


**Figur 3** Befolkningsförändring (i miljoner) per åldersgrupp. EU-15



Anm.: B: 1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S, UK, EU: 1998  
Källa: Eurostat

**Figur 4** Befolkningsförändring (i %) per åldersgrupp. EU-15



Källa: Eurostat

och regioner. Eftersom spädbarnsdödligheten idag är mycket låg, kan den förväntade livslängden höjas endast om sjukligheten och dödligheten i högre åldrar minskar.

De främsta orsakerna till sjuklighet är neurodegenerativa sjukdomar (som Alzheimers sjukdom och demenssjukdomar), skador, hjärt- och kärlsjukdomar, muskuloskeletala sjukdomar och cancer<sup>27</sup>. Eftersom de flesta av dessa sjukdomar är positivt åldersrelaterade, kommer befolkningens åldrande att få konsekvenser för sjuklighetsmönstret och behoven av hälso- och sjukvård. Ökningen av psykiska hälsoproblem är också markant. I EU är omkring en fjärdedel av alla nya handikappförmåner relaterade till psykisk ohälsa.

**Hälsosituationen förändras också i de anslutande staterna och kandidatländerna.**

Hälsosituationen håller också på att förbättras i de anslutande staterna, men den är i de flesta fall sämre än i de nuvarande EU-medlemsstaterna. Det är stora skillnader mellan länderna. Malta och Cypern ligger bäst till (jämförbart med eller till och med bättre än i några av de nuvarande medlemsstaterna) följt av Slovenien, medan de baltiska staterna samt Rumänien, Bulgarien och Turkiet har en sämre hälsosituation. Detta återspeglas i högre spädbarnsdödlighet och lägre förväntad livslängd, liksom i högre incidens av icke-infektösa sjukdomar (särskilt hjärtsjukdomar, sjukdomar i cirkulationsorganen och cancer), infektionssjukdomar (i några länder inklusive sexuellt överförbara sjukdomar och tuberkulos) och våldsam död.

**Den framtida utvecklingen i antalet funktionshindrade kommer att i högre grad vara relaterat till riskerna som kommer av hög ålder.**

Det är en naturlig del av den mänskliga tillvaron att antalet funktionsnedsättningar av alla slag tenderar att öka med åldern. Sjukdom, riskfylld livsstil, olyckor och socioekonomiska faktorer – allt detta bidrar till att skapa en "funktionsnedsättande" process, som ackumuleras över tiden. Det är därför inte förvånande att endast 5 % av alla funktionshindrade är ungdomar, medan människor i arbetsför ålder utgör 46 % och de återstående 49 %, som uppger att de är funktionshindrade, är över 60 år (data från europeiska hushållsundersökningen, ECHP). Med ökad förväntad livslängd ökar också förekomsten av syn- och hörselskador, liksom neurologiska sjukdomar som Alzheimers sjukdom och demenssjukdomar. Den avgörande faktorn för antalet äldre i behov av hjälp och vård kommer att vara hur man lyckas bemästra den framtida utvecklingen av åldersspecifika risker.

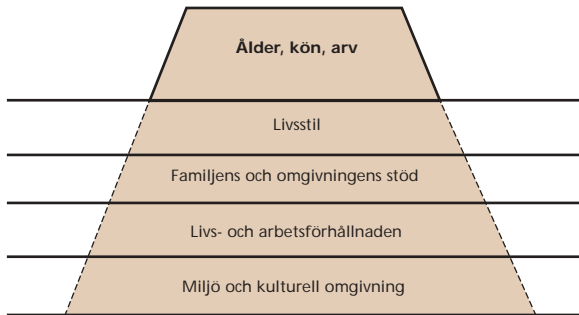
**2.3 Faktorer som påverkar folkhälsan**

**Hälsoutveckling bestäms i stor utsträckning av miljöförhållanden...**

Människor i Europa utsätts för hälsorisker i sin fysiska omgivning, vilket till stor del beror på rådande livsmönster och invand användning av resurser. Människors hälsa beror på tillgången till högkvalitativ mat, vatten, luft och skydd. Den påverkas också av buller, trafikstockningar och otillräckliga avloppsnät. Den snabba urbaniseringen har skapat särskilda problem i många städer, som luftföroreningar och oacceptabla boendeförhållanden. Andra

27 Källa: Eurostat. Se också GD Hälsa och konsumentskydds rapport Hälsosituationen för den europeiska befolkningen EG 2001

Figur 5 Huvudfaktorerna som bestämmer hälsan<sup>28</sup>



hälsoproblem hänger samman med föroreningar av vatten och mat, vilket förorsakar smittsamma sjukdomar. Dessa skadliga konsekvenser motverkas dock fortlöpande genom stadsförnyelse, förbättrad infrastruktur, övervakning av föroreningar och ökade insatser för livsmedelssäkerhet, vilket har minskat de skadliga konsekvenserna.

Under det senaste årtiondet har luftföreningarna i central- och östeuropa minskat till följd av att man vidtagit flera tekniska åtgärder och på grund av ekonomisk stagnation. Boendestandarden ligger dock fortfarande under den västeuropeiska och trafikproblemen håller på att förvärras.

#### ...och de socioekonomiska förhållandena...

Hälsa har ett klart samband med socioekonomisk ställning. Detta begrepp definieras normalt genom att man använder ett antal sinsemellan relaterade indikatorer, som yrkesstatus, kön och utbildningsnivå, inkomst och förmögenhet. För den enskilda individen bestämmer den socioekonomiska ställningen både tillgången till sociala och materiella resurser såväl som och en viss exponeringen för hälsorisker.

För den enskilda individen förefaller utbildning öka den sociala kapaciteten, vidga de personliga möjligheterna, ge självförtroende, öka kunskaper och färdigheter och främja en sundare livsstil genom att den ökar medvetenheten om risker. Enligt Eurobarometerundersökningen var det bara 50 % av dem som hade lägre utbildning än gymnasieutbildning som upplevde sin hälsa som "god" eller "mycket god", medan motsvarande siffra för dem som har högre utbildning var 75 %.

Sysselsättning respektive arbetslöshet spelar båda en stor roll när det gäller hälsosituationen. Hög sysselsättning, eller låg arbetslöshet, har tillsammans med höga genomsnittliga nationella tillgångar visat sig sänka död-

lighetstalen betydligt inom en bestämd tid.<sup>29</sup> Vidare tyder många undersökningar på individnivå på att det finns en positiv korrelation mellan arbetslöshet och sjukdom eller funktionshinder, både i fysiska och psykiska termer. Det är högst sannolikt att arbetslösa i större utsträckning uppger att de har dålig hälsa och att de konsulterar läkare. Dödlighetsrisken för personer utanför arbetsmarknaden är högre än för personer som har fast anställning. Själv mordstalen är högre bland arbetslösa ungdomar. Sociala nätverk eller "informella jobb" kan dock i viss mån lindra de negativa konsekvenserna av att förlora arbetet. Denna "bufferteffekt" är starkare i vissa medlemsstater.

Sysselsättning har sammantaget en positiv inverkan på livslängd och hälsa under förutsättning att arbetena är av hög kvalitet. Lågkvalificerade arbeten har visat sig skapa specifika arbetsrelaterade hälsoproblem (olycksfall, skador och arbetssjukdomar). De vanligaste arbetsrelaterade hälsoproblemen är muskuloskeletala besvär, följt av stress, lungsjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar. Förekomsten av dessa sjukdomar har samband med typ av industri och yrke, typ av anställningskontrakt (tidsbegränsat) eller arbetstider (skiftarbete), ålder och kön, och incidensen av sjukdomar varierar. Trots att kvinnor utgör 46 % av arbetskraften, är andelen kvinnor som lider av arbetsrelaterade sjukdomar endast 18 % i genomsnitt, även om detta också avspeglar skillnader i arbetstid.

Kostnaderna för lågkvalificerat arbete är ansevärliga. Kostnaderna för preventiv eller behandlande hälso- och sjukvård bör sättas i relation till antalet förlorade arbetsdagar på grund av arbetsrelaterade olycksfall och dålig hälsa och det produktions- och inkomstbortfall som detta medfört. Sammanlagt 500 miljoner arbetsdagar gick förlorade 1998-99 på grund av olycksfall och arbetsrelaterade hälsoproblem.

I de anslutande staterna anser en större andel av arbetstagarna att de riskerar sin hälsa och säkerhet i arbetet: 40 % mot 27 % i EU.<sup>30</sup> Arbetsrelaterade problem rapporteras i större utsträckning i dessa länder, särskilt allmän trötthet och muskuloskeletala besvär. Arbetsmiljösystemen i de anslutande staterna kommer att få anpassas till EU:s lagstiftning. I många av dessa länder är trepartssamarbetet tämligen utvecklat, vilket innebär att den stora utmaningen fortfarande är att säkerställa att arbetstagare och arbetsgivare kan medverka till att förbättra systemet.

#### ...samt graden av och kvaliteten på sociala nätverk.

Socialt stöd är viktigt för hälsa och särskilt viktigt för god hälsa både i början och i slutet av livsrytmen. Sociala nätverk av familjemedlemmar, släkt och vänner bidrar till skydda och stärka den enskilda individens hälsa. De kontrollerar avvikande beteende och de flesta faktorer som

28 Denna modell är utvecklad baserat på arbete som gjorts av Dahlgren och Whitehead (se Dahlgren och Whitehead: Policy och strategier för att främja social likställdhet i hälsa, Institutet för framtidsstudier, Stockholm, 1991)

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", Europeiska kommissionen, GD Sysselsättning och socialpolitik.

30 Enkät om arbetsvillkoren i kandidatländerna, 2001 - Europeiska fonden för förbättring av arbets- och levnadsvillkor.

hänger samman med livsstilen. De kan underlätta tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster, tillhandahålla informell hjälp och omsorg i större omfattning och bidra till att lindra konsekvenserna av negativa händelser.

Familjen förblir grundvalen för omsorg och stöd för både barn och vuxna i alla medlemsstater, och familjens roll när det gäller att tillhandahålla omsorg anses viktig och positiv. För närvarande ägnar 6 % av européerna en stor del av sin tid åt informell långtidsvård av äldre eller vuxna i arbetsför ålder, som är sjuka eller funktionshindrade. Familjerns förmåga att i framtiden ge långtidsvård och omsorg kommer att påverkas av utvecklingen av kvinnors förvärvsfrekvens och alltmer instabila familjestrukturer. Alla medlemsstater noterar en utveckling mot minskade hushåll och ökat antal ensamboende. Scenarier för EU-15 anger att 2020 kommer 46 % av personerna över 85 år att vara ensamboende, och 80 % av dem kommer att vara kvinnor. Det innebär att ett ökat antal äldre troligen kommer att behöva formell vård, även om andelen åldersrelaterade funktionshinder fortsätter att minska.

Strategier som är inriktade på att främja en sund livsstil kräver aktiva insatser av en lång rad aktörer. För att öka den allmänna medvetenheten och kunskapen om hälsorisker krävs det ett samspel mellan insatser av stat, organisationer och enskilda individer. Potentialen som finns i gemensamma insatser av icke-statliga organisationer, lokala grupper m.fl, ökar i betydelse och bör uppmärksammas is motsvarande grad.

### **Utvecklingen när det gäller social utslagning skapar nya utmaningar när det gäller att minska skillnader i hälsa.**

I fattiga länder förefaller det finnas ett klart samband mellan inkomstnivå och dödlighet. Högre inkomst är ofta förbundet med bättre hälsa. Detta samband är mindre påtagligt i rikare länder, där dödlighetsmönstren förefaller ha samband med inkomstskillnader. Detta beror främst på att låg inkomst och fattigdom har samband med dåliga levnads- och arbetsförhållanden och dålig livsstil. Det är mycket mer sannolikt att fattiga människor anger att deras hälsa är dålig eller mycket dålig i de flesta medlemsstater, att de redovisar en högre grad av social isolering, att de får mindre potentiellt stöd och har mindre tillgång till informell vård och omsorg.

Låg inkomst och fattigdom kan betyda sämre tillgång till förebyggande (t.ex. konsultation) och behandling (t.ex. medicinering och sjukhusvård) hälso- och sjukvård av tillräckligt god kvalitet – t.ex. behandling, kommunikation och uppföljning. Det är mer sannolikt att personer med högre inkomst har tillgång till specialister, medan personer med lägre inkomst tenderar att vända sig till allmänläkare<sup>31</sup>. De extra hälsovinster som blir resultatet av att

inkomstskillnaderna minskar är särskilt viktiga när det också finns fattigdom i samhället. I politiska termer betyder detta att bekämpandet av fattigdom och undanröjande av hinder för tillgång till hälso- och sjukvårdssystemen är viktiga hälsofrågor.

### **Nya utmaningar har också samband med olika livsstilers inverkan på hälsan...**

Livsstilen har stor inverkan på hälsosituationen. En rad allvarliga och tilltagande hälsoproblem av epidemisk omfattning har samband med dålig livsstil när det gäller kost och motion samt missbruk av alkohol, tobak och illegala droger. Detta kan förändras genom kampanjer för att öka medvetandet och genom förebyggande åtgärder.

Användning av tobak är den största riskfaktorn och den svarar för cirka 12 % av hela sjukdoms- och skadebördan enligt den senaste WHO-rapporten<sup>32</sup>. Tobaksrökning har samband med en lång rad ibland dödliga sjukdomar, som i annat fall hade kunnat undvikas (hjärtrelaterade sjukdomar, cancer och lungsjukdomar). Det är sammanlagt en tredjedel av befolkningen i EU-15 som uppger att de röker regelbundet. Det är fler män än kvinnor i EU-15 som röker (40 % av männen och 28 % av kvinnorna), och det håller på att öka, särskilt bland unga kvinnor. Uppgifter från Danmark visar att lungcancer i kombination med att många kvinnor röker är en av orsakerna till den relativt låga förväntade livslängden för danska kvinnor<sup>33</sup>.

Alkohol och blodtryck utgör 9-10 % av DALYs<sup>34</sup> och kolesterol och vikt 6-7 % av DALYs för båda könen. Felaktig kost – dvs. allmänt dåliga kostvanor – får betydande socioekonomiska konsekvenser, när det gäller att förebygga ohälsa eller när det medför ekonomiska och sociala kostnader. Enligt Eurostats statistik är cirka 17 % av EU:s vuxna befolkning överviktig och cirka 6,5 % är feta. Övervikt och fetma ökar risken för olika kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancersjukdomar och diabetes typ 2. Fetma håller på att öka särskilt bland barn.

### **...i synnerhet för ungdomar...**

Ungdomars hälsa har inte förbättrats i samma takt som samhället generellt, och ungdomar i allmänhet och unga män i synnerhet har relativt sett höga dödstal som sammanhänger med beteende och livsstil. Missbruk av droger, inklusive alkohol, ligger ofta bakom det orimligt höga antalet dödsfall bland ungdomar till följd av yttre orsaker, framför allt bilolyckor för unga män mellan 15 och 30 år, men också andra typer av våldsam död som självmord, som är den nästvanligaste dödsorsaken för unga män. Vidare är bruket av olagliga ämnen koncentrerat till unga vuxna, främst till män som bor i städer. Ungdomar använder olagliga ämnen i stort sett dubbelt

31 Frågan om tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet för alla utsatta grupper diskuterades i den gemensamma rapporten om social integration som antogs på Europeiska rådets möte i Laeken december 2001.

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

33 Se GD Hälsa och konsumentskydds rapport Hälsosituationen för den europeiska befolkningen EG 2001

34 DALY (funktionsjusterade levnadsår) är ett mått på sjukdomsbörda vilken tar i beaktande förlorade levnadsår p.g.a. förtida dödlighet och levda år med visst funktionshinder av viss grad och varaktighet. En (1) DALY är således ett (förlorat) år av ett liv med perfekt hälsa.

så ofta som vuxna i genomsnitt. Dessutom spelar sexuella frågor – till exempel oönskade graviditeter och risken att smittas av sexuellt överförbara sjukdomar – en stor roll för unga människors hälsa.

#### ...och i de anslutande staterna.

Problemen med tobakskonsumtion är stora, och antalet rökare ökar bland ungdomar och kvinnor. Alkoholkonsumtion är en annan livsstilsfaktor som ligger bakom många dödsfall. Det är troligt att alkohol är en bidragande orsak till att plötslig död i hjärtsjukdomar<sup>35</sup> och cirros är vanligare i de central- och östeuropeiska anslutande länderna än i EU. Generellt sett är dödlighetstalen på grund av skador, framför allt trafikolyckor, drunkning och bränder och på grund av dråp och självmord högre i dessa länder, vilket delvis kan hänföras till alkoholvanorna.

## 2.4 Hälsa- och sjukvårdssystemens betydelse

### Hälsa- och sjukvårdssystemen är viktiga för hälsoresultat och ekonomin i alla medlemsstater...

Hälsa- och sjukvårdssystemen är viktiga när det gäller att bekämpa ohälsa, och de har stor betydelse för hälsoreultatet. Dessutom spelar hälso- och sjukvårds- och långtidsvårdssektorn en mycket stor roll för ekonomi och sysselsättning. I genomsnitt utgör sysselsättningen i hälso- och sjukvårds- och socialtjänstsektorn nästan 10 % av all sysselsättning. Hälsa- och sjukvårdssektorn är också en mycket dynamisk och snabbt växande ekonomisk sektor med stora möjligheter att även i fortsättningen bidra till ekonomisk tillväxt och skapande av arbetstillfällen. Av den nettosysselsättning som skapades inom EU 1995-2001 var 18 % arbetstillfällen inom hälso- och sjukvårds- och socialtjänstsektorn<sup>36</sup>.

### ...som trots stora skillnader i organisationen av hälso- och sjukvård står inför likartade utmaningar.

Det är stora skillnader mellan medlemsstaterna när det gäller att organisera, reglera, finansiera, tillhandahålla och utnyttja hälso- och sjukvårdstjänster. Men trots det finns det stora likheter mellan de problem som hälso- och sjukvårdssystemen måste ta itu med. Befolkningens åldrande är en gemensam utmaning som är särskilt viktig. Att garantera tillgång för alla till hållbar hälso- och sjukvård och långtidsvård av god kvalitet även när befolkningens åldrande når sin kulmen, betraktas i regel som de gemensamma mål som medlemsstaterna ska försöka uppnå i sin hälso- och sjukvårdspolitik.

### Medlemsstaterna lägger ner stora summor på hälso- och sjukvård...

År 1999 varierade de totala hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP mellan 10,3 % i Tyskland och 6,1 % i Luxemburg med ett viktat genomsnitt på 8,4 %. De sammanlagda hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten är för närvarande störst i Tyskland, följt av Frankrike och Belgien. I USA uppgick de sammanlagda hälso- och sjukvårdsutgifterna till 13 % av BNP 2000, med en offentlig andel på 44 %<sup>37</sup>. I Kanada ligger siffrorna närmare EU-genomsnittet med hälso- och sjukvårdsutgifter på 9,1 % av BNP, och en offentlig andel på 71 %.

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa finansieras med medel från en rad olika källor. Största delen finansieras med offentliga medel (i genomsnitt 75 %) via skattesystem och socialförsäkringsavgifter. Privata medel (från kontantbetalningar och privata sjukförsäkringar) finansierar mindre än 30 % av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, utom i Grekland, Italien och Portugal. Kontantbetalningarnas andel av EU:s totala hälso- och sjukvårdsutgifter ökade något under 1990-talet, och 1998 låg EU-genomsnittet på 16 %. I Italien och Portugal är andelen kontantbetalningar i de totala sjukvårdsutgifterna mer än 30 %. I motsats till vad man kunde förvänta sig förefaller övergång till större privat finansiering inte ha fungerat återhållande på tillväxten av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård.

#### ..och på långtidsvård.

Det är svårt att fastställa både kostnader och nationella utvecklingstendenser för långtidsvård eftersom dessa tjänster ofta är uppdelade på olika offentliga strukturer och budgetar – normalt på hälso- och sjukvårdsbudgeten och socialtjänstbudgeten. De bästa uppskattningar som går att få fram om kostnader för långtidsvård pekar mot ett viktat genomsnitt för EU på 1,3 % av BNP 2000, och en spännvidd från 0,7 % i Frankrike, Irland och Österrike till 3 % i Danmark och 2,8 % i Sverige<sup>38</sup>.

Organisationen av långtidsvård för äldre är mycket olika i medlemsstaterna. Danmark har ett stort antal långvårdsplatser, medan medlemsstaterna vid Medelhavet ligger betydligt under EU-genomsnittet. Detta hänger samman med de olika roller som familjenätverken spelar när det gäller att tillhandahålla informell vård och omsorg. På detta område sker det nu snabba förändringar då tjänsterna omorganiseras eller nyskapas i de nord- och mellaneuropeiska medlemsstaterna och byggs ut i de sydeuropeiska, delvis till följd av förändrade familjemönster. Icke-vinstdrivande organisationer spelar en allt större roll inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

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 "Sysselsättningen i Europa", 2002

37 OECD Health Data - 2002

38 Budgetary Challenges posed by ageing populations - Kommittén för ekonomisk politik (2001)

Inom hälso- och sjukvårdssystemen har förhållandet mellan primärvård, sekundärvård och tertiärvård<sup>39</sup> successivt förändrats. Sekundärvård (huvudsakligen sjukhusvård) har minskat i betydelse främst på grund av utvecklingen av behandlingsmetoder och förbättrad primärvård och dagvård. Det har skapat behov av ökad decentralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna och av ny samordning mellan de olika aktörerna på nationell, regional och lokal nivå. Det förändrade förhållandet mellan staten, marknaden och den icke-vinstdrivande sektorn inom hälso- och sjukvården, där den privata sektorns andel ökar, skapar nya utmaningar när det gäller att reglera och administrera hälso- och sjukvårdstjänsterna och uppnå jämlikhetsmålen.

### De flesta medlemsstater garanterar tillgång för alla ...

I alla medlemsstater råder allmän eller nästan allmän rätt till hälso- och sjukvård. Detta är ett viktigt mål som uppnåtts inom EU under de senaste årtiondena. I och med att Frankrike i januari 2000 införde allmän rätt till hälso- och sjukvård sällar man sig nu till Danmark, Finland, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Sverige och Förenade kungariket som redan har en allmän lagstadgad hälso- och sjukvård, vilket avsevärt minskar risken för social utslagning. Man kan jämföra med USA där uppskattningsvis 40 miljoner amerikaner eller 14 % av befolkningen saknar sjukförsäkring<sup>40</sup>.

Men trots att den lagstadgade sjukförsäkringen omfattar alla eller nästan alla finns det fortfarande problem när det gäller tillgången till sjukvård, vilket beror på att det fortfarande finns luckor i täckningen i medlemsstaterna. Dessa problem kommer till uttryck på två sätt: som en konsekvens av att särskilda behandlingar inte täcks av den lagstadgade sjukförsäkringen, eller som en konsekvens av att man i större utsträckning infört patientavgifter.

### ...och utarbetar kvalitetsstandarder.

De flesta medlemsstater har gjort framsteg när det gäller att utarbeta kvalitetsstandarder för hälso- och sjukvård<sup>41</sup>. Detta har dock visat sig vara svårt på några områden, t.ex. för patienter i öppenvård och i förhållande till införandet av resultatrelaterade standarder. Trycket på att förbättra kvaliteten på patientvården har fortsatt att öka, liksom trycket på att kostnaderna ska hållas nere. Ökad medvetenhet om att utgifter för ineffektiv medicinsk teknik skapar alternativkostnader för andra patienter har bidragit till att öka efterfrågan på uppgifter om budgetkonsekvenser och kostnadseffektivitet av olika åtgärder som en del av utvärderingen av medicinsk teknik. Kvalitetsbedömning av hälso- och sjukvårdstjänster finns i någon form i alla medlemsstater<sup>42</sup>.

### De anslutande staterna och kandidatländerna uppvisar olika mönster.

De flesta av de anslutande staterna och ansökarländerna använder en lägre andel del av BNP till finansiering av hälso- och sjukvård än EU-genomsnittet. Det varierar från 2,6 % i Rumänien till över 8 % i Malta. Det finns en relativt hög benägenhet att vårda människor på sjukhus i de anslutande staterna, vilket huvudsakligen beror på att primärvården inte är så utvecklad<sup>43</sup>. I flera av dessa länder är antalet anställda inom vården per invånare färre än i EU, och sjukhusinfrastrukturen och övriga sjukvårdsresurser är relativt dåligt utbyggda. I teorin har rätten till sjukvårdsförmåner förblivit allmän med omfattande täckning i de flesta länder. I praktiken har tjänsterna dock reducerats och informella betalningar är inte ovanligt<sup>44</sup>. Det pågår en utveckling mot privatisering av hälso- och sjukvården i flera av de anslutande staterna. Samtidigt avsätts mer privata resurser till hälso- och sjukvård, både genom kontantbetalningar och genom privata sjukförsäkringar.

### 2.5 Kommande utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemen

#### Hälso- och sjukvårdssystemen står inför nya utmaningar när det gäller finansiell hållbarhet, kvalitet och tillgänglighet till följd av sociala förändringar och ökade förväntningar...

Efterfrågan på hälso- och sjukvård och långtidsvård har ökat under de senaste årtiondena, huvudsakligen som ett resultat av utvecklingen av medicinsk teknik och behandlingsmetoder och större förväntningar på våra välfärdsamhällen. Politiska beslutsfattare kommer också att ta sig an den nya strukturella trenden, som innebär att hälso- och sjukvårdskonsumenter ställer högre krav. Förändringar av livsstil, arbetsformer, arbete, inkomst, utbildningsnivå och familjestrukturer ändrar människors inställning till hälso- och sjukvård. Informationssamhället ger också omedelbar tillgång till kunskap om de nyaste behandlingarna för alla som har Internet: hälsoinriktade webbplatser tillhör de mest besökta på Internet. Förändrade attityder betyder också ökade insikter om patienters rättigheter och ansvarsfrågor, mindre tolerans mot diskriminering och minskad respekt för vårdpersonalen. Det finns många belägg för önskan om större valmöjligheter och mer individualiserade tjänster och ett större utbud av medicinska behandlingar – inklusive sådant som av tradition inte har hört till hälso- och sjukvårdssystemen. Som en följd därav är det viktigt att korrekt uppskatta och bemöta det underliggande vårdbehovet hos befolkningen eftersom det kan bidra till att ineffektiv eller t.o.m. skadlig hälsovård inte bedrivs.

39 Sekundärvård omfattar vård för patienter i slutenvård, tertiärvård omfattar långvarig vård och omsorg.

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

41 För en diskussion om kvalitetsstandarder, se Europeiska Kommissionen Hälso- och sjukvård för äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för säkerställande av en hög nivå av social trygghet.

42 En detaljerad diskussion om hur hälsoteknologi kan värderas finns i kapitel 2.3 i GD Hälsa och konsumentskydds publikation Den sociala situationen i EU 2003

43 Se Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institutet för avancerade studier, Wien) Health and Health care Systems in the applicant countries, augusti 2002, sid. 8. – november 2002.

44 Social Protection System in the 13 candidate countries – En rapport från Europeiska kommissionen, GD Sysselsättning och socialpolitik – november 2002.



### ... utveckling av teknik och behandling...

Utvecklingen av medicinsk teknik och behandlingsmetoder har bidragit till ökade kostnader under de senaste årtiondena. Ny teknik kan sänka kostnaderna för behandlingen av vissa sjukdomar, men den kan också öka kostnaderna om den används för att behandla sjukdomar för vilka det tidigare inte funnits någon behandling eller mindre effektiv behandling, eller om dessa behandlingsmetoder används för sjukdomar för vilka det finns billigare behandlingsalternativ. Det är svårt att förutspå vilka konsekvenser den nya tekniken får för de framtida hälso- och sjukvårdsutgifterna, men en mera systematisk bedömning av medicinsk teknik och behandlingsmetoder skulle bidra till att säkra att ökade kostnader endast beror på verkliga framsteg, och att man inte förbiser möjligheter till sparande. En sådan bedömning – såväl som spridning och implementering av resultaten – är viktig för de tre målen tillgång, kvalitet och hållbarhet. Men hur man lyckas övervaka utvecklingen är i dagsläget mycket beroende av kvaliteten på hälsorelaterad data. Det finns fortfarande betydande svagheter på EU-nivå, både när det gäller åtkomsten till uppgifter och standardisering av definitioner och metoder för datainsamling.

Informations- och kommunikationsteknik (IKT) har börjat användas i hälso- och sjukvårdssystemen liksom i de flesta andra delar av ekonomin. Den kan förbättra organisationen av hälso- och sjukvården avsevärt. Några hälso- och sjukvårdsmyndigheter uppger att de för närvarande använder 20 % av sin budget till IKT-utrustning. Allmän användning av IKT kan skapa nya hinder för missgynnade grupper när det gäller att få tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet, om detta kräver att patienten har vissa kunskaper i datoranvändning.

### ... att befolkningen blir allt äldre...

Europas befolkning blir allt äldre till följd av att födelse-talen sjunker och den förväntade livslängden ökar. De första stora årskullarna går i pension under de närmaste 10-15 åren, vilket till en början kommer att medföra ökade pensionsutgifter. Tio år senare när dessa årskullar börjar komma in i "den fjärde åldern", kommer deras blotta antal troligen att öka behovet av hälso- och sjukvård och – i synnerhet – av långtidsvård. Dock kommer behovet av vård att, till en viss del, bero på effektiviteten hos tidigare och framtida främjande av hälsostategier.

Det är svårt att förutsäga vilka konsekvenser den demografiska utvecklingen får för de framtida hälso- och sjukvårdskostnaderna<sup>45</sup>. Det beror både på efterfrågan på och tillgången till hälso- och sjukvård och det är nära förbundet med levnadsvillkor, livsstil, familjestöd och den socioekonomiska situationen. För hälso- och sjukvården är den viktigaste demografiska förändringen det ökande antalet mycket gamla (över 80 år) i kombination med att hushållens storlek minskar och familjernas vilja och beredskap att

tillgodose omsorgsbehoven blir allt mindre. Å ena sidan kommer hälso- och sjukvårdssystemen att få anpassa sig till förändrade sjukdomsmönster och vårdbehov, som innebär att geriatrisk medicin och behandling av kroniska sjukdomar blir mer omfattande och viktigare. Å andra sidan kommer de formella hälso- och sjukvårdssystemen att få förbereda sig för en situation där de måste tillgodose ett avsevärt större vårdbehov, när familjens betydelse för vård och omsorg minskar. Även om andelen mycket gamla som behöver långtidsvård kan komma att minska till följd av bättre hälsa och färre funktionshinder, kommer det absoluta antalet dock troligen att öka.

### ...och att vårdpersonalen blir äldre.

Problemen med att rekrytera och behålla vårdpersonal, som redan börjar bli kännbart i en del medlemsstater, kommer troligen att förvärras av att personalen inom denna sektor också blir äldre och minskar i antal, vilket medför att konkurrensen om arbetskraften kommer att hårdna. Båda dessa utvecklingstendenser kan leda till ökade kostnader. Hälso- och sjukvårdssektorn kommer således att få anpassa sig till att också personalen blir äldre, inte bara patienterna. Detta gäller i synnerhet för sjuksköterskorna. I sju medlemsstater är 40 % av sjuksköterskorna redan över 45 år, och i ytterligare fem medlemsstater har nästan en av två sjuksköterskor uppnått denna ålder. Ytterligare två faktorer bidrar kraftigt till bristen på sjuksköterskor: kortsiktig rekryteringspolitik och krävande arbetsförhållanden i kombination med relativt låga löner bidrar till att personalomsättningen är stor. Troligen kommer rekryteringen av invandrare för att bemästra sektorns personalbrist att bli allt viktigare.

Utvidgningen kan innebära nya utmaningar på personalsidan. När fri rörlighet gäller fullt ut för de anslutande staterna, kan det betyda nya utmaningar när det gäller att erbjuda behandling och tjänster i dessa länder, då människor kan söka medicinsk behandling i andra medlemsstater och medicinsk personal kan lockas av högre löner i de nuvarande EU-länderna.

### Hälso- och sjukvårdssektorn kommer att behöva genomgå en fortlöpande förändring och utveckla bättre synergier med andra politikområden.

Den tekniska utvecklingen, ökade inkomster och förväntningar och befolkningens åldrande kommer att skapa en strukturell utveckling mot stigande hälso- och sjukvårdskostnader. En av huvuduppgifterna för den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken kommer därför att vara att göra hälso- och sjukvårdstjänsterna så effektiva och kostnadseffektiva att bred tillgång till hälso- och sjukvård och långtidsvård av hög kvalitet kan garanteras fullt ut, även i ljuset av dessa utvecklingstendenser. Detta kräver beslutsamma insatser för bättre styrelseformer och konsekvensanalyser av hälsorelaterade insatser, behandlingar och teknikanvändning.

45 Enligt prognoser som grundar sig på Eurostats demografiska grundscenario kommer de samlade genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaderna inom EU, allt annat lika, att stiga med knappt 0,6 % per år i fasta kostnader till följd av ändringar i befolkningens åldersstruktur under de närmaste 25 åren. Dessutom har Kommittén för ekonomisk politik uppskattat att ökningen av offentliga utgifter för hälso- och sjukvård och långtidsvård kommer att uppgå till 2-3 procentenheter av BNP till följd av befolkningens åldrande. Dessa prognoser ska dock behandlas med varsamhet, eftersom de hänför sig till mycket långa perioder och bygger på en rad antaganden om framtida utveckling av ekonomi och beteende.

Befolkningens åldrande kommer att öka trycket på tillhandahållandet av hälso- och sjukvårds- och långtidsvårdstjänster. Politiska beslutsfattare och administratörer får ta sig an ett brett spektrum av utmaningar – det gäller att anpassa sig till plötsliga förändringar i sjukdomsmönstren, tillgodose personalbehov och samtidigt garantera hållbarhet, kvalitet och tillgång på lång sikt.

Som tidigare nämnts kan det påvisas starka samband mellan hälsa och socioekonomiska faktorer (dvs. utbildningsnivå, familjemönster, ojämlikhet mellan könen, inkomst och sysselsättning) i alla medlemsstater, och hälsa, och skillnaderna i hälsotillstånd är fortfarande påtagliga. Även om dessa skillnader inte helt saknar samband med hälso- och sjukvårdssystemens karaktär, hänger de dock primärt samman med de mera omfattande

sociala skillnader som avspeglar sig i socioekonomiska faktorer som påverkar hälsan. Utifrån detta kan det hävdas att politiska åtgärder som främjar sysselsättning, förbättrar kvaliteten på arbeten eller minskar skillnaderna kan leda till betydande förbättringar av befolkningens hälsosituation. Ett av de konstateranden som gjorts i denna rapport är de facto att utöver hälso- och sjukvårdspolitiken kan social- och arbetsmarknadspolitiken i kombination med den ekonomiska politiken väsentligt bidra till att skapa och upprätthålla god hälsa. En annan stor utmaning kommer således att bestå i att finna nya sätt att bättre utnyttja samspelet hälso- och sjukvårdspolitik och annan politik, som påverkar de socioekonomiska och miljömässiga bestämningsfaktorerna för hälsan för att garantera goda och sunda levnadsvillkor för alla européer i alla faser av deras livscykel<sup>46</sup>.

---

46 Meddelande från kommissionen om konsekvensanalys (KOM (2002) 276 slutlig) är relevant i detta sammanhang.

### 3 Den europeiska sociala modellens hållbarhet

År 1993 när Europeiska rådet i Köpenhamn undrade varför EU:s tillväxtpotential, konkurrenskraft och sysselsättning släpade efter i utvecklingen i förhållande till andra stora ekonomiska områden, var det flera som hävdade att det sämre resultatet berodde på grundläggande svagheter i den existerande europeiska samhällsmodellen. Andra menade att grunddragen i den europeiska sociala modellen var fullt förenliga med strävan att på ett genomgripande sätt förbättra EU:s totala resultat. Ett årtionde senare förefaller det som om indikatorer som sammansätts för rapporten om "den sociala situationen i Europeiska unionen" bekräftar det ändamålsenliga i att EU och medlemsstaterna beslöt att gå vidare med en strategi som är inriktad på att bevara solidaritet och social sammanhållning<sup>47</sup>.

Indikatorer för sysselsättning, utbildning, hälsa och allmänt välbefinnande, som finns i denna rapport, bekräftar i regel att väsentliga framsteg har gjorts och att EU i likhet med andra stora ekonomier är i stånd att garantera goda levnadsvillkor för den stora majoriteten av sina medborgare.

Under det senaste årtiondet har främjande av sysselsättning och modernisering av den sociala tryggheten i allt högre grad blivit centrala prioriteringar i EU:s övergripande strategi. Sysselsättning och socialpolitik har genomgått en snabb utveckling i medlemsstaterna och det har skett en process av upphämtning och konvergens. Därför har vi inte fått se den europeiska strategi som bygger på en kombination av marknadsdynamik och offentliga åtgärder vittra bort, utan istället har vi sett att den europeiska modellen stärkts och vidareutvecklats.

Det är nu allmänt erkänt att kvalitetsinriktad socialpolitik för att stödja sysselsättningen kan förbättra det ekonomiska resultatet. Hälsa- och sjukvårdssektorn är ett bra

exempel på denna synergi mellan den sociala och den ekonomiska dimensionen. Å ena sidan bidrar denna sektor till livskvaliteten och bättre hälsa ger utslag i form av bättre ekonomiskt resultat (högre produktivitet, mindre frånvaro, mindre behov av hälso- och sjukvård osv.). Å andra sidan är dess utveckling en drivkraft för sysselsättningsstillväxt. Mer än två miljoner nya arbetstillfällen, eller 18 % av det totala antalet arbetstillfällen som skapades 1995-2001, tillkom inom hälso- och sjukvårdssektorn, som nu svarar för nästan 10 % av den totala sysselsättningen.

Som det underströks i årets syntesrapport<sup>48</sup> är de medlemsstater som har de bästa resultaten på alla viktiga indikatorer de stater där principerna för aktiva välfärdsstater tillämpas med störst konsekvens och vilja. Dessa medlemsstaters resultat visar att det finns en potential för ytterligare framsteg, som bör utnyttjas bättre under de kommande åren. Den europeiska sysselsättningsstrategin och de nya processerna för modernisering av den sociala tryggheten och främjandet av social integrering är utformade så att de gör det möjligt för alla medlemsstater att stödja sig på den samlade kunskapen om hur Europa kan fortsätta att utvecklas mot ekonomisk och social hållbarhet.

Det finns givetvis fortfarande stora problem och EU:s utmaningar kommer troligen att bli ännu större under det kommande årtiondet än de var under det föregående. Det finns t.ex. fortfarande anledning till oro när det gäller utvecklingstendenserna för den yngre generationen, vilket framhållits i flera delar av rapporten om den sociala situationen: bestående arbetslöshet, specifika dödlighetstal och arbetsrelaterade olycksfallstal samt brist på yrkesinriktad utbildning. Den fortsatta förekomsten av fattigdomsfällor är ett annat bekymmer. Men vägen framåt, som medlemsstaterna med de bästa resultaten visar, ligger fortfarande i förbättringen och moderniseringen av den europeiska sociala modellen.

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

48 Att välja tillväxt: Kunskap, innovation och arbetstillfällen i ett sammanhållet samhälle - Rapport till Europeiska rådets värmöte den 21 mars 2003 om Lissabonstrategin för ekonomisk, social och miljömässig förnyelse KOM(2003) 5 slutlig.



# Bilagor

## Den åldrande befolkningen

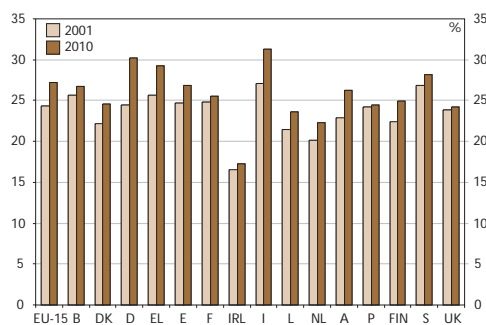
År 2001 fanns det 62 miljoner äldre som fyllt 65 år i EU, jämfört med endast 34 miljoner 1960. Idag utgör de äldre 16 % av den totala befolkningen eller 24 % av vad som anses vara den arbetsföra befolkningen (15-64 år). År 2010 antas denna andel ha ökat till 27 %. Under de närmaste 15 åren kommer antalet mycket gamla människor (80 år och mer) att öka med nästan 50 %.

### Nyckelindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Försörjningsbördan för äldre</b> (Befolkningen 65 år och äldre i procent av den arbetsföra befolkningen (15-64 år) den 1 januari)																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

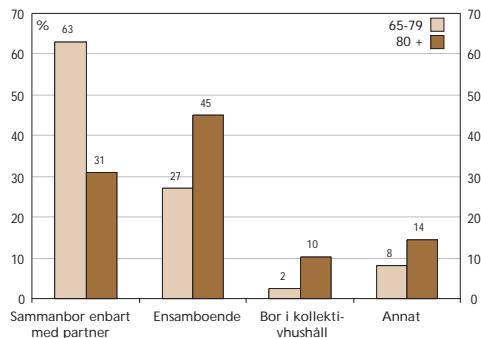
Källa: Eurostats befolkningsstatistik

Figur 6 Försörjningsbördan för äldre 2001 och 2010



Källa: Eurostats befolkningsstatistik. EU-15, uppgifterna för Grekland och Förenade kungariket är från 2000

Figur 7 Äldre indelade efter hushållssituation och ålder, EU-15 2010



Källa: Eurostat - grundprognoser för hushåll, baserade på siffror för 1995

## Migration och asyl

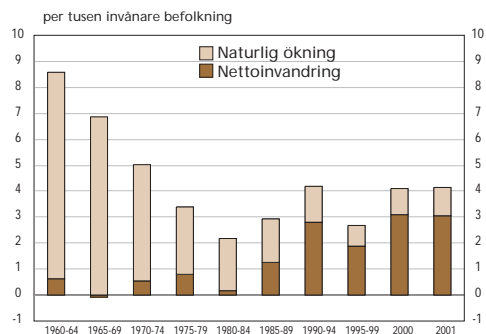
Sedan 1989 har nettoinvandringen varit den viktigaste komponenten i de årliga befolkningsförändringarna inom EU. År 2001 var den årliga nettoinvandringen 3,1 per 1 000 invånare, vilket utgjorde omkring 74 % av den totala befolkningsstillväxten. År 2000 var omkring 5 % av invånarna i EU inte bosatta i sitt eget land (3,4 % var tredjelands-medborgare och 1,5 % EU-medborgare) och drygt 363 000 personer ansökte om asyl i de femton medlemsstaterna.

### Nyckelindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Nettoinvandring</b> (per 1 000 invånare)																
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
<b>Genomsnittlig nettoinvandring per år</b>																
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

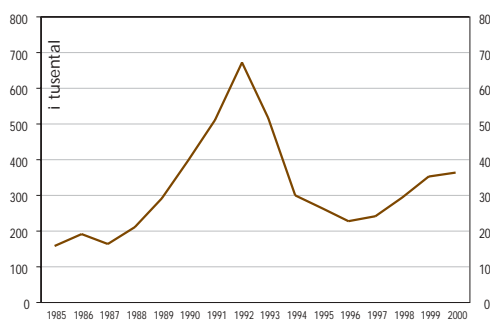
Källa: Eurostats befolkningsstatistik

Figur 8 Genomsnittlig befolkningsförändring efter orsak, EU-15, 1960-2001



Källa: Eurostats befolkningsstatistik

Figur 9 Asylansökningar, EU-15, 1985-2000



Källa: Eurostats migrationsstatistik

## Utbildning och utbildningsresultat

Befolkningens utbildningsnivå har förbättrats avsevärt de senaste trettio åren, särskilt bland kvinnor. Idag har 75 % av de unga mellan 25-29 år i EU en utbildning på gymnasienivå. Samtidigt lämnar dock 19 % av dem som är mellan 18-24 utbildningssystemet med i bästa fall endast en utbildning på grundskolenivå.

### Nyckelindikator

**Elever som avbrutit sin skolgång** (Andel av befolkningen mellan 18-24 år som inte har gymnasieutbildning (ISCED 0-2) och inte genomgår vidareutbildning eller yrkesutbildning),

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

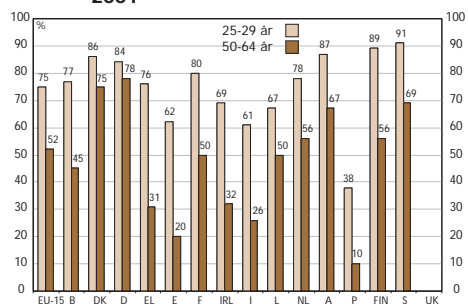
### Befolkningen mellan 18-24 år indelad efter kategori (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Studering och förvärvsarbete	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Studering, ej förvärvsarbete	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Ej studering, förvärvsarbete	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Ej studering eller förvärvsarbete	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

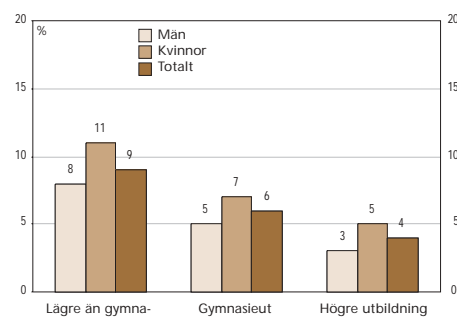
Anm. Uppgifterna för Irland är från 1997. Uppgifterna för Förenade kungariket saknas angående elever som avbrutit sin skolgång. Man har ännu inte enats om en definition av "utbildning på gymnasienivå".

**Figur 10** Andel av befolkningen som har utbildning på minst gymnasienivå, efter åldersgrupp, 2001



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen Anm. Uppgifterna för Irland är från 1997. Uppgifter för Förenade kungariket saknas. Man har ännu inte enats om en definition av "utbildning på gymnasienivå"

**Figur 11** Arbetslöshet bland personer mellan 25-64 år, efter kön och utbildningsnivå, EU-15, 2001



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen Anm. När det gäller Förenade kungariket ingår GCSE 'O' levels i kategorin gymnasienivå (ISCED 3).

## Livslångt lärande

I hela EU deltog 8 % av befolkningen mellan 25-64 år i utbildning (de senaste fyra veckorna) under 2001. Sådan utbildningsverksamhet tycks förekomma i större omfattning i de nordiska länderna, Nederländerna och Förenade kungariket. Det är mindre troligt att äldre får utbildning än yngre. Det är mer troligt att högutbildade personer deltar i sådan utbildning än lågutbildade.

### Nyckelindikator

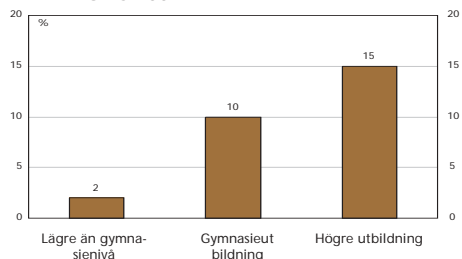
**Livslångt lärande** (deltagande i vuxenutbildning) (Procentandel av befolkningen i åldern 25-64 år som deltog i utbildning under de fyra veckorna före undersökningen) 2001

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

Anm. Frankrike - utbildning måste förekomma vid intervju tillfället för att räknas - Uppgifter från 1997.

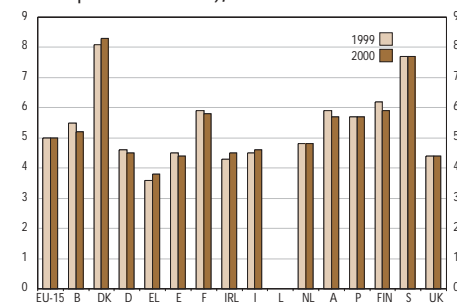
Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

**Figur 12** Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) (Procentandel av befolkningen i åldern 25-64 år som deltog i utbildning under de fyra veckorna före undersökningen) efter utbildningsnivå, EU-15 2001



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen. Anm. Frankrike - utbildning måste förekomma vid intervju tillfället för att räknas. Irland - Uppgifter från 1997. Förenade kungariket - GCSE 'O' levels ingår i kategorin gymnasienivå (ISCED 3).

**Figur 13** Resurser (offentliga utgifter för utbildning) (de totala offentliga utgifterna för utbildning i procent av BNP), 1999 och 2000



Källa: Eurostat - Utbildningsstatistik

## Sysselsättning

År 2001 var uppskattningsvis 168 miljoner människor sysselsatta i EU, vilket är en ökning med mer än tolv miljoner sedan 1996. Detta innebär en årlig sysselsättningstillväxt på omkring 1,5 %. År 2001 ökade sysselsättningen med 1,2 %. Sysselsättningen för befolkningen mellan 15-64 år låg 2001 på 64 %.

### Nyckelindikator

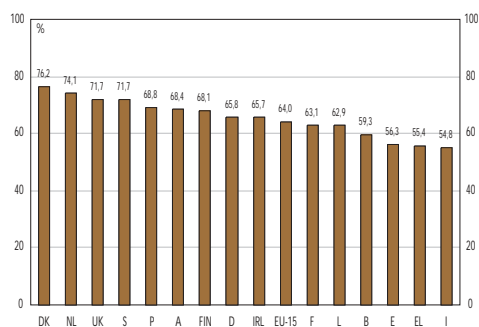
Sysselsättningsgrad (15-64 år), 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

### Sysselsättningens utveckling

Totalt antal sysselsatta 2001 (i miljoner)	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
Totalt antal sysselsatta 2000 (i miljoner)	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
Totalt antal sysselsatta 1996 (i miljoner)	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 (genomsnittlig årlig sysselsättningstillväxt i %)	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 (årlig sysselsättningstillväxt i %)	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

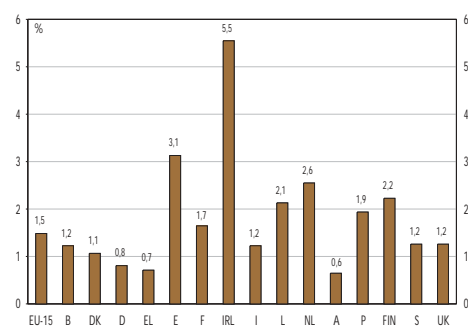
Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

Figur 14 Sysselsättningsgrad (15-64 år), 2001



Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

Figur 15 Genomsnittlig årlig sysselsättningstillväxt, 1996-2001



Källa: Eurostat - Europeiska nationalräkenskapssystemet (ENS 95)

## Äldre arbetstagares sysselsättning

Trots att andelen sysselsatta män i åldern 55-64 år under de senaste fyra åren har ökat med 1,5 procentenheter för att 2001 nå 48,7 % är sysselsättningen i denna grupp fortfarande längre än den var 1991 (51,2 %). Motsvarande siffror för kvinnor steg däremot stadigt för att 2001 uppnå 29 %. Totalt var 38,6 % av befolkningen mellan 55-64 år sysselsatta under 2001. År 2001 trädde männen ut ur arbetskraften vid i genomsnitt 60,5 års ålder medan kvinnornas utträde skedde 1,5 år tidigare. Den totala faktiska genomsnittliga utträdesåldern var 60 år.

### Nyckelindikator

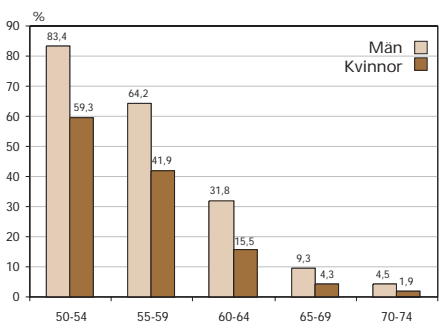
Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare (sysselsatta personer i åldern 55-64 år i procent av den totala befolkningen i samma ålderskategori), 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totalt	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Man	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	57,4	51,1	61,6	46,7	69,1	61,7
Kvinnor	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

### Faktisk genomsnittlig utträdesålder (genomsnittlig ålder för utträde, viktat med sannolikheten för utträde från arbetsmarknaden), 2001

Totalt	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
Man	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
Kvinnor	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
Sysselsatta personer i åldern 55-64 år, 2001 (i tusental)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240

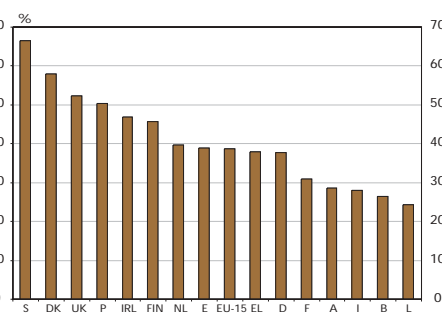
Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen och Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

Figur 16 Sysselsättningsgrad efter åldersgrupp och kön, EU-15, 2001



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

Figur 17 Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare, 2001



Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

## Arbetslöshet

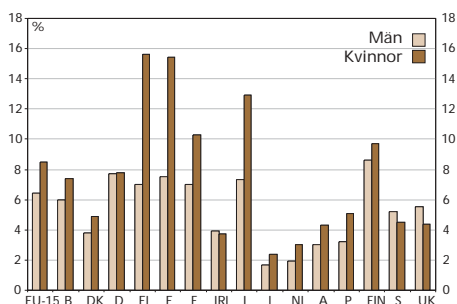
Under 2001 minskade det totala antalet arbetslösa i EU till 12,8 miljoner. Detta motsvarar 7,4 % av arbetskraften. Det är den lägsta arbetslösheten sedan 1992. Mellan 2000 och 2001 noterade Spanien, Frankrike, Finland och Sverige de största minskningarna i sina arbetslöshetsstal. Spanien har dock fortfarande det högsta talet (10,6 %), bara något högre än Greklands (10,5 %). Arbetslösheten minskade i alla medlemsstater, utom i Portugal där den var fortsatt låg (4,1 %).

### Nyckelindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Arbetslöshet</b> (det totala antalet arbetslösa personer som andel av arbetskraften. Harmoniserad statistik.)																
Totalt år 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
Män, 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
Kvinnor, 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
Totalt år 2000	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
Totalt år 1994	10,5	9,8	7,7	8,2	8,9	19,8	11,8	14,3	11,0	3,2	6,8	3,8	6,9	16,6	9,4	9,4
<b>Antalet arbetslösa, 2001</b> (i tusental)																
	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

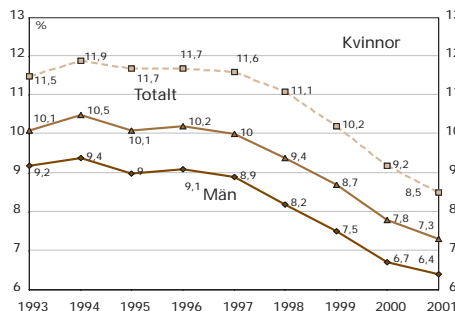
Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

Figur 18 Arbetslöshet efter kön, 2001



Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

Figur 19 Arbetslöshetens utveckling efter kön, EU-15, 1993-2001



Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

## Ungdomsarbetslöshet

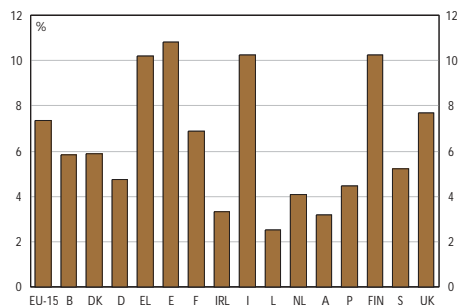
Inom hela EU var 7,3 % av de unga (mellan 15-24 år) utan förvärvsarbete under 2001. Arbetslösheten (i procent av arbetskraften) bland unga var 14,7 %. Skillnaderna mellan dessa två procenttal varierar avsevärt mellan länderna, vilket kanske delvis kan förklaras med det faktum att ett stort antal personer i denna åldersgrupp fortfarande deltar i utbildning. Ungdomsarbetslösheten (som andel av befolkningen) följde mellan 2000 och 2001 inte den allmänna tendensen med minskande arbetslöshet. I fem medlemsstater ökade den, i fem var den oförändrad och i fem minskade den.

### Nyckelindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Ungdomsarbetslöshet/andel av befolkningen</b>																
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
<b>Ungdomsarbetslöshet</b>																
Totalt år 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
Män, 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
Kvinnor, 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
Totalt år 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
Totalt år 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

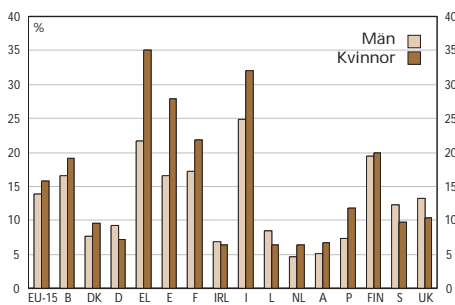
Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

Figur 20 Ungdomsarbetslöshet/andel av befolkningen (15-24 år), 2001



Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

Figur 21 Ungdomsarbetslöshet (15-24 år) efter kön, 2001



Källa: Eurostat - Arbetslöshetsstatistik (ILO:s definition)

## Långtidsarbetslöshet

Under 2001 var 3,3 % av arbetskraften i EU-15 långtidsarbetslösa. Annorlunda uttryckt hade 44 % av de arbetslösa varit utan arbete i minst ett år. Långtidsarbetslösheten har sjunkit de senaste åren, men ligger fortfarande på 5 % eller mer i Grekland, Spanien och Italien. I gruppen ungdomar mellan 15-24 år hade 6,9 % (i procent av arbetskraften) varit arbetslösa i minst sex månader.

### Nyckelindikator

Långtidsarbetslöshet	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(det totala antalet långtidsarbetslösa (över 12 månader) i procent av arbetskraften – harmoniserad statistik).																
2001 – totalt	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3	
2001 – män	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 – kvinnor	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

Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

### Personer som varit arbetslösa i minst 12 månader i procent av det totala antalet arbetslösa

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

Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen och Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

### Långtidsarbetslösa ungdomar (minst 6 månader)

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

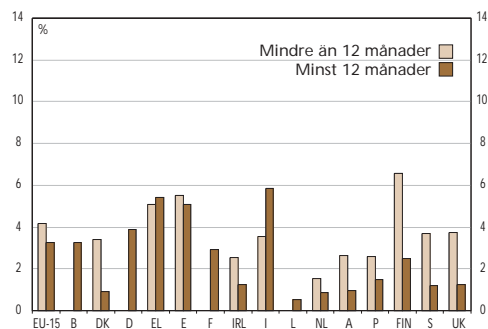
Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

### Ungdomar som varit arbetslösa i minst 6 månader i procent av det totala antalet arbetslösa ungdomar

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

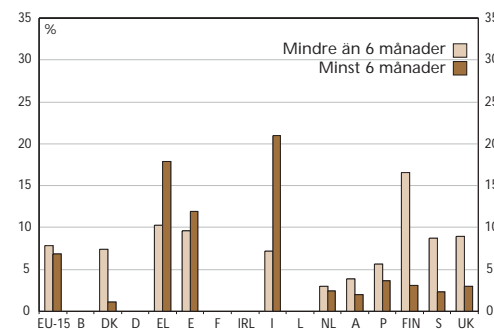
Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

Figur 22 Arbetslöshet efter varaktighet, 2001



Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik

Figur 23 Ungdomsarbetslöshet efter varaktighet, 2001



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

## Socialskyddssystemens utgifter och inkomster

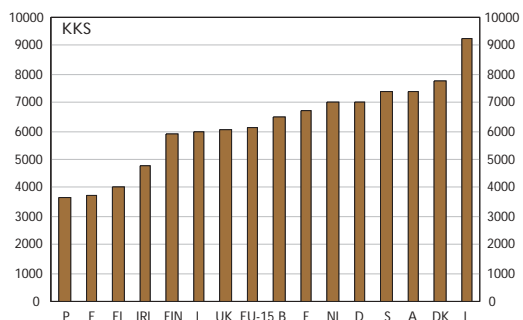
Realutgifterna för det sociala skyddet minskade år 2000 i Europeiska unionen. De utgör för närvarande 27,3 % av BNP, vilket betyder att de har minskat med nästan en hel procentenhet sedan 1996. Skillnaderna mellan medlemsstaterna är stora. Förhållandet mellan utgifter i KKS (köpkraftsstandard) per invånare är nämligen 2,5 mellan det land som har de största och det land som har de minsta utgifterna. Olika länder har olika system för finansiering av det sociala skyddet beroende på om de är positiva till sociala avgifter eller bidrag från offentliga sektorn.

### Nyckelindikator

Utgifter för det sociala skyddet i procent av BNP	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

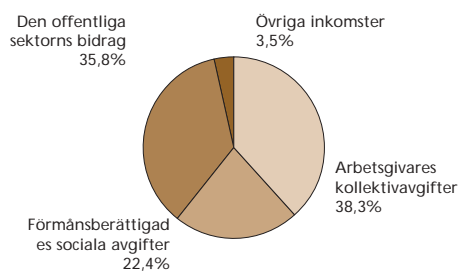
Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

Figur 24 Utgifter för socialt skydd per invånare, 2000



Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

Figur 25 Inkomster för det sociala skyddet efter inkomstkälla, i procent av de totala inkomsterna, EU-15, 2000



Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

## Sociala förmåner

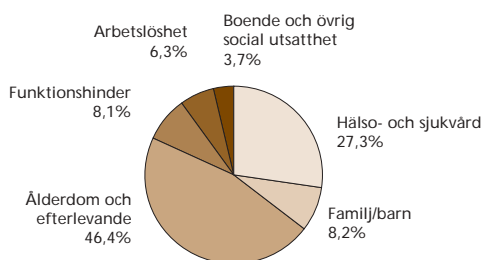
Under 2000 gick den största delen av utgifterna för det sociala skyddet i de flesta medlemsstater till funktionerna ålderdom och efterlevande. Detta gällde särskilt Italien (63,4 % av de totala förmånerna mot 46,4 % i genomsnitt i EU). Ålderdoms- och efterlevandeförmånerna ökade i reala termer per invånare med 12 % mellan 1995 och 2000, medan den totala ökningen var 9 %. Ökningen beror främst på den demografiska utvecklingen. Också ländernas pensionspolitik påverkar förmånernas utveckling.

### Nyckelindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Förmåner vid ålderdom och förmåner för efterlevande i procent av de totala sociala förmånerna</b>																
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

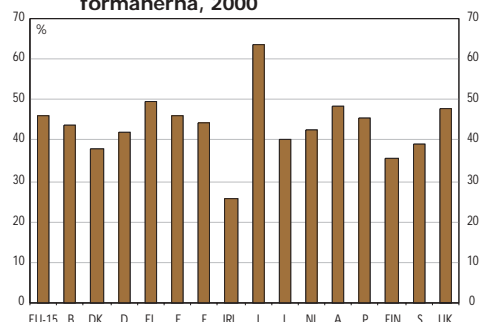
Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

**Figur 26 Sociala förmåner efter funktion i procent av de totala förmånerna, EU-15, 2000**



Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

**Figur 27 Förmåner vid ålderdom och förmåner för efterlevande i procent av de totala sociala förmånerna, 2000**



Källa: Eurostat - det europeiska systemet för integrerad statistik över socialt skydd (Esspros)

## Arbetsmarknadspolitiska utgifter

Under 2000 utgjorde de arbetsmarknadspolitiska utgifterna 2,04 % av BNP, varav 0,68 procentenheter anslogs till aktiva arbetsmarknadsåtgärder. Det råder avsevärda skillnader mellan medlemsstaterna, men utan en tydlig skiljelinje mellan nord och syd. I två länder utgjorde utgifterna mer än 3 % av BNP (Belgien och Danmark), i sex länder mellan 2 % och 3% (Tyskland, Spanien, Frankrike, Nederländerna, Finland och Sverige) och i sex länder under 2% (Grekland, Irland, Italien, Österrike, Portugal och Förenade kungariket).

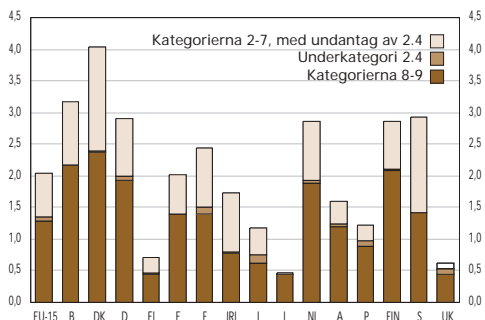
### Nyckelindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Offentliga utgifter för aktiva arbetsmarknadsåtgärder i procent av BNP, 2000</b>																
Kategorierna 2-7, med undantag av 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
Underkategori 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
Kategorierna 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
Totalt	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

Kategorierna 2-7: Utbildning - arbetsrotation och arbetsdelning - sysselsättningsfrämjande åtgärder - integration av funktionshindrade - direkt skapande av nya arbetstillfällen - incitament att starta nya företag. Underkategori 2.4: Särskilt stöd till lärlingsutbildning. Kategorierna 8-9: Ersättning för inkomstbortfall för arbetslösa - förtidspensionering

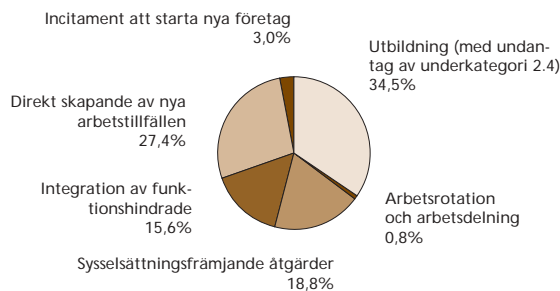
Källa: Eurostats arbetsmarknadspolitiska databas

**Figur 28 Offentliga utgifter för arbetsmarknadsåtgärder totalt i procent av BNP, 2000**



Källa: Eurostats arbetsmarknadspolitiska databas

**Figur 29 Arbetsmarknadspolitiska utgifter efter åtgärdstyp (kategorierna 2-7), EU-15, 2000**



Källa: Eurostats arbetsmarknadspolitiska databas

## Inkomstfördelning

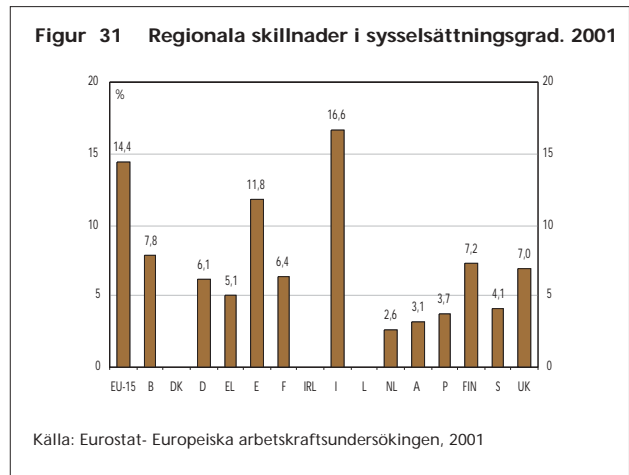
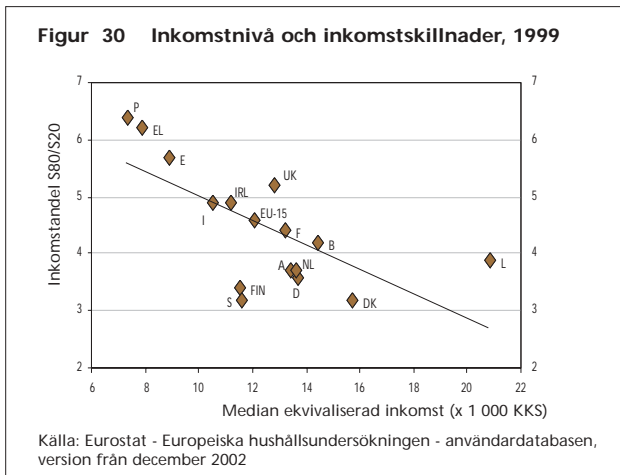
Beräknat som ett vägt (med befolkningens storlek) medeltal i EU:s medlemsstater, fick den femtedel av befolkningen med de högsta inkomsterna 4,6 gånger så mycket av de totala inkomsterna som den femtedel av befolkningen med de lägsta inkomsterna 1999. Klyftan mellan de bäst och de sämst ställda är minst i Danmark och Sverige (3,2), följda av Finland, Tyskland, Nederländerna och Österrike. Den är störst i de sydliga medlemsstaterna, Förenade kungariket och Irland.

### Nyckelindikator

**Ojämn inkomstfördelning** - Kvoten mellan totala inkomsten för den femtedel av befolkningen med de högsta inkomsterna (högsta kvintilen) och totala inkomsten för den femtedel av befolkningen med de lägsta inkomsterna (lägsta kvintilen). Inkomsten är ekvivaliserad disponibel inkomst.

	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

Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2002



## Hushåll med låg inkomst

Omkring 15 % av EU-medborgarna hade 1999 en ekvivaliserad inkomst som var lägre än 60 % av respektive lands nationella medianinkomst. Det motsvarar omkring 56 miljoner människor. Med 60 % av den nationella medianinkomsten som gräns blir andelen invånare i risk för fattigdom relativt sett högre (över 21 %) i Grekland och Portugal - och relativt sett lägre i Belgien, Danmark, Tyskland, Luxemburg, Nederländerna, Österrike och Finland (11-13 %). Den var särskilt låg i Sverige (9 %). Sociala förmåner minskar andelen personer i risk för fattigdom i alla medlemsstater men i mycket olika omfattning: minskningen går från omkring 5% i Grekland till nästan 70% i Sverige.

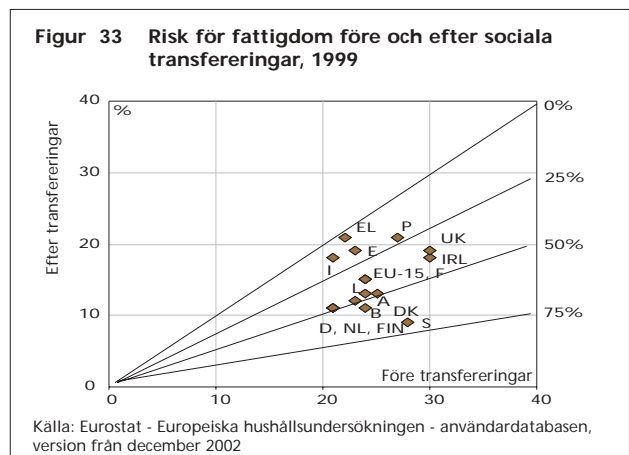
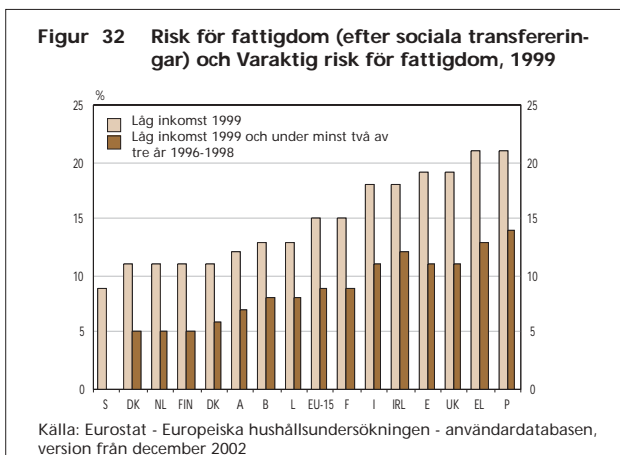
### Nyckelindikator

**Risk för fattigdom före sociala transfereringar** (Andel av befolkningen med en ekvivaliserad disponibel inkomst före sociala transfereringar understigande risk-för-fattigdomsgränsen. Denna har definierats som 60% av den nationella medianen för den ekvivaliserade disponibla inkomsten (efter sociala transfereringar). Ålders- och efterlevandepensioner räknas som inkomst före transfereringar och inte som sociala transfereringar, 1999

**Risk för fattigdom - efter sociala transfereringar** (Andelen av befolkningen med en ekvivaliserad disponibel inkomst understigande risk-för-fattigdomsgränsen. Denna har definierats som 60% av den nationella medianen för den ekvivaliserade disponibla inkomsten), 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Risk för fattigdom före sociala transfereringar, 1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
Risk för fattigdom - efter sociala transfereringar, 1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
60 % av den årliga medianink. (€)	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 % av den årliga medianink. (KKS)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2002.





## Hushåll där ingen har arbete och hushåll med låga löner

Arbetslöshet och låg lön är viktiga orsaker till fattigdom och social utslagning. Risken för fattigdom var 1999 nära 51 % i hushåll där ingen i arbetsför ålder förvärvsarbetade -nästan 3 gånger högre än i hushåll där minst en person förvärvsarbetade.

### Nyckelindikator

**Befolkning i arbetslösa hushåll – personer i åldern 0 – 65 år** (antalet invånare i hushåll där ingen förvärvsarbetar i procent av totala befolkningen (utom personer i hushåll där alla personer är yngre än 18 år, eller 18 – 24 år och i utbildning, eller minst 65 år och inte förvärvsarbetande))  
2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3

**Befolkning i arbetslösa hushåll – personer i åldern 0 – 60 år** (antalet invånare i hushåll där ingen förvärvsarbetar i procent av totala befolkningen (utom personer i hushåll där alla personer är yngre än 18 år, eller 18 – 24 år och i utbildning, eller minst 60 år och inte förvärvsarbetande))  
2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0

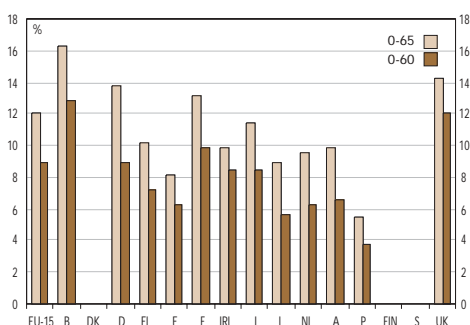
Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen 2002.

**Risk för fattigdom (%) bland personer i hushåll där ... av de som är i arbetsför ålder har ett arbete, 1999**

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... ingen av ...	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
... några -men inte alla...	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
... alla ...	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

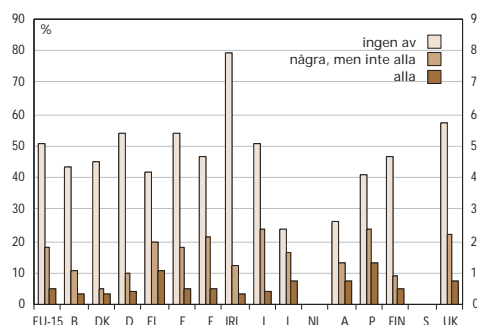
Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2002

Figur 34 Befolkning i arbetslösa hushåll, 2002



Källa: Eurostat - Europeiska arbetskraftsundersökningen

Figur 35 Risk för fattigdom (%) bland personer i hushåll där ... av de som är i arbetsför ålder har ett arbete, 1999



Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2002

## Kvinnor och män i beslutsfattandet

På EU-nivå har kvinnors deltagande i Europaparlamentet ökat stadigt med varje val sedan 1984 och har nu nått 30 %. I de nationella parlamenten är kvinnorna fortfarande underrepresenterade i samtliga medlemsstater - andelen kvinnliga parlamentsledamöter går från 9 % i Grekland till 44 % i Sverige.

### Nyckelindikator

**Andelen kvinnliga ledamöter i nationella parlament** (procentuell andel mandat som innehas av kvinnor i nationella parlament (eller andra kammaren)),  
våren 2001

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

Andelen kvinnliga ledamöter i Europaparlamentet, valen i juni 1999

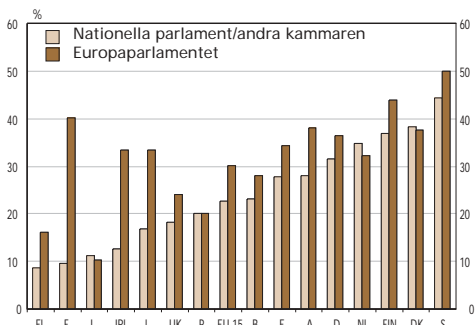
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Andelen kvinnor i nationella regeringar, våren 2001

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

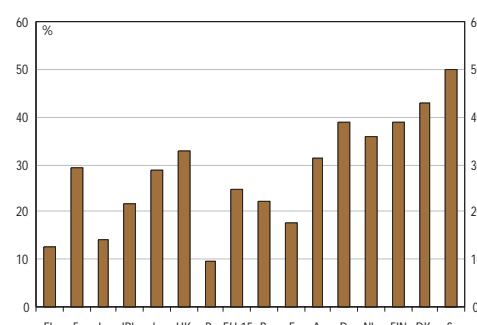
Källa: Europeisk databas - Kvinnor i beslutsfattandet

Figur 36 Andelen kvinnliga parlamentsledamöter, 2001



Källa: Europeisk databas - Kvinnor i beslutsfattandet

Figur 37 Andelen kvinnliga parlamentsledamöter, 2001



Källa: Europeisk databas - Kvinnor i beslutsfattandet

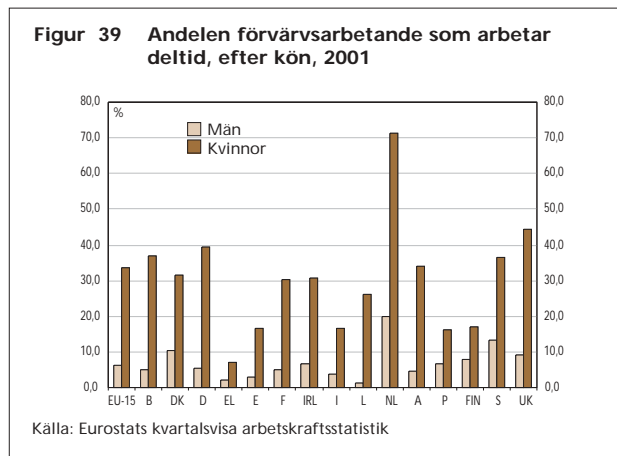
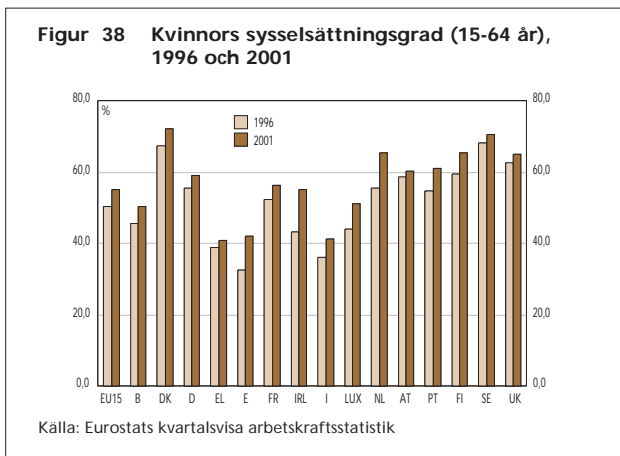
## Kvinnors och mäns sysselsättning

Mellan 1996 och 2001 ökade sysselsättningen för män i EU med nästan 3 procentenheter. Under samma period ökade sysselsättningen bland kvinnor emellertid med nästan 5 procentenheter. På så sätt minskades klyftan mellan könen. Andelen sysselsatta är dock fortfarande betydligt högre bland män (73,0 %) än bland kvinnor (54,9 %). Sysselsättningen bland kvinnor är högst i de tre nordiska länderna, Förenade kungariket och Nederländerna.

### Nyckelindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Sysselsättningsgrad (15-64 år), 2001</b>																
Kvinnor	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
Män	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

Källa: Eurostats kvartalsvisa arbetskraftsstatistik



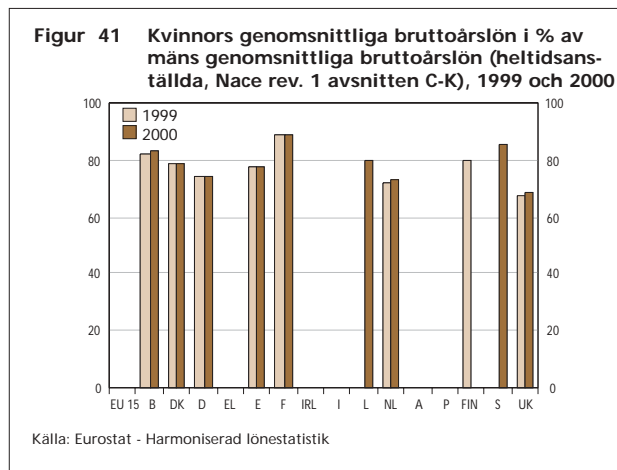
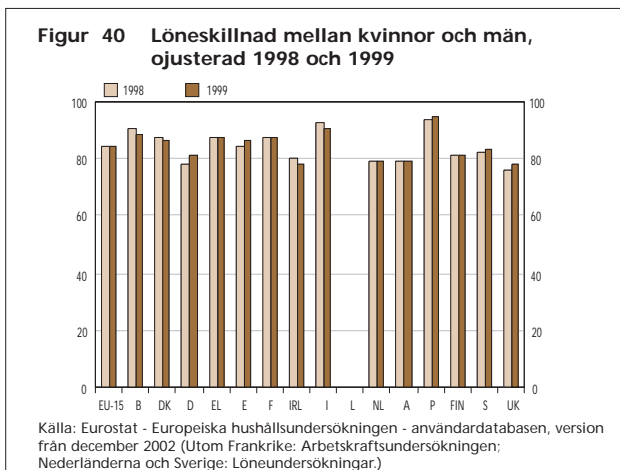
## Kvinnors och mäns inkomster

I hela EU beräknas kvinnors bruttolön per timme 1999 ligga i genomsnitt 16 % under mäns. Skillnaderna är minst i Portugal, Italien, Belgien och Frankrike och störst i Förenade kungariket och Irland. I hela EU är skillnaden densamma som under 1998, 1997 och 1996. För att minska löneskillnaderna mellan könen måste man åtgärda både direkt lönediskriminering och indirekt diskriminering i fråga om deltagande på arbetsmarknaden, yrkesval och befordran.

### Nyckelindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Löneskillnad mellan kvinnor och män, ojusterad</b> (kvinnors genomsnittliga bruttolön per timme i procent av mäns genomsnittliga bruttolön per timme. Populationen består av alla avlonade anställda i åldern 16-64 år som arbetar minst 15 timmar per vecka.)																
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

Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2002 (Utom Frankrike: Arbetskraftsundersökningen; Nederländerna och Sverige: Löneundersökningar.)



## Förväntad livslängd och förväntad hälsa

Den förväntade livslängden fortsätter att öka och är nu över 81 år för kvinnor och 75 år för män. I alla medlemsstater lever kvinnor längre än män. I EU som helhet kan kvinnor förvänta sig att leva till 66 år och män till 63 år utan någon funktionsnedsättning.

### Nyckelindikator

#### Förväntad livslängd vid födseln, 2000

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

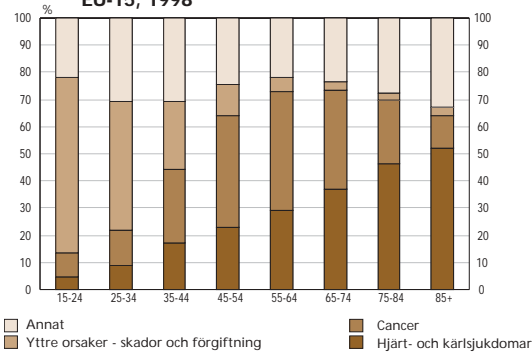
Anm. Uppgifterna för Tyskland och Grekland är från 1999.  
Källa: Eurostats befolkningsstatistik

#### Levnadsår med god hälsa (Förväntad livslängd vid födseln utan funktionsnedsättningar), 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Män	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Kvinnor	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

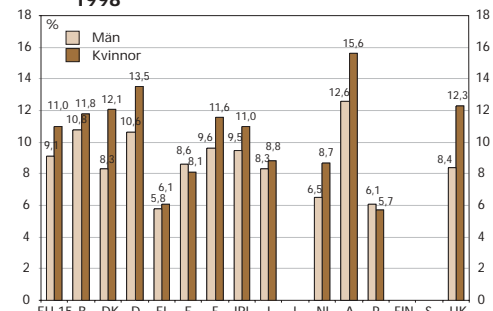
Källa: Eurostat - Dödlighetsstatistik och Europeiska hushållsundersökningen

Figur 42 Vanligaste dödsorsaker efter åldersgrupp, EU-15, 1998



Källa: Eurostat - Dödlighetsstatistik

Figur 43 Procentandel av befolkning som varit intagen på sjukhus under de senaste 12 månaderna, 1998



Källa: Eurostat - Europeiska hushållsundersökningen - användardatabasen, version från december 2001

## Olycksfall och arbetsrelaterade hälsoproblem

Under 2000 drabbades cirka 4,0 % av arbetstagarna i EU av ett olycksfall i arbetet som ledde till mer än tre dagars frånvaro från arbetet - 6,3 % om man räknar in olycksfall som ledde till ingen eller högst tre dagars frånvaro. Från 1994 minskade antalet olycksfall i arbetet som ledde till mer än tre dagars frånvaro med 11% (indexvärde 1998 = 100 var 99 år 2000 och 111 år 1994). Under 1998-1999 led 5,4 % av de anställda per år av arbetsrelaterade hälsoproblem. Totalt gick cirka 510 miljoner arbetsdagar förlorade 1999 på grund av olycksfall i arbetet och arbetsrelaterade hälsoproblem (160 respektive 350 miljoner dagar). Olyckor i vägtrafiken har minskat med cirka 46 % sedan 1970, men antalet dödsfall i trafiken i EU uppgick 2001 fortfarande till över 40 000.

### Nyckelindikator

#### Olycksfall i arbetet - allvarliga (index över antalet allvarliga olycksfall i arbetet per tusen förvärsarbetande (1998=100)), 2000

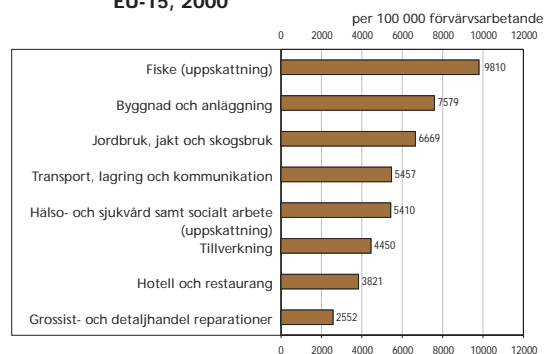
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totalt	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Män	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Kvinnor	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

#### Olycksfall i arbetet med dödlig utgång (index över antalet olycksfall i arbetet med dödlig utgång per tusen förvärsarbetande (1998=100)), 2000

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totalt	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

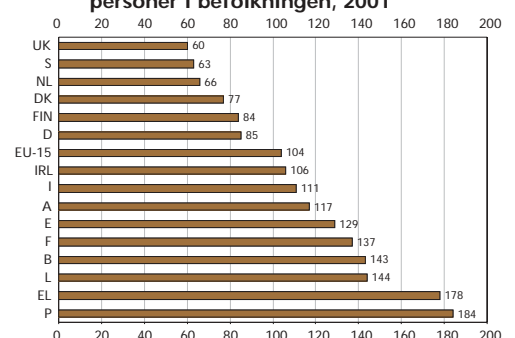
Källa: Eurostat - Europeisk statistik över olycksfall i arbetet (ESAW)

Figur 44 Olycksfall i arbetet efter näringsgren, EU-15, 2000



Källa: Eurostat - Europeisk statistik över olycksfall i arbetet (ESAW)

Figur 45 Antalet dödsfall i trafiken per miljoner personer i befolkningen, 2001



Källa: Care (Gemenskapsdatabasen för trafikolyckor) och Eurostats befolkningsstatistik  
Anm. Uppgifterna för Belgien, Italien och Förenade kungariket för 2000 är hämtade ur nationella källor. Alla uppgifter för 2001 är uppskattningar.

## Nyckelindikatorerna per medlemsstat

N.	Nyckelindikator	Enhet	År	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Försörjningsbördan för äldre	%	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	Nettoinvandring per 1000 invånare		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	Elever som avbrutit sin skolgång - totalt %	%	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	Elever som avbrutit sin skolgång - män %	%	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	Elever som avbrutit sin skolgång - kvinnor	%	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	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - totalt %	%	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	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - män %	%	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	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - kvinnor %	%	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	Total sysselsättningsgrad (jfr. Nr 19m och 19f)	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Total sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare	%	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	Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare - män %	%	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	Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare - kvinnor %	%	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	Total faktisk genomsnittlig utträdesålder	v	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	Faktisk genomsnittlig utträdesålder - män	år	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	Faktisk genomsnittlig utträdesålder - kvinnor	år	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	Total arbetslöshet %	%	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	Arbetslöshet - män %	%	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	Arbetslöshet - kvinnor %	%	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	Ungdomsarbetslöshet/andel av befolkningen %	%	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	Total långtidsarbetslöshet %	%	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	Långtidsarbetslöshet - män %	%	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	Långtidsarbetslöshet - kvinnor %	%	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	Utgifter för socialt skydd i procent av BNP	%	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	Förmåner vid ålderdom och förmåner för efterlevande i procent av de totala sociala förmånerna	%	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	Offentliga utgifter för aktiva arbetsmarknadsåtgärder i procent av BNP	%	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	Ojämn inkomstfördelning	Ratio	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Risk för fattigdom före sociala transfereringar	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Risk för fattigdom efter sociala transfereringar	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Befolkning i arbetslösa hushåll - personer i åldern 0 - 65 år totalt	%	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	Befolkning i arbetslösa hushåll - personer i åldern 0 - 60 år totalt	%	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	Andelen kvinnliga ledamöter i nationella parlament	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Sysselsättningsgrad - män (jfr nr 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Sysselsättningsgrad - kvinnor (jfr nr 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Löneskillnad mellan kvinnor och män, ojusterad	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82°	79	79	95	81	83	78
21am	Förväntad livslängd vid födseln - män	år	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	Förväntad livslängd vid födseln - kvinnor	år	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	Levnadsår med god hälsa - män	år	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Levnadsår med god hälsa - kvinnor	år	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Olycksfall i arbetet - allvarliga - totalt	Indextal (1998=100)	2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Olycksfall i arbetet - allvarliga - män	Indextal (1998=100)	2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Olycksfall i arbetet - allvarliga - kvinnor	Indextal (1998=100)	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Olycksfall i arbetet med dödlig utgång	Indextal (1998=100)	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

\* = Se kommentarerna i respektive beskrivning. Siffran kan vara från ett annat år (det senast tillgängliga) eller kan ha någon annan begränsning.

Förklaring till nyckelfaktorerna se s.36

## Nyckelindikatorerna per kandidatland / anslutande land

N. Nyckelindikator	Enhet	År	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Försörjningsbördan för äldre%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	Nettoinvandringper 1000 invånare	2000	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:
5t	Elever som avbrutit sin skolgång - totalt	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Elever som avbrutit sin skolgång - män	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Elever som avbrutit sin skolgång - kvinnor	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - totalt	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - män	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Livslångt lärande (deltagande i vuxenutbildning) - kvinnor	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Total sysselsättningsgrad (jfr. Nr 19m och 19f)	% 2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6
8at	Total sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare	% 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	Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare - män	% 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	Sysselsättningsgrad för äldre arbetstagare - kvinnor	% 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	Total faktisk genomsnittlig utträdesålder	år 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Faktisk genomsnittlig utträdesålder - män	år 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Faktisk genomsnittlig utträdesålder - kvinnor	år 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Total arbetslöshet	% 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	Arbetslöshet - män	% 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	Arbetslöshet - kvinnor	% 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	Ungdomsarbetslöshet/andel av befolkningen	%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	Total långtidsarbetslöshet	% 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	Långtidsarbetslöshet - män	% 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	Långtidsarbetslöshet - kvinnor	% 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	Utgifter för socialt skydd i procent av BNP	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Förmåner vid ålderdom och förmåner för efterlevande i procent av de totala sociala förmånerna	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Offentliga utgifter för aktiva arbetsmarknadsåtgärder i procent av BNP	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	IOjämn inkomstfördelningRatio1999		4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Risk för fattigdom före sociala transfereringar	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Risk för fattigdom efter sociala transfereringar	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Befolkning i arbetslösa hushåll - personer i åldern 0 - 65 år totalt	% 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	Befolkning i arbetslösa hushåll - personer i åldern 0 - 65 år totalt	% 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	Andelen kvinnliga ledamöter i nationella parlament	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Sysselsättningsgrad - män (jfr nr 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3
19f	Sysselsättningsgrad - kvinnor (jfr nr 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7
20	Löneskillnad mellan kvinnor och män, ojusterad	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Förväntad livslängd vid födseln - män	år 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	Förväntad livslängd vid födseln - kvinnor	år 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	Levnadsår med god hälsa - män	år 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Levnadsår med god hälsa - kvinnor	år 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Olycksfall i arbetet - allvarliga - totalt Index (1998=100)	2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Olycksfall i arbetet - allvarliga - män Index (1998=100)	2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Olycksfall i arbetet - allvarliga - kvinnor Index (1998=100)	2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Olycksfall i arbetet med dödlig utgång Index (1998=100)	2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

#### Förklaring till nyckelfaktorerna

- 3 År 2001 motsvarade antalet personer som var 65 år och äldre 24,3 % av vad som anses vara den arbetsföra befolkningen (15-64 år).
- 4 År 2001 var nettoinvandringen till EU 3,1 per 1000 invånare.
- 5t År 2001 hade 19,4 % i åldersgruppen 18-24 år i EU lämnat utbildningssystemet utan att ha avlagt en examen efter grundskolenivå.
- 6t År 2001 hade 8,4 % av befolkningen mellan 25-64 år i EU deltagit i utbildning under de fyra veckorna före undersökningen.
- 7 År 2001 var totalt 64,0 % av befolkningen mellan 15-64 år i EU sysselsatta.
- 8at År 2001 var totalt 38,6 % av befolkningen mellan 55-64 år i EU sysselsatta.
- 8bt År 2001 var den faktiska genomsnittliga åldern för utträde från arbetsmarknaden 59,9 år.
- 9t År 2001 var 7,4 % av arbetskraften i EU (de som arbetade och de som sökte arbete) arbetslösa.
- 10 Av EU:s befolkning mellan 15-24 år var 7,3 % arbetslösa under det andra kvartalet 2001.
- 11t År 2001 hade 3,2 % av arbetskraften i EU (de som arbetade och de som sökte arbete) varit arbetslösa minst ett år.
- 12 År 2000 utgjorde utgifterna för socialt skydd i EU 27,3 % av bruttonationalprodukten (BNP).
- 13 Förmånerna vid ålderdom och för efterlevande utgör den största delen av utgifterna för det sociala skyddet i EU (46,4 % av de totala förmånerna 2000).
- 14 År 2000 utgjorde de offentliga utgifterna för aktiva arbetsmarknadsåtgärder i EU 0,681 % av bruttonationalprodukten (BNP).
- 15 År 1999 fick femtedelen av befolkningen med de högsta inkomsterna i EU:s medlemsstater i genomsnitt 4,6 gånger mer av de totala inkomsterna i medlemsstaterna än femtedelen av medlemsstaternas befolkning med de lägsta inkomsterna.
- 16a År 1999 skulle 24 % av befolkningen i EU ha levt under fattigdomsgränsen om det inte hade fått sociala transfereringar.
- 16b År 1999 levde de facto 15 % av befolkningen i EU under fattigdomsgränsen efter sociala transfereringar.
- 17a År 2002 levde 12,1 % av befolkningen i åldern 0 – 65 år (utom personer i hushåll där alla är yngre and 18 år, eller 18 – 24 år och i utbildning, eller minst 65 år och inte förvärsarbetande) i arbetslösa hushåll, dvs. där ingen av familjemedlemmarna förvärsarbetar.
- 18 År 2001 var andelen kvinnliga ledamöter i nationella parlament (eller andra kammaren) 23 %.
- 19 År 2001 var 73,0 % av männen och 54,9 % av kvinnorna mellan 15-64 år i EU sysselsatta.
- 20 År 1999 beräknades kvinnors bruttolön per timme vara i genomsnitt 84 % av mäns bruttolön per timme i EU. Populationen består av alla avlönade anställda i åldern 16-64 år som arbetar minst 15 timmar per vecka.
- 21a År 2000 var den förväntade livslängden i EU 75,3 år för män och 81,4 år för kvinnor.
- 21b I genomsnitt bör en man i EU klara sig utan funktionsnedsättningar till 63 års ålder och en kvinna utan funktionsnedsättningar till 66 års ålder (uppgifter från 1996).
- 22at År 2000 inträffade 1 % färre allvarliga olycksfall i arbetet i EU (som ledde till mer än tre dagars frånvaro) per 100 000 förvärsarbetande än 1998.
- 22b År 2000 inträffade 21 % färre olycksfall i arbetet med dödlig utgång i EU per 100 000 förvärsarbetande än 1998.

## Eurostat Datashops

<b>Belgien</b>	<p><b>Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel</b>                      Planistat Belgique                      Rue du Commerce 124                      Handelsstraat 124                      B-1000 Bruxelles/ Brussel                      Tfn (32-2) 234 67 50                      Fax (32 -2) 234 67 51                      E-post: datashop@planistat.be                      URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a></p> <p>Språk: spanska, tyska, engelska, franska</p>	<b>Frankrike:</b>	<p><b>INSEE Info service</b>                      Eurostat Data Shop                      195, rue de Bercy                      Tour Gamma A                      F-75582 Paris Cedex 12                      Tfn (33) 1 53 17 88 44                      Fax (33) 1 53 17 88 22                      E-post: datashop@insee.fr                      Ingår i Midas-nätverket</p> <p>Språk: franska</p>
<b>Danmark:</b>	<p><b>DANMARKS STATISTIK</b>                      Bibliotek og Information                      Eurostat Data Shop                      Sejrøgade 11                      DK -2100 København Ø                      Tfn (45) 39 17 30 30                      Fax (45) 39 17 30 03                      E-post: bib@dst.dk                      Internet: <a href="http://www.dst.dk/bibliotek">http://www.dst.dk/bibliotek</a></p> <p>Språk: danska, engelska</p>	<b>Italien: Roma</b>	<p><b>ISTAT</b>                      Centro di informazione statistica                      — Sede di Roma                      Eurostat Data Shop                      Via Cesare Balbo, 11a                      I-00184 Roma                      Tfn (39) 06 46 73 31 02/06                      Fax (39) 06 46 73 31 01/07                      E-post: dipdiff@istat.it                      Ingår i Midas-nätverket</p> <p>Språk: italienska</p>
<b>Tyskland:</b>	<p><b>Statistisches Bundesamt</b>                      Eurostat Data Shop Berlin                      Otto-Braun-Straße 70-72                      (ingång: Karl-Marx-Allee)                      D-10178 Berlin                      Tfn (491888) -644 94 27/28                      Fax (49) 1888 -644 94 30                      E-post: datashop@destatis.de                      URL: <a href="http://www.eu-datashop.de/">http://www.eu-datashop.de/</a></p> <p>Språk: tyska, engelska</p>	<b>Italien:</b>	<p><b>Milano ISTAT</b>                      Ufficio regionale per la Lombardia                      Eurostat Data Shop                      Via Fieno, 3                      I-20123 Milano                      Tfn (39) 02 80 61 32 460                      Fax (39) 02 80 61 32 304                      E-post: mileuro@tin.it                      Ingår i Midas-nätverket</p> <p>Språk: italienska</p>
<b>Spanien:</b>	<p><b>INE</b>                      Eurostat Data Shop                      Paseo de la Castellana, 183                      Despacho 011B                      Ingång från Estébanez Calderón                      E-28046 Madrid                      Tfn (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00                      Fax (34) 91 583 03 57                      E-mail: datashop.eurostat@ine.es                      URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a>                      Ingår i Midas-nätverket</p> <p>Språk: spanska, engelska, franska</p>	<b>Luxemburg:</b>	<p><b>Eurostat Data Shop Luxembourg</b>                      46A, avenue J.F. Kennedy                      B.P. 1452                      L-1014 Luxembourg                      Tfn (352) 43 35-2251                      Fax (352) 43 35-22221                      E-post: dslux@eurostat.datashop.lu                      URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a>                      Ingår i Midas-nätverket</p> <p>Språk: spanska, tyska, engelska, franska, italienska</p>

**Nederländerna:**

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

Språk:  
engelska, nederländska

**Portugal:**

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

Språk:  
engelska, franska, portugisiska

**Finland:**

**Statistikcentralen**  
Eurostat DataShop Helsingfors  
Statistikbiblioteket  
PB 2B  
FIN-00022 Statistikcentralen  
Verkstadsgatan 13 B, 2. vän., Helsingfors  
Tfn (358-9) 17 34 22 21  
Fax (358-9) 17 34 22 79  
E-post: datashop@stat.fi  
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Språk:  
engelska, finska, svenska

**Sverige**

**Statistiska centralbyrån**  
Informationstjänster  
Eurostat Datashop  
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>

Språk:  
engelska, svenska

**Förenade kungariket:**

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

Språk:  
engelska

**Norge:**

**Statistisk sentralbyrå**  
Pressetjenestene  
Eurostat Datashop  
Kongens gate 6  
Boks 8131 Dep.  
N-0033 Oslo  
Tfn (47) 21 09 46 42/43  
Fax (47) 21 09 45 04  
E-post: Datashop@ssb.no

Språk:  
engelska, norska

**Schweiz:  
Svizzera**

**Statistisches Amt des Kantons Zürich**  
Eurostat Data Shop  
Bleicherweg 5  
CH-8090 Zürich  
Tfn (41) 1 225 12 12  
Fax (41) 1 225 12 99  
E-post: datashop@statistik.zh.ch  
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Språk:  
tyska, engelska

**USA:**

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

Språk:  
engelska

**Eurostats hemsida**  
[www.europa.eu.int/comm/eurostat/](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/)