

2021 年性別平等指數

健康

致謝辭

2021 年性別平等指數的作者群為來自歐盟性別平等局 (European Institute for Gender Equality，或簡稱「EIGE」) 的 Davide Barbieri、Antonio García Cazorla、Dr Laurène Thil 、 Blandine Mollard 、 Julia Ochmann 、 Vytautas Peciukonis、Jolanta Reingardė 博士與 Lina Salanauskaitė 博士。本報告中的研究工作由 Blandine Mollard 協調辦理，並得到 Julia Ochmann (EIGE) 的支持。

特別感謝性別暴力研究團隊和 EIGE 的 Marija Grakalskienė 對報告的高度相關貢獻，以及 Jakub Caisl 和 Marre Karu 博士的重要研究貢獻。衷心感謝 Paula Franklin 博士對報告的審閱和 Jemini Pandya 的編輯支援。

非常感謝在歐盟性別平等局的其他同事，他們提供了有智慧的見解、行政支援和鼓勵。

主題焦點是以政策研究實踐中心籌備的一項研究為基礎，該研究作者群為 Mari-Liis Sepper、Mirjam Allik、Kirsti Melesk、Anne Randväli、Märt Masso、Anu Laas、Aleksandr Michelson、Priit Purge 和 Merlin Nuiamäe。

*2021 年性別平等指數*的主題焦點從以下機構和個人提供的專家建議獲益匪淺：歐盟執委會 (特別是司法與消費者總署 (Directorate-General for Justice and Consumers)、衛生與食品安全總署 (Directorate-General for Health and Food Safety) 的性別平等部門)、世界衛生組織 (WHO) 歐洲區域辦事處 (特別是 WHO 歐洲衛生與發展投資辦公室的 Isabel Yordi Aguirre)，以及其他參加 2021 年 4 月 EIGE 專家諮詢會議的眾多專家。

歐盟性別平等局

歐盟性別平等局是由歐盟創立的獨立機構，旨在加強歐盟性別平等。男女平等是歐盟的基本價值，而歐盟性別平等局的任務是在歐洲甚至歐洲之外落實此一價值。具體而言，這包括性別平等議題成為歐洲的知識核心，為所有歐盟會員國性別主流化政策提供支持，以及消除性別歧視。

歐盟性別平等局 (EIGE)
Gedimino pr.16
LT-01103 Vilnius
LITHUANIA (立陶宛)

電話：+370 52157444

電子信箱：eige.sec@eige.europa.eu

http://www.eige.europa.eu

http://twitter.com/eurogender

http://www.facebook.com/eige.europa.eu

http://www.youtube.com/eurogender

http://eurogender.eige.europa.eu

https://www.linkedin.com/company/eige/

盧森堡：歐洲聯盟出版辦公室，2021

印刷品	ISBN 978-92-9482-923-8	2599-8927	doi:10.2839/622463	MH-AF-21-001-EN-C
PDF	ISBN 978-92-9482-922-1	2599-8935	doi:10.2839/035225	MH-AF-21-001-EN-N

© 歐盟性別平等局，2021
封面圖像：© Ahmet Misirligul/Shutterstock.com
標示資料來源始可取得授權重製本文內容。

標示資料來源始可取得授權再利用本文內容，不得扭曲原意，EIGE 與再利用所造成的任何損害無關。EIGE 的再利用政策已根據《2011 年 12 月 12 日執委會對執委會文件再利用決策》實施 (2011/833/EU)。

2021 年性別平等指數

健康

「歐洲在性別平等方面取得了微小的進步。但是在新冠肺炎 (COVID-19) 疫情的影響下，進步幅度遭到巨大的減損。對女性的經濟影響持續時間更長，而男性的預期壽命下降。我們的指數調查結果有助於歐洲領導人因應疫情對女性和男性的不同影響，並減輕不平等的短期和長期影響。」

Carlien Scheele
歐盟性別平等局 (EIGE) 局長

縮寫

歐盟會員國代碼

BE	比利時
BG	保加利亞
CZ	捷克
DK	丹麥
DE	德國
EE	愛沙尼亞
IE	愛爾蘭
EL	希臘
ES	西班牙
FR	法國
HR	克羅埃西亞
IT	義大利
CY	賽普勒斯
LV	拉脫維亞
LT	立陶宛
LU	盧森堡
HU	匈牙利
MT	馬爾他
NL	荷蘭
AT	奧地利
PL	波蘭
PT	葡萄牙
RO	羅馬尼亞
SI	斯洛維尼亞
SK	斯洛伐克
FI	芬蘭
SE	瑞典
EU	27 個歐盟會員國 (2020)

其他國家代碼

NO	挪威
UK	英國

常用縮寫

ADHD	注意力不足過動症 (attention-deficit hyperactivity disorder)
CEO	執行長 (chief executive officer)
COVID-19	嚴重特殊傳染性肺炎，俗稱新冠肺炎 (coronavirus disease 2019)
ECDC	歐洲疾病預防控制中心 (European Centre for Disease Prevention and Control)
EHIS	歐洲健康訪問調查 (European Health Interview Survey)
EIGE	歐盟性別平等局
EQLS	歐洲生活品質調查 (European Quality of Life Survey)
ETUI	歐洲工會研究所 (European Trade Union Institute)
EU	歐盟 (European Union)
EU-LFS	歐盟勞動力調查 (European Union Labour Force Survey)
EU-OSHA	歐洲工作安全與健康署 (European Agency for Safety and Health at Work)
Eurofound	歐洲生活品質暨勞動條件促進基金會 (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)
EU-SILC	歐盟收入與生活條件統計 (European Union Statistics on Income and Living Conditions)
EWCS	歐洲勞動條件調查 (European Working Conditions Survey)
FGM	女陰殘割 (female genital mutilation)
FRA	歐盟基本權利局 (European Union Agency for Fundamental Rights)
FTE	全時等量 (full-time equivalent)
GBD	全球疾病負擔 (Global Burden of Disease)
HBSC	學齡兒童健康行為 (Health Behaviour in School-aged Children)
HIV	人類免疫缺乏病毒 (human

	immunodeficiency virus)
HPV	人類乳突病毒 (human papillomavirus)
ICN	國際護理協會 (International Council of Nurses)
ICT	資通訊科技 (information and communications technology)
ICPD	國際人口與發展會議 (International Conference on Population and Development)
ILO	國際勞工組織 (International Labour Organization)
LGBTQI* ([1])	女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別、酷兒、雙性者以及社會中其它非主流性傾向以及性別認同 (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex and other non-dominant sexual orientations and gender identities in society)
NCD	非傳染性疾病 (non-communicable disease)
OECD	經濟合作暨發展組織 (Organisation for Economic Cooperation and Development)
PP	個百分點 (percentage point)
PPE	個人防護裝備 (personal protective equipment)
PPS	採購力標準 (purchasing power standard)
PTSD	創傷後壓力症 (post-traumatic stress disorder)
SDG	永續發展目標 (Sustainable Development Goal)
SDH	健康問題之社會決定因素 (social determinants of health)
SES	所得結構調查 (Structure of Earnings Survey)
SRH	性與生殖健康 (sexual and reproductive health)
SRHR ([2])	性與生殖健康及權利 (sexual and reproductive health and rights)
STD	性傳染病 (sexually transmitted disease)
STEM	科學、技術、工程與數學 (science, technology, engineering and mathematics)
STI	性傳播感染 (sexually transmitted infection)
SUD	物質使用疾患 (substance use disorder)
UN	聯合國 (United Nations)
UNFPA	聯合國人口基金 (United Nations Population Fund)
WHO	世界衛生組織 (World Health Organization)
WHO-5	世界衛生組織 5 項幸福指數 (World Health Organization Five Well-Being Index)
WMID	男女參與決策 (Women and Men in Decision-Making)

([1]) 在此份報告中，我們選擇使用首字母縮寫 LGBTQI* 涵蓋範圍最廣的意義，作為一總稱，指性傾向不同於異性戀的人們，以及性別認同落於二元範疇之外的人們。用來指稱這種異質團體 (heterogeneous group) 的語言正持續往更大的包容性演進，而不同的研究人員和機構採納了不同版本的縮寫 (例如 LGBT、LGBTIQ 和 LGBTI)。本報告在敘述這些研究人員和機構的工作成果時，將使用他們選擇的縮寫。

([2]) 本報告使用首字母縮寫 SRHR 來重點表示性與生殖健康及權利的關聯性，例如健康相關服務合法管道。在討論有關性與生殖健康的結果及行為時，則使用首字母縮寫 SRH。本報告在敘述機構和作者群的工作成果時，將使用他們選擇的縮寫。

目錄

2021 年性別平等指數要點 13

簡介 21

1. 歐盟性別平等概要 23

1.1. 進步是一場艱困的過程 23

1.2. 決策促進變革，隔離帶來阻礙 25

1.3. 歐盟各地的性別平等差異微幅下降，但新冠肺炎可能改變此成果 28

2. 勞動領域 31

2.1. 自 2010 年以來變化步幅微弱 32

2.2. 無償育兒任務仍阻礙女性投身全職工作 34

2.3. 女性首當其衝受到新冠肺炎對工作的影響 35

3. 金錢領域 37

3.1. 所得和收入平等仍然遙不可及 38

3.2. 單身女性 (尤其是高齡者) 面臨最高的貧窮風險 39

3.3. 新冠肺炎加劇了女性的經濟脆弱性和困境 40

4. 知識領域 43

4.1. 遲緩的進展停滯不前 44

4.2. 難以觸及的群體可從成人教育中受益最多 45

4.3. 新冠肺炎導致更多學校關閉，並在教育和無償工作方面額外造成新的不平等 46

5. 時間領域 49

5.1. 在時間使用上的性別不平等持續存在 49

5.2. 自幼根深蒂固的家務性別差異觀念 51

5.3. 無償照顧工作負荷和社會孤立影響幸福感 53

6. 權力領域 55

6.1. 決策方面的改善推動了性別平等的進步 56

6.2. 立法行動可促成改變 58

6.3. 在後疫情時代，性別平衡決策是勢在必行的目標 61

7. 健康領域 63

7.1. 持久的健康不平等阻礙了進展 63

7.2. 新冠肺炎降低了男性的預期壽命和出生率 67

8. 暴力領域 69

8.1. 證據的匱乏阻礙了對女性受暴的真實評估 70

8.2. 不平等加劇了女性受暴的風險 72

8.3. 新冠肺炎疫情加劇了性別暴力 73

9. 主題焦點 75

9.1. 歐盟在健康方面的性別不平等 77

9.1.1. 健康方面的性別差異反映出持續終生的不平等現象 77

9.1.2. 健康和風險行為已明顯性別化 96

9.1.3. 健康服務管道的性別和交織型不平等 103

9.2. 關注健康面向 110

9.2.1. 權利、取得管道和結果：以性與生殖健康為焦點 110

9.2.2. 新冠肺炎疫情加劇並導致健康不平等 117

10. 結論 131

索引 134

附錄 163

附錄 1：性別平等指數各項指標列表 163

附錄 2：性別平等指數分數 171

附錄 3：性別平等指數包含的指標 (2021) 180

附錄 4：健康指標 186

圖示清單

圖 1. 歐盟會員國性別平等指數分數範圍以及隨著時間的變化 24

圖 2. 性別平等指數 (相較於 2010 年及 2018 年的變化) 25

圖 3. 歐盟各會員國的性別平等指數得分和收斂模式 (2010-2019 年) 29

圖 4. 勞動領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 32

圖 5. 歐盟會員國在勞動領域的分數以及自 2010 年及 2018 年以來的變化 33

圖 6. 歐盟 2019 年按性別、家庭組成、年齡、教育程度、出生國家及身心障礙區分的全時等量就業率 (%) 34

圖 7. 金錢領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 38

圖 8. 歐盟各會員國的金錢領域分數以及自 2010 和 2018 年以來的變化 39

圖 9. 歐盟 2019 年按性別、家庭組成、年齡、教育程度、出生國家、身心障礙、購買力標準區分的平均等值淨收入 41

圖 10. 知識領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 44

圖 11. 歐盟會員國在知識領域的分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化 45

圖 12. 歐盟按家庭組成、年齡、教育水準和出生國分列的男女參加正規或非正規教育和培訓情況 (2019 年) 46

圖 13. 時間領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 50

圖 14. 歐盟會員國在時間領域的分數以及自 2010 年以來的變化 51

圖 15. 歐盟每天烹飪及/或做家事的人口 (18 歲以上人口百分比) (2016 年) 52

圖 16. 權力領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 57

圖 17. 歐盟會員國在權力領域的分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化 58

圖 18. 2021 年 4 月歐盟會員國的女性在最大上市公司監事會或董事會的百分比以及具有約束力的配額 59

圖 19. 2021 年 3 月女性在單一國會/下議院的比率 60

圖 20. 健康領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化 64

圖 21. 歐盟各會員國的健康領域分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化 65

圖 22. 醫療檢查需求未獲滿足的人口 (歐盟，百分比，16 歲以上) 66

圖 23. 2018 年親密夥伴或家庭成員/親屬故意殺害的女性受害者 (每 10 萬個女性人口) 70

圖 24. 歐盟會員國自認健康狀態良好或非常良好的女性和男性 (%，16 歲以上，歐盟，2019 年) 78

圖 25. 自認健康狀態良好或非常良好的女性和男性，按照性別、家庭組成、年齡、學歷、出生國、身心障礙和勞動狀態區分 (%，16 歲以上，歐盟，2019 年) 79

圖 26. 因健康問題導致日常活動能力受限的女性和男性，按照年齡層和經歷困難的程度區分 (%，歐盟，2019 年) 81

圖 27. 歐盟會員國因心理和行為障礙導致的女性和男性死亡率 (每 10 萬人的百分比，

2014-2017 年平均比率，總人口) 84

圖 28. 歐盟會員國因蓄意自殘導致的女性和男性死亡率 (每 10 萬人的百分比，2014-2017 年平均比率，總人口) 85

圖 29. 歐盟會員國女性和男性依 WHO-5 得出的自評心理健康狀態 (滿分 100，18 歲以上，2016 年) 86

圖 30. 歐盟會員國女性和男性依 WHO-5 得出的自評心理健康狀態，按照性別、家庭組成、年齡、收入水準、出生國家、身心障礙狀態區分 (滿分 100，18 歲以上，EU，2016 年) 87

圖 31. 歐盟各會員國受心理障礙 (SUD 除外) 影響的女性和男性占總人口比例 (%，20 歲以上，2019 年) 90

圖 32. 女性和男性各類型心理障礙盛行率的相對差異 (%，20 歲以上，歐盟，2019 年) 91

圖 33. 歐盟女性和男性每週工作之餘進行至少 180 分鐘體能活動的比例，按照性別和歐盟會員國區分 (%，16 歲以上，2017 年) 98

圖 34. 歐盟會員國女性和男性每天至少食用 5 份水果和蔬菜的比例 (%，15-64 歲，2014 年) 100

圖 35. 歐盟會員國每月至少酗酒一次的女性和男性 (%，18-64 歲，2014 年) 102

圖 36. 歐盟會員國身心障礙女性和男性的未滿足醫療服務需求 (百分比，16 歲以上，2019 年) 104

圖 37. 65 歲以上女性和男性體檢需求未獲滿足的原因 (%，歐盟，2019 年) 107

圖 38. 支付非預期醫療費用的困難程度，按性別和醫療服務類型區分 (相當困難或非常困難，%，18 歲以上，歐盟，2016 年) 108

圖 39. 歐盟會員國報告計畫生育需求未滿足的女性 (%，15-49 歲，2017 年) 112

圖 40. 歐盟各會員國女性使用任何避孕方法的估計盛行率 (%，15-49 歲，2020 年) 113

圖 41. 歐盟會員國的青少年生育率 (每 1,000 人，15-19 歲，2018 年) 115

圖 42. 歐盟新冠肺炎病例人數，按性別和會員國區分 (%，2021 年 6 月) 119

圖 43. 截至 2021 年第 23 週，所有病例中按年齡和性別區分的住院率 (%，10 個歐盟會員國) 120

圖 44. 截至 2021 年第 23 週，所有病例中按年齡和性別區分的死亡率 (%，10 個歐盟會員國) 121

圖 45. 歐盟新冠肺炎死亡人數，按性別和會員國區分 (%，2021 年 4 月) 122

圖 46. 與 2016-2019 年相較，2020-2021 年按性別和歐盟會員國區分的死亡率過高 (總人口百分比，最新可用資料) 123

圖 47. 完整接種新冠肺炎疫苗的成年人比例，按性別和歐盟會員國區分 (%，2021 年 6 月) 126

圖 48. 各年齡群體在 2020 年 4 月/5 月(第 1 波)、2020 年 6 月/7 月(第 2 波)和 2021 年 2 月/3 月 (第 3 波)的自述心理健康指數，採用 WHO-5 分數表示(在滿分 100 中的得分，歐盟) 128

表格清單

表 1. 歐盟短期 (2018-2019) 和長期 (2010-2019) 不同領域對性別平等指數進展得分的貢獻百分比 26

表 2. 會員國性別平等指數和領域長期 (2010-2019) 和短期 (2018-2019) 得分的變化 (單位：分) 27

表 3. 女性和男性早逝的主要原因 (損失生命年數、20 歲以上，歐盟，2019)。按總生命損失年數排序 83

表 4. 歐盟會員國在 2010、2012、2015、2017、2018 及 2019 年的性別平等指數分數、排名及分數變化 171

表 5. 2010 年歐盟會員國在各領域的性別平等指數分數及排名 172

表 6. 2019 年歐盟會員國在各領域的性別平等指數分數及排名 173

表 7. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 及 2019 年歐盟會員國在勞動領域及其次領域的性別平等指數分數 174

表 8. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 及 2019 年歐盟會員國在金錢領域及其次領域的性別平等指數分數 175

表 9. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 及 2019 年歐盟會員國在知識領域及其次領域的性別平等指數分數 176

表 10. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 及 2019 年歐盟會員國在時間領域及其次領域的性別平等指數分數 177

表 11. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 年歐盟會員國在權力領域及其次領域的性別平等指數分數 178

表 12. 2010 年、2012 年、2015 年、2017 年、2018 及 2019 年歐盟會員國在健康領域及其次領域的性別平等指數分數 179

表 13. 歐盟會員國在勞動領域中包含的指標 180

表 14. 歐盟會員國在金錢領域中包含的指標 181

表 15. 歐盟會員國在知識領域中包含的指標 182

表 16. 歐盟會員國在時間領域中包含的指標 183

表 17. 歐盟會員國在權力領域中包含的指標 184

表 18. 歐盟會員國在健康領域中包含的指標 185

表 19. 不同年份歐盟依交互型不平等和群體類型劃分的自覺健康程度 (非常良好和良好，百分比) 186

表 20. 與 2016-2019 年相較，2020-2021 年按性別和歐盟會員國區分的死亡率過高 (總人口百分比) 189

2021 年性別平等指數要點

- 歐盟的性別平等指數得分為 68.0 分 (滿分 100) ([3])，較 2020 年版本發布時僅進步 0.6 分，且自 2010 年後總共僅提高 4.9 分。即使在性別平等方面如此微渺的進展，也受到新冠肺炎疫情的衝擊。

- 整體而言，2010 年至 2019 年間性別平等的進展主要是由權力領域的進步所推動，特別是企業董事會和政治領域性別平衡的改善。但是，其他領域的進展緩慢得多，對指數整體進展的影響較小。對於指數得分而言，時間領域長期構成不利影響。在新冠肺炎危機期間，無償照顧的情形大幅增加，尤其是女性：令人關注家庭中長期存在的性別不平等現象。

- 各國在性別平等方面的成就不一。雖然歐盟指數得分從 2010 年到 2019 年普遍上升，但部分會員國的指數得分有所波動，且各會員國之間的差距逐年不同。這主要是由於各國在經濟和政治決策中對性別不平等的反應差異所致。由於新冠肺炎對會員國產生不同程度的影響，無論就整體或是對女性和男性的相對影響程度而言，性別平等的進展可能會出現更大的分歧，甚至倒退。

勞動領域

- 此領域的得分為 71.6 分 (自 2018 年以來僅增加 0.2 分)，年度進展呈現受挫，並顯示歐盟勞動市場面臨重大的性別平等挑戰。「參與度」次領域的進展已經放緩，勞動市場上的性別隔離持續發生。2019 年的「隔離」和「品質」次領域尤其低分 (僅 61.3)，且幾乎維持不變，恰好證明了這一點。

- 在特定群體中，全時等量 (FTE) 就業率的性別落差仍然極大。最大的差距發生於女性和男性無償照顧子女的比例，達到 27 個百分點 (pp)，其次是外籍女性與外籍男性之間的差距，為 21 個百分點。兩者都反映性別角色和刻板印象觀念對女性參與勞動市場的負面影響，因此也為她們的經濟獨立和賦權帶來不利條件。

- 新冠肺炎不僅揭露勞動市場中的性別分化現象，亦突顯出勞動市場的性別隔離及無償照顧勞務分配的高度不平等，對女性就業前景的不利影響皆較男性更嚴重，且持續更久。疫情可能阻礙甚至抹煞不同群體 (包括外籍女性和男性) 之間的性別平等成果，甚至進一步擴大我們社會的分歧。

金錢領域

- 金錢領域的得分為 82.4 分，較先前版本略有提升，且自 2010 年以來上升 3.3 分。雖然財務資源推動該領域整體成長，但經濟狀況次領域自 2018 年以來下降 0.2 分，從而減緩整體成長速度。

([3]) 2021 年性別平等指數是對 27 個歐盟會員國 (EU-27) 計算得出。

- 自 2014 年以來，歐盟的平均等值淨收入的性別落差一直停滯不前。2019 年，16 歲以上群體的性別落差為 925 個購買力標準 (PPS) ([4])，然而由於缺乏相關資料，導致難以評估羅姆族和無證移民的收入不平等情況。

- 由於有償和無償工作的性別失衡，新冠肺炎疫情可能會加劇男女之間的收入差距。在歐盟，失去收入的女性多於男性，因為她們被迫承擔照顧責任，包括輔導子女在家上學。如果缺乏適當的收入援助，疫情後貧窮女性化 (feminisation of poverty) 的趨勢將會加速惡化。

知識領域

- 歐盟在知識領域分數為 62.7 分，自 2020 年版性別平等指數發布以來仍停滯不前，且自 2010 年以來總共僅改善 2.9 分。雖然年輕女性和男性的教育程度都在提升，但高等教育中的持續性別隔離及終身學習參與度低，會阻礙在此領域中更明顯的進展。

- 雖然自 2010 年以來略有增加，但 2019 年歐盟的 15 歲以上女性和男性接受正規或非正規教育和培訓的比例仍低：分別為 17% 和 16%。隨著年齡增長，成人教育的參與度逐漸下降，以及吸引難以觸及的群體仍是一項挑戰。

- 疫情期間學校和托育服務機構紛紛關閉，增加了父母的育兒負擔，並衍生新型態的無償角色，例如輔導子女在家上學。在疫情期間，歐盟的女性通常更忙於協助子女接受線上教學，而且她們比起伴侶更不滿意這種教學模式。

時間領域

- 由於缺乏時間使用情形的最新資料，本版未修訂時間領域的得分，並以 2016 年的資訊為準。雖無法評估近期進展，但從長期觀之，此領域整體而言對指數得分具有負面影響。64.9 的得分揭示男女在有償、無償工作以及娛樂花費的時間存在根深蒂固的性別不平等。

- 在三種最常見的無償照顧形式中，家務勞動最為不平等，另兩項是兒童照顧和對老年人、身心障礙者和慢性病患者的長期照顧。歐盟約有 78% 的女性每天至少花 1 小時做家務，而男性則為 32%。在育有子女的女性和男性中，性別落差從 46 % 增加到 62 %。

- 新冠肺炎疫情對有照顧責任的群體產生巨大影響，尤其是育有子女的女性。管制措施導致難以或無法取得專業提供者和社會網絡 (例如祖父母、朋友和鄰居) 所給予的外部照顧服務。因此，照顧工作主要由家庭內部負擔。正如第 4 章有關知識領域的說明所述，線上教學已成為家長新型態的例行無償工作。歐盟各地花費於無償照顧活動的時間增加，導致嚴重的工作與生活之間的緊張關係，對女性而言尤其如此。

權力領域

- 權力領域的進展最快。自 2010 年以來，其得分提高了 13.1 分；僅在 2018 年和 2019 年之間就增加 1.9 分。自 2010 年以來，這項改善幾乎占性別平等指數所有進展的 2/3。

([4]) 參見金錢領域章節。

- 雖然如此，權力領域的 55.0 分在所有領域中仍敬陪末座。女性僅占國會議員人數的 1/3。在經濟決策中，女性在企業董事會中的代表性仍嚴重不足：2021 年占董事會成員的 30%。在大型企業，女性擔任董事長或執行長 (CEO) 的比例不到 1/10。企業董事會的進步主要是由 7 個會員國 (BE、DE、EL、FR、IT、AT 和 PT) 的立法行動所促成。在決策方面未採取具體性別平等措施的國家，實現性別平等需要 125 年以上的時間。

- 在新冠肺炎疫情期間，決策明顯缺乏女性參與的情況更加明顯。在實體應對危機或規劃經濟刺激和復甦措施時，此現象尤其顯著。雖然絕大多數歐盟醫護工作者是女性，但男性在該產業的領導職位上占主導地位。截至 2021 年 3 月，只有 1/4 的歐盟衛生部長和 4/10 的次長/副部長是女性。

健康領域

- 健康領域雖在所有 6 個領域中得分為最高的 87.8 分，但自 2010 年以來進展甚微，僅增加 1.1 分。自 2020 年指數發布以來未曾記錄任何進展。「健康狀態」和「健康相關服務管道」次領域自 2010 年取得微幅進展，分別增加 1.7 分和 2.0 分。雖然缺乏最新資料，但在健康行為中發現最大幅度的性別不平等，歐盟得分為 74.8 分。

- 歐盟的健康相關服務管道仍不普遍。超過 3% 的女性和近 3% 的男性表示體檢需求未獲滿足。最可能報告體檢需求未滿足的群體是身心障礙女性和男性 (分別為 7 % 和 6 %)、單親父母 (5 %) 和特定女性群體，例如低學歷和年齡超過 65 歲者 (各 4%)。

- 雖然疫情對民眾健康的全面影響尚不清楚，但可能十分深遠。截至 2021 年 7 月，新冠肺炎已在歐盟奪走 73 萬多人生命，另有 3,300 萬人感染 ([5])，總計占歐盟人口的 7% ([6])。然而，感染和死亡負擔在不同國家和群體中分佈不均。與 2019 年相較，2020 年大多數歐盟國家的預期壽命有所縮短。初步資料顯示，除西班牙以外的所有歐盟會員國中，男性壽命縮減幅度略高於女性。預期壽命縮減幅度最大的是波蘭、立陶宛 (皆為 -1.5 歲)、羅馬尼亞 (-1.4 歲) 的男性，以及西班牙的女性和男性 (分別為 -1.6 歲和 -1.4 歲) ([7])。男性預期壽命縮減幅度較大的原因在於，大多數歐盟國家男性的新冠肺炎死亡率較高，導致男性的超額死亡率 (excess mortality rates) 高於女性 (見第 9.2.2 節)。

- 疫情也與 2020 年末至 2021 年初的登記出生人數下降有關，尤其是在受新冠肺炎影響最嚴重的國家 ([8])。歐盟各地高齡化社會出生率下降帶來的人口挑戰，預計會在今年秋季加劇，對南歐和中歐會員國影響尤其顯著。

([5]) 歐洲疾病預防和控制中心 (ECDC) 新冠肺炎監測更新資訊，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-euea，資料存取於 2021 年 7 月 7 日。

([6]) 作者根據 ECDC 每日資料進行的闡述，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea，截至 2021 年 5 月 19 日有效；並以 2020 年人口資料為準。

([7]) 作者根據歐盟統計局資料「各年齡和性別預期壽命」進行的闡述，https: //ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en，資料存取於 2021 年 4 月 8 日。

([8]) 與前一年同月相比較。

暴力領域

- 由於缺乏盛行率數據，定期更新暴力領域相關資料是一項挑戰。雖然無法與歐盟基本權利局 (FRA) 的女性遭受暴力調查 (2014) 相較，但*基本權利調查* (2021) 的資料提供了更近期的見解。該數據顯示，歐盟有 8% 的女性在調查前 5 年經歷過肢體暴力 (不包括性暴力)，而在調查前 12 個月有此經驗的女性占 5%。這類事件最可能發生在女性自家 (37%)，且由家庭成員或親屬 (32%) 所為，最常見的施暴者是男性。

- 雖然在調查前 5 年中，歐盟平均有 39% 的女性曾遭受騷擾，但特定女性群體較可能受到影響。其中包括自認為女同性戀、雙性戀或「其他」類別的女性 (57%)、非居住國公民的女性 (51%)、身心障礙女性 (48%) 和受過高等教育的女性 (49%)。社交媒體的日常使用也伴隨大量針對女性的線上騷擾和辱罵 (13%)。在 16-29 歲的女性和女童中，線上騷擾的盛行率為 25% (FRA，2021)。

- 因應新冠肺炎的管制措施導致針對女性的親密關係暴力 (intimate partner violence) 激增。在弱勢群體中的暴力風險尤高，包括老年女性、身心障礙女性和女童、移民女性、女性遊民和人口販運受害者。歐洲性別平等研究所 (EIGE) 報告指出，隨著受害者支援服務的需求激增，這類服務已然苦於維持營運、接觸受害者、尋找新的支援方法，以及處理工作人員的額外壓力 (EIGE，2021a)。

主題焦點：健康

健康方面的性別不平等

健康狀態的性別差異

- 整體而言，女性回報的健康狀態通常比男性差。在歐盟 27 個會員國 (EU-27) 中，66% 的女性和 71% 的男性自認健康狀況良好或非常良好。在所有年齡群體中，健康缺陷對女性日常活動的影響通常大於男性。健康平均餘命 (healthy life years) 資料也顯示女性健康不良的可能性較高。歐盟女性和男性分別預期在 65 歲和 64 歲前可維持良好健康狀態 ([9])。然而，由於女性通常壽命較長，因此一生中健康不良的時間更多：平均為 19 年，而男性為 14 年。

- 若特別檢視心理健康領域，亦可觀察到相同的趨勢，女性較可能通報心理健康欠佳的情況。對世界衛生組織五項幸福指數 (WHO-5) 的分析 (其中 100 分表示可以想像的最佳幸福感，而 50 分以下表示有患憂鬱症的風險) 顯示自評心理健康指數是男性 (66 分) 高於女性 (62 分)。對不同群體的自評心理健康分析顯示，無論家庭組成、年齡、收入、出生國家和身心障礙狀況如何，女性回報的心理健康程度皆較低。

([9]) 歐盟統計局「各性別的健康生命年 (從 2004 年起)」，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_hlye，2019 年。

健康和危險行為

- 整體而言，歐盟地區的健康和風險行為已明顯性別化。健康飲食和體能活動等健康促進 (health-promoting) 行為仍持續呈現性別落差。雖有更多女性達到世界衛生組織 (WHO) 制定每天食用五份水果或蔬菜的目標 (14 %) ([10])，但更多男性達成每週運動 180 分鐘的目標 (47 %) ([11])。然而，較多男性從事高風險行為，如吸菸和酗酒。這些性別化的健康和危險行為在青春期已相當明顯，而且男女之間的差距隨著年齡增長而擴大。

健康服務管道

- 歐盟尚未實現普遍的健康相關服務管道。性別不平等與性別規範、社經條件、地理和文化因素交互作用，並對取得醫護服務的管道造成結構性障礙。若干人口群體，例如單親家長、老年人、移民和身心障礙者，尤其是這些群體中的女性，皆特別容易受到醫療需求未滿足的影響。歐盟總共有 7% 的女性和 6% 的男性身心障礙女性表示醫療服務需求未滿足，但愛沙尼亞 (女性 29%，男性 23%)、羅馬尼亞 (女性 25%，男性 23%) 和希臘 (女性 25%，男性 22%) 的程度遠高於平均。在丹麥、瑞典、匈牙利、保加利亞、荷蘭和盧森堡的身心障礙者中，男性比女性較可能通報未滿足的醫療需求。
- 許多因素會阻礙醫療服務管道，例如與醫療服務相關的費用、被歧視的經驗以及與文化敏感度和缺乏性別敏感度相關的問題。65 歲以上民眾較一般大眾更常表示醫療費用是可近性的障礙 (65 歲以上女性和男性分別占 40 % 和 34 %，相較之下，整體成年人口中女性占 33 %，男性占 29 %)。資料顯示，大部分歐盟人口將難以支付非預期的牙科醫護 (41% 的女性和 35% 的男性)、心理健康服務 (39% 的女性和 33% 的男性) 以及其他醫院或醫療專科服務 (32% 的女性和 29% 的男性)([12])。
- 新冠肺炎疫情進一步加劇在歐盟取得醫療服務的障礙，原因是特定醫療處置的延遲及降低優先順序，或對於染疫的恐懼。尤其，歐洲生活品質暨勞動條件促進基金會 (Eurofound) 新冠肺炎電子問卷調查發現，21% 的受訪者在疫情期間未進行體檢或治療。這一比例在匈牙利、葡萄牙和拉脫維亞最高。2021 年春季，18% 的受訪者面臨無法取得治療的健康問題 (Eurofound，2021c)。

([10]) 歐盟統計局，「各性別、年齡和學歷群體的每日水果和蔬菜攝取量」，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_fv3e

([11]) 歐盟統計局「依典型一週內持續時間、教育程度、性別和年齡區分的業餘體能活動執行者人數」，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch07。

([12]) 歐洲生活品質調查 (EQLS)，2016 年。調查針對各類醫療服務向受訪者問及「如果明天就需要使用，支付下列各項服務的費用對您而言容易或是困難？」文中的百分比是回答「相當困難」或「非常困難」的比例。

關注健康面向

性與生殖健康

- 在歐盟，性與生殖健康及權利 (SRHR) 已高度性別化。雖然 95% ([13]) 的歐盟女性可達成對避孕措施的需求，但在健康方面仍有不平等的情形。避孕措施的可及性、取得管道、成本和污名化問題對 SRHR 形成障礙，在年輕族群中尤其如此。會員國間的法律、政策和全面性教育 (comprehensive sexuality education) 各不相同 (BZgA 和 IPPF EN，2018)。在歐盟各地，特別是對於年輕女性和移民等弱勢群體，取得安全墮胎和高品質孕產婦照護的機會仍不平等。

- 在 SRHR 的關鍵領域中，性別相關資料仍有嚴重落差，從避孕措施使用情形的綜合資料，到歐盟性傳染病的分類流行病學資料皆然。性別偏見將性與生殖健康 (SRH) 形塑為女性和女童的問題，這種觀念引發了警訊。尤其，男性在 SRH 相關資料蒐集中被忽視，而男性在生殖健康領域的需求在科學文獻中也未得到充分探討。

新冠肺炎疫情

- 資料顯示，女性和男性感染新冠肺炎的可能性相近 ([14])，但男性重症和死亡的風險皆較高，且性別差異隨著年齡而增加。歐洲疾病預防控制中心 (ECDC) 的 10 個歐盟會員國資料顯示，截至 2021 年 6 月，感染新冠肺炎的患者中，有 8% 的女性和 10% 的男性需要住院治療；然而，在 70-79 歲的群體中，有 24% 的女性和 33% 的男性住院。在 80 歲以上的患者中，女性住院率為 31%，男性為 45%。自疫情開始以來，男性占新冠肺炎死亡人數的 55%。在幾乎所有可取得資料的歐盟國家中，除立陶宛和斯洛維尼亞外，男性死於新冠肺炎的風險高於女性。

- 由於女性擔任必要工作者 (essential workers) 和第一線員工的比率極高，因此高度暴露於感染新冠肺炎的風險下。歐盟統計局的資料顯示，歐盟國家中，個人照顧工作者女性占 88%、清潔工和幫傭的 84%、教育工作者的 73% 和衛生專業人員的 72% ([15])。一項針對 10 個歐洲國家 (包括 7 個會員國)([16]) 的研究發現，在大約 60 歲前，工作年齡女性的感染人數遠超過工作年齡男性。作者發現，女性感染率較高可能是由於她們從事照顧工作，尤其是任職於醫護產業所致 (Tomáš Sobotka 等人，2020)。此現象與調查結果一致，即惡劣的工作條件 (包括缺乏適當的職業健康安全措施及工作不穩定的情況) 導致以女性為主的第一線部門感染率偏高 (OECD，2020b；Pelling，2021；Shallcross 等人，2021)。

- 最新證據顯示，大量新冠肺炎患者在感染病毒後數週甚至數月仍繼續出現症狀 (Dennis 等人，2020)。處於工作年齡的女性、身心障礙者、貧困地區居民和專業照護人員最可能受到「長期新冠肺炎 (long COVID)」的影響 (Ayoubkhani，2021)。大多數受影響的個體表示症狀會對日常活動產生不利影響。

([13]) 聯合國資料庫，「計畫生育指標」，https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators，2017 年。

([14]) 在撰寫本文時，歐盟國家有資料可循的全部新冠肺炎病例中半數以上是女性 (女性為 52%，男性為 48%)。資料來源：性、性別和新冠肺炎專案、全球健康 50/50、非洲人口與健康研究中心和國際女性研究中心。資料於 2021 年 6 月 25 日取自 https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/EU：作者的闡述 (BG、HR、CY、MT 無可用資料)。更新於 2021 年 6 月 21 日。

([15]) EIGE，新冠肺炎網頁，https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/essential-workers。資料取自 EU-LFS (2018 年)。

([16]) 比利時、捷克、丹麥、德國、義大利、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞士和英國。

- 除了病毒造成的直接健康結果外，疫情也對生理和心理健康帶來間接影響，而這些影響可能針對特定性別，並且持續很久。主要壓力源包括社會孤立、害怕自己和親人感染、喪親和經濟困難。2021 年春季和初夏，心理健康處於自疫情爆發以來的最低點，大部分群體都有罹患憂鬱症的風險 (Eurofound，2021c)。在三波疫情中，女性的心理健康程度較男性差，且心理健康程度最差者，為第三波疫情期間處於工作年齡的女性。越來越多證據顯示，疫情對第一線工作人員，尤其是照護產業的從業人員造成巨大的心理健康損失。疫情對心理健康影響的真實程度需要時間才能顯現，專家警告可能在疫情受控許久之後才會達到高峰值。
- 新冠肺炎疫情造成的管制措施和經濟不確定性導致了性別暴力的「影子疫情 (shadow pandemic)」；尤其是親密關係暴力事件激增。封城、經濟和勞力不穩定等因素，造成了強迫同居的現象，有研究認為此壓力源與親密關係暴力增加有關 (Buller 等人，2018；Buttell 和 Ferreira，2020；Jarnecke 和 Flanagan，2020)。此外，封城期間心理困擾的增加 (SK Brooks 等人，2020；Gillespie 等人，2021) 是與親密關係暴力相關的另一種風險 (Clemens 等人，2019；Curtis 等人，2019；Straus 和 Douglas，2019)。封城措施可能會加劇弱勢群體遭受暴力的風險，例如身心障礙女性；女性遊民、無證移民或持臨時簽證的移民；社經地位較低的家庭或兒童；女同性戀、男同性戀、雙性戀、變性人、雙性者、酷兒、+ (LGBTIQ*) 伴侶 (Arenas-Arroyo 等人，2020；De Schrijver 等人，2021；Flatau 等人，2020；Pleace 等人，2021；Segrave 和 Pfitzner，2020；Zero 和 Geary，2020)。

簡介

新冠肺炎危機大約始於一年半前，至今仍遠未結束。其倒轉了多年來女性權利和性別平等方面的進展，並暴露出嚴峻的挑戰。我們不僅生活在公共衛生危機中，而且也生活在經濟和社會危機中。就業和工作條件發生劇變，對女性和男性產生了不同的影響。越來越多證據顯示女性首當其衝，在危機之下遭受更嚴重的社經後果。

採取行動至關重要。2020 年，歐盟執委會提出了 2020-2025 年性別平等策略。雖然是在疫情之前研擬，但此策略在疫情影響嚴重的區域制定關鍵行動，並承諾將性別平等觀點納入所有歐盟政策領域。歐盟復甦基金計畫於 2021 年 2 月生效，旨在減輕疫情的社會經濟影響，並使歐洲經濟和社會更具永續性和韌性。該計畫體認女性受疫情影響尤深，要求會員國制定國家計畫，說明如何促進全體民眾的性別平等和機會均等。隨著各國努力應對新冠肺炎，解決性別不平等的策略將是關鍵。為使這些策略產生效果，女性——身為經常處在地區和國家應急行動的第一線，她們的需求應被傾聽。

自 2013 年以來，性別平等指數已由歐盟機構和會員國認可為歐盟性別平等的關鍵基準。該指數的第 6 版涵蓋一系列受新冠肺炎影響最多的社會和生活領域指標。雖然指數得分主要以 2019 年的資料為準，因此無法全面反映疫情對性別平等的影響，但該報告提供大量證據，證明疫情在工作、金錢、知識、時間、權力和健康方面對女性的負面影響。報告也探討女性受暴事件激增的問題，以及社會中最弱勢和邊緣化的男女群體如何首當其衝。

本報告以健康作為主題焦點，同時探討其他三項維度：健康狀態 (包括心理健康)、健康行為和健康服務管道。報告提供了 SRH 和新冠肺炎疫情的性別分析和交叉分析。

第 1 章介紹 2021 年性別平等指數的結果，以及自 2010 年和該指數第 5 版發布以來的主要趨勢。趨合分析 (convergence analysis) 揭示了會員國之間性別平等差異的演變，並為主要調查結果提供更廣泛的背景資訊。第 2 章至第 7 章總結政策背景、核心領域的主要成果，以及新冠肺炎對這些領域性別平等的影響。第 8 章介紹暴力領域的發展，而第 9 章探討健康的主題焦點。

1. 歐盟性別平等概要

1.1. 進步是一場艱困的過程

歐盟 27 國的性別平等指數得分為 68.0 分 (滿分 100) ([17])，比 2020 年第 5 版發布時提高 0.6 分。分數僅比 2010 年高出 4.9 分 (圖 1)。性別平等每兩年僅向前推進 1 分，按照目前的速度，實現性別平等需要將近三個世代的時間。如今，就連這項預測也受到新冠肺炎的威脅。疫情帶來真實的風險，不僅減緩進展，更使得 2010 年以來的微小成果不進反退 (圖 1)。



權力領域的性別不平等最顯著，分數為 55.0 分。然而，一線曙光在於此領域較其他領域發展更快。其得分在 1 年內上升 1.9 分，自 2010 年以來增加 13.1 分。此一進展大部分歸功於數個會員國的女性經濟和政治決策參與度的顯著發展。

得分第二低的知識領域為 62.7 分，自 2020 年指數發布以來下降了 0.1 分。自 2010 年以來，它的總分僅提高了 2.9 分，反映高等教育特定研究領域中根深蒂固的性別隔離現象。

時間領域得分為 65.7 分，自 2010 年以來下降了 0.3 分，是唯一落到 2010 年水準以下的領域。其揭示了在照顧和社交活動上花費時間當中，持續發生且日益嚴重的性別不平等。由於缺乏資料，因此無法評估該領域的最新發展。此現象再次突顯需要更頻繁統計時間用量資料，才能更有效追蹤該領域的進展，尤其是對於無償工作的監控。EIGE 將在近期蒐集歐盟境內女性和男性從事無償照顧和社交活動的時間資料，藉以改善資料缺乏的情形。

勞動領域雖然取得第三高的 71.6 分，但特定的經濟部門和職業仍呈現就業方面的性別不平等和深刻的性別分歧。其得分在一年內增加了 0.2 分，而自 2010 年以來僅增加了 1.9 分，該領域的性別平等仍是幾乎所有會員國的主要問題。

金錢領域得分 82.4 分，一年提高 0.9 分，自 2010 年以來提高 3.3 分。然而自 2010 年起，在降低貧困風險和男女收入分配均等特定領域的進展整體欠佳。2018 年至 2019 年期間，女性的貧困風險略有下降，但資料尚未反映新冠肺炎在該領域的影響。

([17]) 2021 年性別平等指數是針對 EU-27 計算得出。為實現可比性，針對 EU-27 重新計算先前的所有分數。

圖 1 歐盟會員國性別平等指數分數範圍以及隨著時間的變化

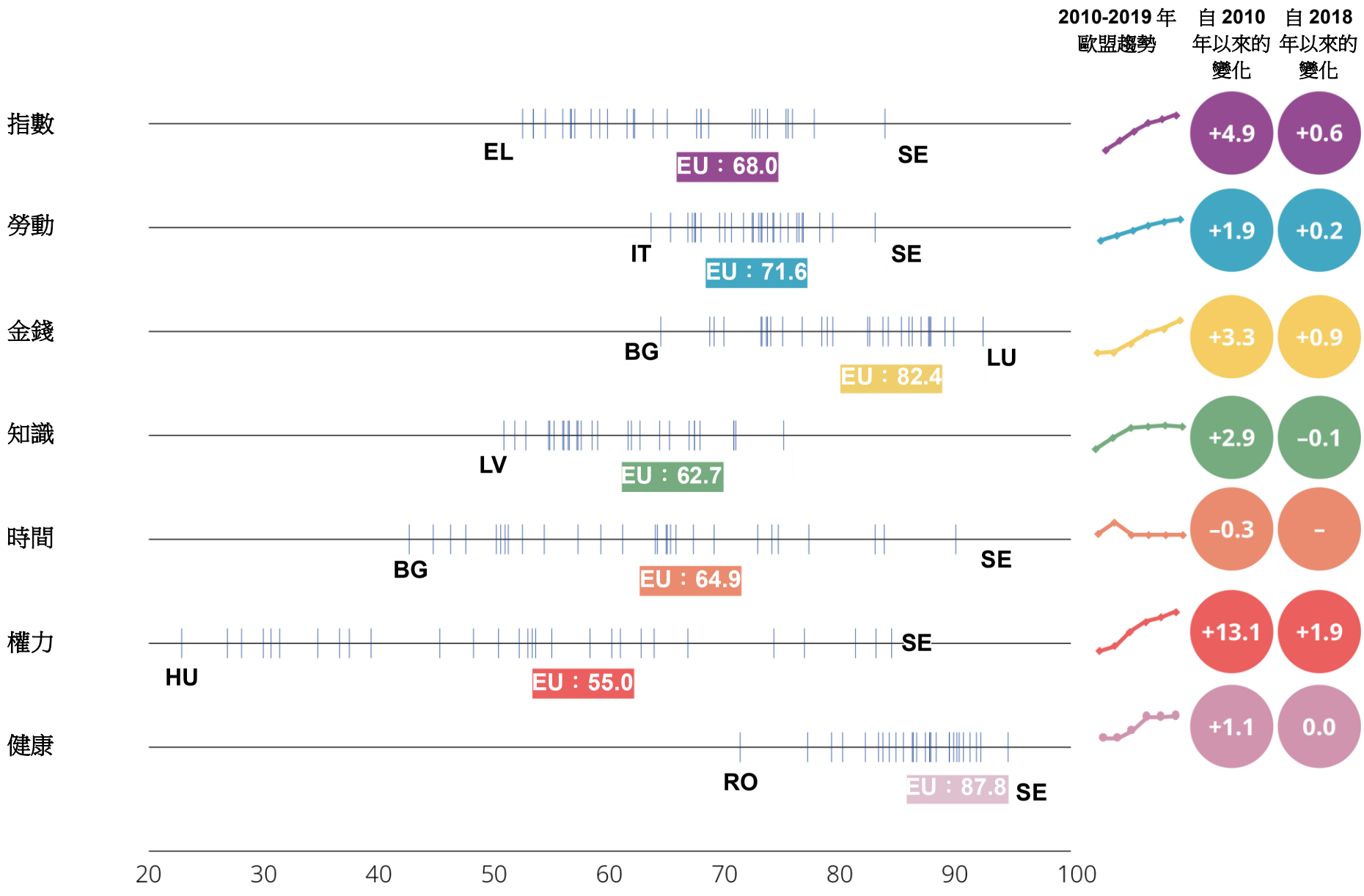
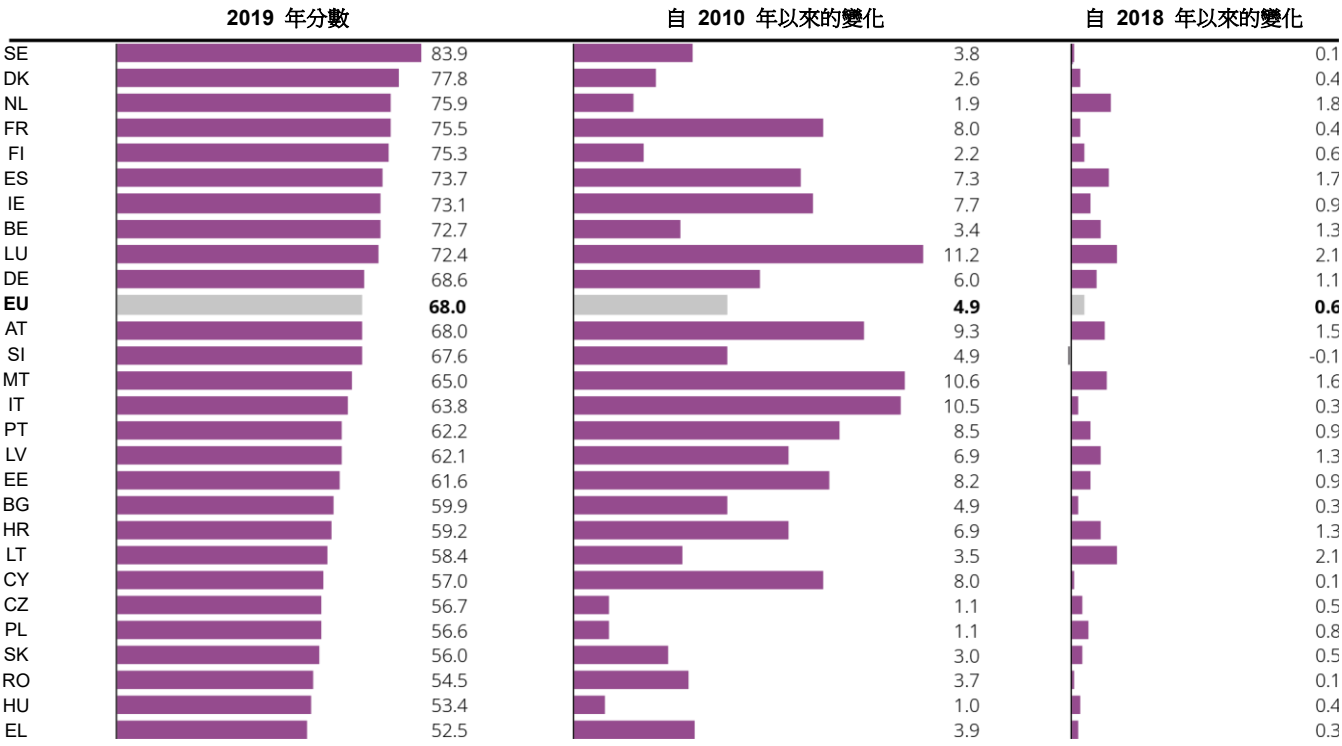


圖 2. 性別平等指數 (相較於 2010 年及 2018 年的變化)



會員國之間的性別平等程度差異甚大 (圖 2)。有 10 個國家超越了歐盟的平均值，其中 9 國指數分數全都超過 70 分，瑞典和丹麥保持前兩名的地位，與上一期報告以及 2010 年一樣。荷蘭攀升至第三位，一年內躍升兩位。法國和芬蘭各下降一位，現在分別排名第四和第五。10 個會員國的得分低於 60，其中希臘、匈牙利和羅馬尼亞在推進性別平等方面的努力最大。

自上一期報告發布以來，盧森堡、立陶宛和荷蘭的指數得分增幅最大，約為 2 分以上。奧地利、克羅埃西亞、德國、拉脫維亞、馬爾他和西班牙的增幅在 1 到 1.7 分之間。然而，斯洛維尼亞的得分下降了 0.1 分。

自 2010 年以來，性別平等方面的最大進展發生在盧森堡 (+ 11.2 分)、馬爾他 (+ 10.6 分)、義大利 (+ 10.5 分)、奧地利 (+ 9.3 分) 和葡萄牙 (+ 8.5 分)。在克羅埃西亞、賽普勒斯、愛沙尼亞、法國、德國、愛爾蘭、拉脫維亞和西班牙，指數得分增幅介於 6.0 和 8.2 分之間。自 2010 年以來，性別平等進展最少的是捷克、匈牙利和波蘭，增幅約為 1 分。其餘 11 個國家的變化步伐緩慢，自 2010 年以來得分提高 1.9 至 5 分 (圖 2)。

1.2. 決策促進變革，隔離帶來阻礙

從 2010 年起，性別平等方面的成就在不同領域和國家之間存在甚大差異。從短期 (2018-2019) 和長期 (2010-2019) 來看，權力領域的進步最為顯著，自上一期報告發布起至 2021 年期間，僅此一領域就占總分改善幅度的 2/3 (71%) (表 1)。其他領域的貢獻遠低於此，而且時間領域長期構成不利影響。

自 2010 年以來，歐盟在權力領域的得分提高了 13.1 分，反映出幾乎所有會員國在這方面的進步。法國 (+ 29.0 分)、盧森堡 (+ 27.8 分)、義大利 (+ 27.0 分)、德國 (+ 24.5 分) 和西班牙 (+ 24.3 分) 的進步最為明顯。2018 年至 2019 年間，西班牙 (+ 7.5 分) 和荷蘭 (+ 6.8 分) 在決策參與的性別平衡方面進展迅速，比利時 (+ 5.3 分)、立陶宛 (+ 5.1 分) 和盧森堡 (+ 5.0 分) 緊追在後。只有保加利亞 (-1.3 分)、斯洛維尼亞 (-2.0 分) 和羅馬尼亞 (-2.8 分) 出現退步情形 (表 2)。

表 1. 歐盟短期 (2018-2019) 和長期 (2010-2019) 不同領域對性別平等指數進展得分的貢獻百分比

	勞動	金錢	知識	時間	權力	健康
短期 (2018-2019)	7	18	– 3	–	71	1
長期 (2010-2019)	6	8	12	– 11	62	2

備註：2019 年沒有時間領域的最新資料。可用資料統計截至 2016 年。

金錢領域占該指數 2010 年至 2019 年總增幅的 8%，占 2018 年至 2019 年增幅的 18%。在女性和男性的金融和經濟狀況方面，起初性別平等得分較低的國家進步更快。從 2018 年到 2019 年，下列國家的得分有所提升：羅馬尼亞 6.1 分，立陶宛 3.8 分，拉脫維亞 3.5 分，愛沙尼亞 3.2 分。瑞典是唯一得分下降的國家，退步 1.4 分。

雖然勞動領域的性別平等得分自 2010 年以來穩定成長，但 2018 年所有會員國的進展幾乎停滯，主要是因為就業方面的性別隔離導致。只有馬爾他 (+ 1.4 分) 和盧森堡 (+ 1.1 分) 有所進步，雖然幅度很小。

在知識領域，拉脫維亞僅在 2018 年至 2019 年將得分提高 1 分以上 (+ 1.6 分)。然而，馬爾他 (- 1.9 分) 和義大利 (-2.9 分) 出現倒退。雖然歐盟女性和男性的教育程度有所提高，但特定研究領域的性別差異仍然存在，導致知識領域的整體退步。

表 2. 會員國性別平等指數和領域長期 (2010-2019) 和短期 (2018-2019) 得分的變化 (單位：分)

會員國	長期增減 (2010-2019)							會員國	短期增減 (2018-2019)						
	指數	勞動	金錢	知識	時間	權力	健康		指數	勞動	金錢	知識	時間	權力	健康
EU	4.9	1.9	3.3	2.9	-0.3	13.1	1.1	EU	0.6	0.2	0.8	-0.1	0.0	1.9	0.0
BE	3.4	2.2	4.4	0.2	-5.0	13.1	-0.2	BE	1.3	0.2	1.2	-0.6	0.0	5.3	-0.2
BG	4.9	1.7	3.7	4.8	-1.2	14.4	1.9	BG	0.3	0.6	2.2	0.3	0.0	-1.3	0.0
CZ	1.1	2.5	5.1	3.1	3.5	-2.9	0.6	CZ	0.5	0.4	2.1	0.1	0.0	0.4	0.0
DK	2.6	-0.4	5.5	-2.2	2.7	8.8	-0.8	DK	0.4	-0.3	2.3	-0.3	0.0	0.6	-0.2
DE	6.0	2.4	2.8	-1.6	-4.8	24.5	1.4	DE	1.1	0.3	1.1	0.7	0.0	3.3	0.1
EE	8.2	1.3	7.7	5.7	1.0	14.7	-0.5	EE	0.9	0.4	3.2	1.0	0.0	0.5	0.6
IE	7.7	3.0	2.3	2.1	3.4	21.2	0.6	IE	0.9	0.6	1.3	0.1	0.0	2.6	0.0
EL	3.9	1.7	-1.6	1.5	9.1	4.7	0.0	EL	0.3	0.9	1.2	0.1	0.0	0.0	0.3
ES	7.3	1.9	1.3	4.4	3.2	24.3	1.7	ES	1.7	0.5	0.6	0.3	0.0	7.5	0.2
FR	8.0	1.7	2.8	5.0	0.7	29.0	0.7	FR	0.4	0.4	-0.7	0.7	0.0	1.6	0.0
HR	6.9	2.9	5.4	1.9	1.2	16.9	2.3	HR	1.3	0.2	1.4	0.2	0.0	3.9	0.1
IT	10.5	2.4	0.5	5.2	4.2	27.0	2.1	IT	0.3	0.4	0.4	-2.9	0.0	3.4	0.0
CY	8.0	0.1	1.9	0.5	5.4	14.6	1.5	CY	0.1	-0.2	0.9	-0.2	0.0	0.2	-0.1
LV	6.9	1.7	9.8	1.7	3.8	15.6	2.0	LV	1.3	0.3	3.5	1.6	0.0	1.0	0.9
LT	3.5	1.6	9.1	1.8	-1.6	6.4	-0.1	LT	2.1	0.1	3.8	-0.1	0.0	5.2	0.3
LU	11.2	5.4	0.6	4.5	-1.1	27.8	0.1	LU	2.1	1.1	2.4	0.8	0.0	5.0	0.4
HU	1.0	2.0	2.5	2.7	0.2	-0.6	1.3	HU	0.4	0.0	1.3	-0.2	0.0	0.7	-0.3
MT	10.6	11.7	5.0	-0.2	9.9	16.6	1.7	MT	1.6	1.4	1.6	-1.9	0.0	4.7	0.3
NL	1.9	2.0	0.4	0.5	-2.0	7.1	-0.1	NL	1.8	0.5	0.8	0.1	0.0	6.8	0.2
AT	9.3	1.5	4.9	5.4	5.2	19.8	0.8	AT	1.5	0.4	1.0	0.5	0.0	4.0	0.0
PL	1.1	0.9	7.2	-0.2	-1.7	0.9	1.7	PL	0.8	-0.1	1.2	0.4	0.0	1.5	0.2
PT	8.5	1.8	1.8	6.4	8.8	18.7	0.5	PT	0.9	0.3	0.8	0.8	0.0	2.5	0.2
RO	3.7	-0.4	9.3	5.6	-0.3	3.9	1.4	RO	0.1	-0.1	6.1	0.4	0.0	-2.8	0.1
SI	4.9	1.1	3.4	1.6	4.6	11.9	1.0	SI	-0.1	-0.1	0.7	0.7	0.0	-2.0	0.9
SK	3.0	2.0	4.9	2.1	6.4	1.2	0.7	SK	0.5	0.2	0.0	0.4	0.0	1.1	0.0
FI	2.2	1.0	3.8	3.3	-2.7	5.2	0.0	FI	0.6	0.1	0.8	0.3	0.0	2.4	0.2
SE	3.8	2.7	0.1	4.5	5.6	6.7	1.4	SE	0.1	0.2	-1.4	1.0	0.0	0.3	0.1

備註：綠色表示增加 > 1 分，紅色表示減少 > 1 分。無法取得 2019 年的時間領域資料。

1.3. 歐盟各地的性別平等差異微幅下降，但新冠肺炎可能改變此成果

雖然會員國之間性別平等的進展差異甚大，但特定國家的進步在一定程度上縮小了歐盟各地的差距。隨著新冠肺炎疫情的影響逐漸顯現，近期的進展成果可能抹煞殆盡。瞭解會員國之間差距的演變及其對經濟和社會向上收斂效應的潛在影響 (歐盟的基本目標之一) 至關重要。

性別平等的向上收斂：提升會員國的表現，同時縮小歐盟各地的差距，有助於消除男女之間的不平等。2019 年性別平等指數報告 (EIGE，2019c) 提出第一項收斂分析。本版依據 Eurofound 和 EIGE 聯合製作的政策簡報 (Eurofound/EIGE，2021) 對 2010 年至 2019 年之間的指數收斂模式進行了最新分析。雖然在此期間取得了穩定進展，但指數得分的演變顯示 2011 年至 2014 年期間會員國得差距有所擴大。這主要是由於各國在經濟和政治決策中對性別不平等的反應不同所致。雖然差距隨後縮小，但在 2019 年再次擴大。部分國家迅速上升超過歐盟平均水準，而在 2010 年低於此水準的國家則改善速度緩慢，且表現更加落後。某些國家在 2019 年仍處於同一位置。雖然如此，歐盟整體仍呈現向上收斂的趨勢。

詳細檢視個別會員國的表現後，揭示了相對於歐盟平均水準的四種不同趨勢 (圖 3)。

a) 平坦化：國家性別平等指數得分高於歐盟平均水準，但上升速度低於歐盟平均水準 (比利時、丹麥、荷蘭、芬蘭和瑞典)。

b) 優於平均：國家性別平等指數得分高於歐盟平均水準，並且以快於歐盟平均水準的速度提高。結果導致兩者之間的差距日增 (德國、愛爾蘭、西班牙、法國、盧森堡、奧地利和斯洛維尼亞)。

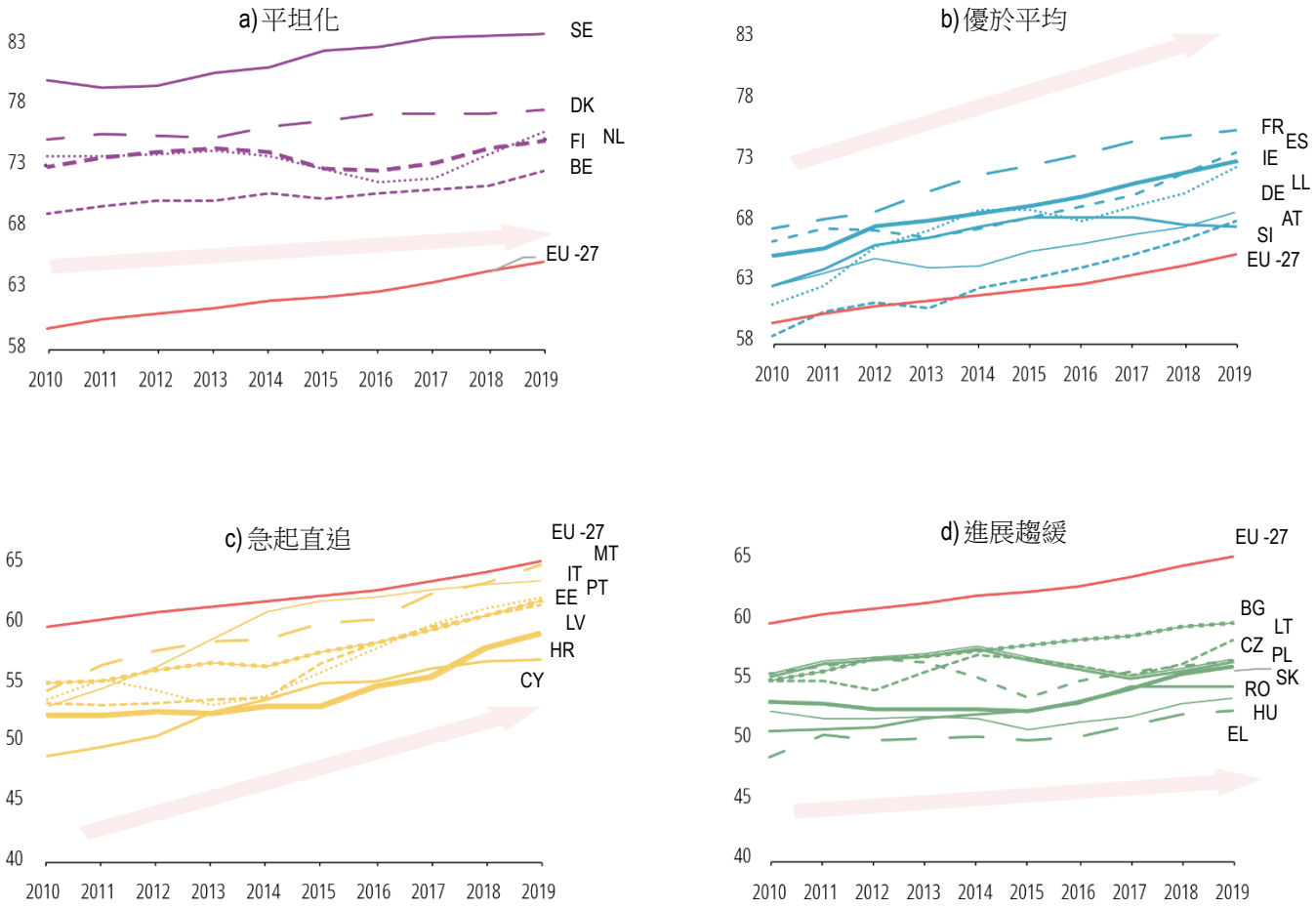
c) 急起直追：全國性別平等指數得分最初低於歐盟平均水準，但比歐盟平均水準提高得更快，因而縮小差距 (愛沙尼亞、克羅埃西亞、義大利、賽普勒斯、拉脫維亞、馬爾他和葡萄牙)。

d) 進展趨緩：國家性別平等指數得分低於歐盟平均水準，而且上升速度較慢，差距逐漸擴大 (保加利亞、捷克、希臘、立陶宛、匈牙利、波蘭、羅馬尼亞和斯洛伐克)。

2010 年至 2019 年的進展趨勢顯示，性別平等方面的最大進展主要發生在歐盟南部國家。在法國、義大利、賽普勒斯、盧森堡、馬爾他、奧地利和葡萄牙，該指數得分提高了 7.5 分以上。在波羅的海國家中，愛沙尼亞上升了 7.3 個百分點。一般而言，性別平等程度較低的國家進步更快，而表現最佳的國家則放緩。相較於指數排名第一的瑞典，可以看出各會員國自 2010 年至 2019 年期間差距略有縮小。這顯示出向上收斂的長期進展趨勢 (Eurofound/EIGE，2021)。

雖然 2021 年指數得分顯示 2010 年至 2019 年間性別平等進展甚微，但新冠肺炎對社會、經濟的衝擊及其對女性極大的影響，可能造成性別平等的向上收斂轉變為分歧和下降趨勢。2022 年版的性別平等指數預計將研究此一流行病及其對性別平等的社經影響。

圖 3. 歐盟各會員國的性別平等指數得分和收斂模式 (2010-2019 年)



2. 勞動領域

工作領域的性別不平等仍然根深蒂固 (EIGE，2020a)。此事實反映在女性較低的就業率和較高的失業率，以及就業市場中的性別隔離和相關的薪酬挑戰 (見第 3 章)。性別規範和刻板印象是勞動領域中性別不平等的關鍵成因，而照顧、家庭和其他家務的分配不均是女性平等參與勞動力的主要障礙 (EIGE，2020e)。

大多數女性仍然面臨文化規範的要求，包括辭職或大幅減少帶薪工作時間，以滿足照顧需求。這會對個人收入、接受培訓和技能再造的機會產生影響 (EIGE，2019e)。對男性而言，照顧和家庭責任並非就業的結構性限制。然而，他們若減少工作時間以承擔更多家庭照顧責任時，則更常面臨質疑，例如來自雇主或同事的反對。

本次分析著重探討 2019 年的趨勢，此策略攸關深入瞭解新冠肺炎危機如何影響女性和男性就業機會，尤其是針對勞動市場上處於多重弱勢的群體。這場危機前所未有地暴露了有償和無償工作之間以及經濟和衛生領域之間的關鍵聯繫。

工作對於人們的生活至關重要，並且透過社會、身體和社會心理上的危害影響福祉和健康，包括受傷或職業病、壓力及其他更多類型的風險。這會對女性和男性帶來不同結果，取決於他們的工作量、工作類型以及工作產業 (Leka 和 Jain，2010)。較佳的工作品質與個人健康的改善有關 (Barnay，2016 年；Henseke，2018)，而不穩定的就業狀況與較差的健康結果有關 (Benach 等人，2014 年；Siegrist 等人，2016)。這表示勞動市場中的性別不平等反映在健康方面的性別不平等上。一般而言，促進就業和改善工作條件的政策，有助於改善人口健康和減少性別方面的健康不平等 (Naik 等人，2019)。

歐盟近期頒行的各項政策，旨在因應性別平等、工作以及生活中工作相關維度之間的重要關係。歐盟 2020-2025 性別平等策略 (歐盟執委會，2020b) 的主要目標包括縮小性別落差、因應邊緣化女性在勞動市場中比例過低的問題，以確保不同經濟領域的平等參與。執委會建議採取積極行動支持就業，呼籲在歐盟資金補助下，向受新冠肺炎危機影響最嚴重的群體提供政策支援。這類群體包括女性、高齡員工和身心障礙者 (歐盟執委會，2021b)。

此建議也提倡創造就業機會，以及從衰退的產業轉職到發展中或缺乏技術性勞工的產業，例如資訊科技和照護產業。《歐洲社會權利支柱行動計畫》(歐盟執委會，2021d) 設定的整體目標為：到 2030 年至少 78% 的 20-64 歲人口就業，並認知到若要實現這一目標，就必須在 2019 年將性別就業差距至少減半。該計畫主張需要提供更多的正規幼兒教育和照顧，以更有效協調職場與私人生活，並支持女性參與勞動市場。

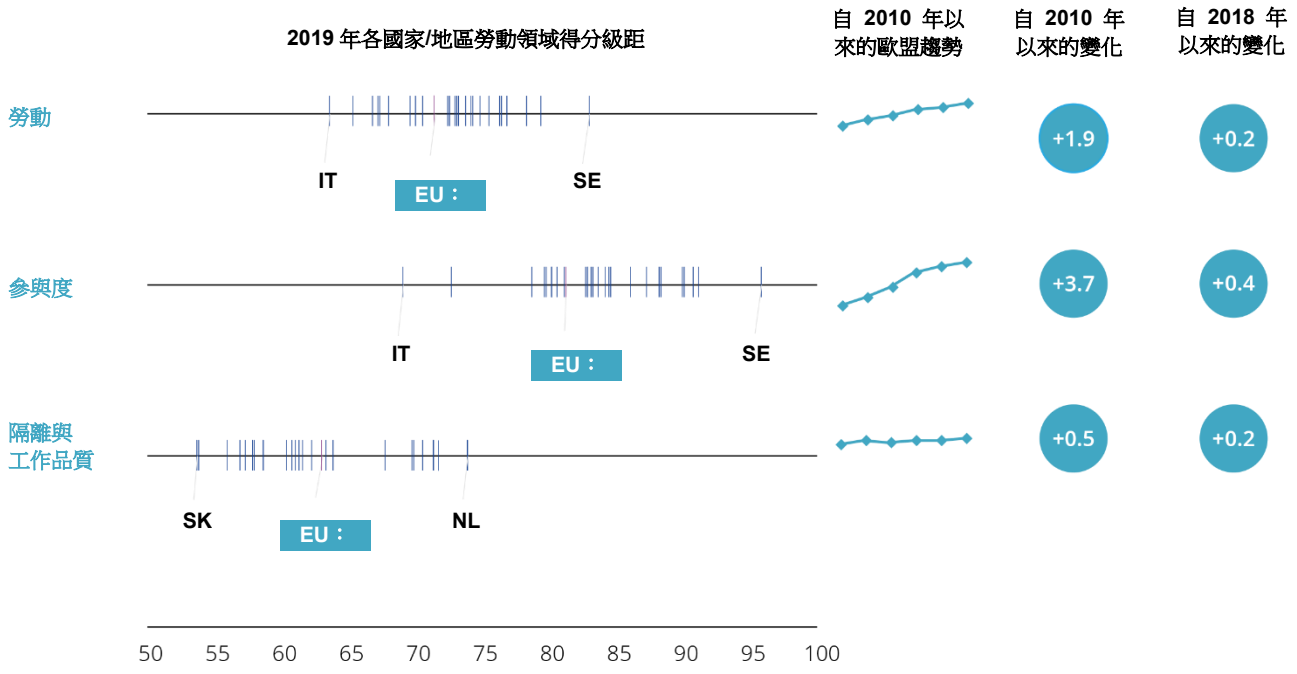
2.1. 自 2010 年以來變化步幅微弱

勞動領域 ([18]) 是歐盟 27 國自 2010 年以來進展最慢的領域之一。繼 2018 年僅提高 0.3 分之後，2019 年其得分僅提高 0.2 分 (圖 4)。第 5 版指數報告曾經預期會出現這種減緩現象，因為 2010-2018 年的進展主要是由 2008 年經濟危機的復甦和危機後的相對穩定所促成 (EIGE，2020g)。鑑於新冠肺炎疫情對女性員工的影響，2019 年的得分令人擔憂。

此領域進展微乎其微，部分原因是「參與度」次領域的進展甚少。此次領域的得分增幅較低，2019 年為 0.4 分，甚至低於 2018 年的 0.5 分。「隔離」和「工作品質」的次領域在 2019 年的進展甚至更少，僅增加 0.2 分。自 2010 年以來，此次領域的得分總共僅上升了 0.5 分。在勞工性別隔離領域，這種緩慢的進展速度突顯性別平等成果的脆弱性，以及歐盟各地面臨挑戰的棘手程度 (圖 4)。

由於缺乏可用資料，上述進展未將兩項指標的變化納入考量。具體而言，「能在工作日休息數小時來處理個人或家庭事務」的指標和職業前景指數保持不變，因為近期的資料是從 2015 年開始統計。因此，鑑於「隔離」和「工作品質」次領域指數得分偏低 (63.1 分)，仍無法確定性別平等的進步或退步在多大程度上應歸因於工作與生活平衡這項重要層面。

圖 4. 勞動領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化



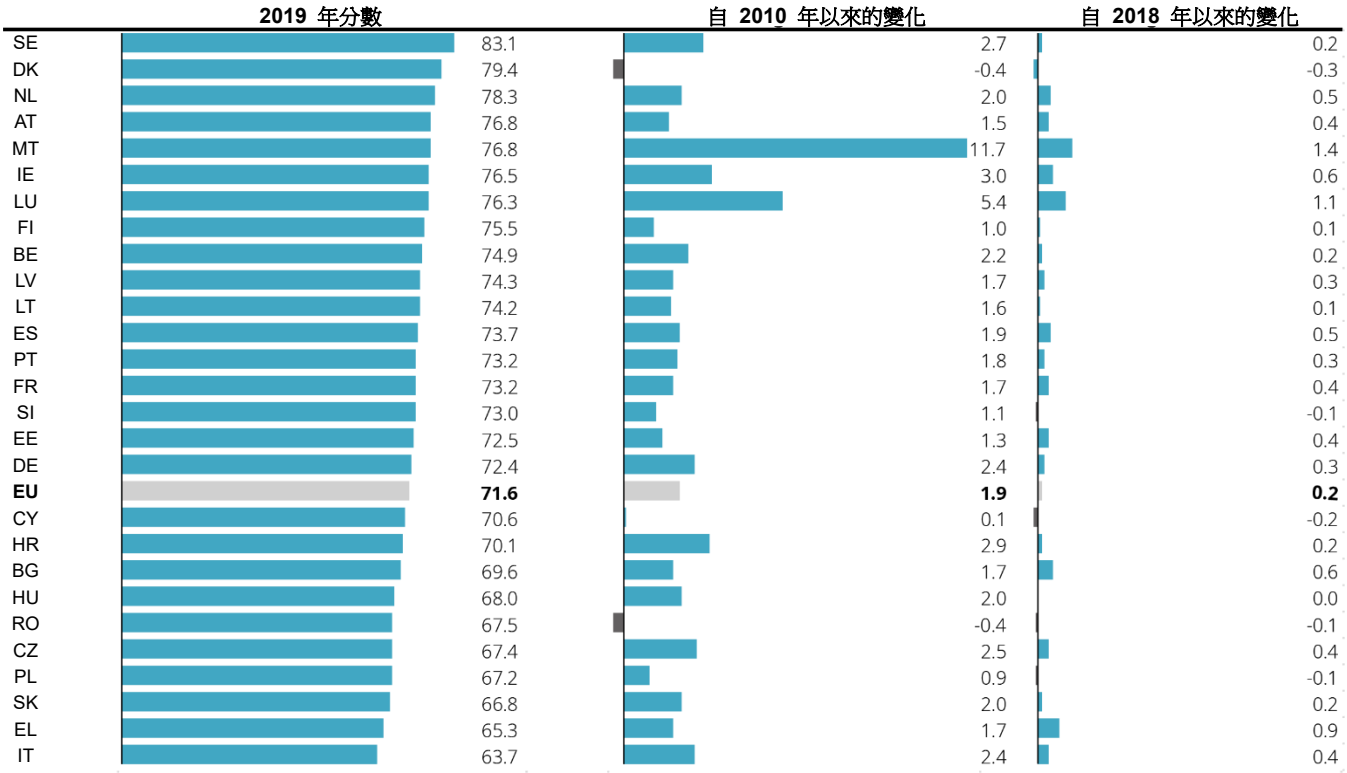
([18]) 勞動領域衡量女性與男性可從平等就業及良好工作條件受益的程度。「參與度」次領域結合了兩個指標：全時等量就業率以及工作壽命持續時間。「性別隔離」及「工作品質」被納入第二個次領域。部門的性別隔離是透過女性與男性在教育、人體健康和社會工作部門的參與度來衡量，工作品質則是由彈性工作時間安排及 Eurofound 的職業生涯展望指數來衡量。

「參與度」次領域指數得分相對較高 (81.3 分)，掩蓋了歐盟各地和就業形式的巨大性別落差。例如，2019 年女性的全時等量就業率比男性低 16 個百分點 (見第 2.2 節)。馬爾他 (21.8 個百分點)、義大利 (20.1 個百分點) 和荷蘭 (19.2 個百分點) 的性別落差特別大。義大利的情況尤其令人擔憂，女性的全時等量就業率為 31.4%，比歐盟 27 國平均水準低 10 個百分點以上，為歐盟中最低。全時等量就業率的性別落差也反映一項事實，即從事非標準且不穩定工作 (包括兼職工作) 的女性比例高於男性。

「隔離」和「工作品質」次領域的低分反映出的事實在於，因應一系列性別平等挑戰的進展已陷入停滯。例如，女性持續主導教育、衛生和社工就業部門，即使傳統上女性就業參與率較高的國家也是如此。例如，這些產業的性別差異在芬蘭為 30.4 個百分點，在丹麥為 30 個百分點，在瑞典為 29.8 個百分點，在比利時為 28.4 個百分點，在荷蘭為 26.5 個百分點。

隨著勞動領域的初步整體進展，國家層面的發展尤為重要 (圖 5)。其既顯示持續的挑戰，也展現出進步的跡象。2019 年，有五個國家該領域的分數呈現退步：波蘭、羅馬尼亞和斯洛維尼亞下降 0.1 分、賽普勒斯 (-0.2 分) 和丹麥 (-0.3 分) 下降幅度更大。丹麥的案例反映了前幾年進展成果的脆弱性；2019 年的退步是自 2010 年以來總分下降 0.4 分的最大成因。羅馬尼亞是唯一在同時期得分為負的國家，同樣是 -0.4 分。

圖 5. 歐盟會員國在勞動領域的分數以及自 2010 年及 2018 年以來的變化

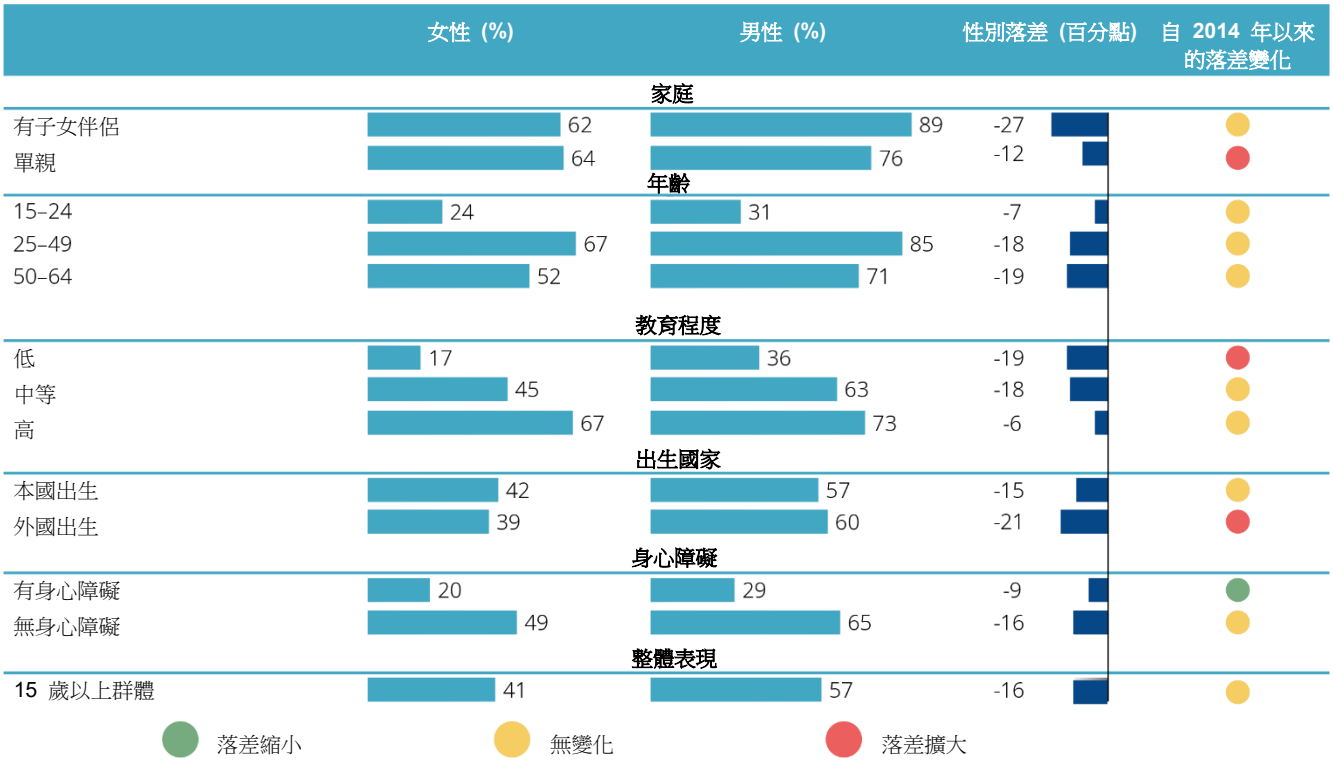


其他地區的進展較為正面。馬爾他的勞動領域持續快速成長，2019 年提升 1.4 分，在所有歐盟國家中增幅最大。雖然如此，年度變化仍低於 2018 年，當時增加了 2.1 分，顯示馬爾他的進展趨於平緩。其他指數得分出現顯著正向變化的國家包括希臘 (+ 0.9 分)、保加利亞和愛爾蘭 (+ 0.6 分) 以及荷蘭和西班牙 (+ 0.5 分)。整體而言，瑞典以 83.1 分位居榜首，其次是丹麥 (79.4 分) 和荷蘭 (78.3 分)。該領域得分最低的是義大利 (63.7 分)、希臘 (65.3 分) 和斯洛伐克 (66.8 分)，但這些國家在 2019 年都有所進展。

2.2. 無償育兒任務仍阻礙女性投身全職工作

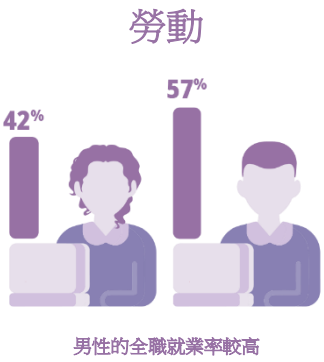
全時等量就業率在不同的群體中差異甚大，且一致對女性不利。如圖 6 所示，2019 年全時等量就業率最大的性別差距 (27 個百分點) 發生在育有子女的伴侶中，在此家庭群體中，62% 的女性為全職工作，而男性為 89%。外籍女性和男性的全時等量就業性別落差第二大，為 21 個百分點。其次是低學歷群體的 20 個百分點。此群體在 2019 年的全職工作人員比例也偏低，僅有 17% 的女性和 36% 的男性。2019 年所有女性群體的全時等量就業率從低學歷群體的 17% 到 25-49 歲或高學歷的 67% 不等。在男性中，全時等量就業率最低群體是身心障礙男性的 20%，最高為育有子女的男性，達 89% (圖 6)。

圖 6. 歐盟 2019 年按性別、家庭組成、年齡、教育程度、出生國家及身心障礙區分的全時等量就業率 (%)



資料來源：作者的計算、歐盟勞動力調查(EU-LFS)。採用「歐盟身心障礙者收入和生活條件統計(EU-SILC)」資料 (IE，IT，2018)。

移民面臨許多就業障礙，而且往往難以謀得品質較高的工作。例如，移民女性通常只能從事低薪照顧工作 (Addati，2018；EIGE，2020c、2021d)。FRA (2019) 報告指出，歐盟移民人口就業率的性別落差極大。特別是，在北非裔族群中，女性從事有償工作的可能性遠低於男性，性別落差從法國的 19 個百分點到義大利的 40 個百分點不等。同樣，在奧地利的土耳其裔女性就業率比土耳其裔男性低 45 個百分點以上 (FRA，2019)。



雖然女性和男性的全時等量就業率持續上升：女性從 2014 年的 39% 上升到 2019 年的 42%，同期男性從 55% 上升到 57%：但持續和巨大的性別落差仍令人擔憂。這包括育有子女的伴侶出現男女落差，突顯出無償照顧職責仍然是女性從事有償工作的主要障礙。這種長期的持久差距也表示未能有效實施結構性變革，而這種變革對於推動女性全時等量就業領域的進展而言有其必要。新冠肺炎危機加劇了這種情況。雖然無償照顧是管控新冠肺炎傳播和降低經濟封鎖程度的主要緩衝機制 (Klatzer 和 Rinaldi，2020)，但大部分無償照顧者 (即父母，尤其是母親) 在失業群體人口中占最高比例 (EIGE，2021c)。

相較於 2014 年，2019 年低學歷群體與外籍人士的全時等量就業性別落差也有所擴大。後一群組的落差擴大令人擔憂，因為這可能顯示性別相關刻板印象和規範強化的趨勢，而且越來越多證據顯示，外籍人士受到新冠肺炎危機的影響尤甚 (EIGE，2021c)。

雖然 2019 年身心障礙女性和男性之間的就業差距有所縮小，但應審慎看待這項發現，並進一步予以監控。此群體規模相對較小，造成變化的主因之一是性別平等指數資料依據歐盟 27 國層級的分析而進行了統計調整 (不含英國)。

2.3. 女性首當其衝受到新冠肺炎對工作的影響

新冠肺炎危機對就業部門的性別化影響。女性擔任必要工作者 (essential workers) 的比率過高，包括在醫療照護產業、受害者支援服務、教育和食品零售業 (EIGE，2020c)。她們在第一線工作的處境，顯示其不僅是最容易接觸新冠肺炎的群體，而且也經歷與工作相關的高度壓力和情緒疲憊 (Barello 等人，2020)。例如新興研究指出，育有 12 歲以下子女的女性醫護人員的倦怠程度特別高，她們苦於因應增加的工作量，以及更多照護職責的雙重負擔 (Duarte 等人，2020)。

危機期間的失業也集中發生在女性員工占多數的部門。在 2020 年的第一次封鎖期間，歐盟有 150 萬名在高度女性化和受危機影響產業中的女性失去工作，例如零售業、旅宿、居家照顧、家政工作和成衣製造 (EIGE，2021c)。這些部門大多數在當年都沒有恢復。

雖然大量女性和男性失業，但 EIGE 研究 (2021c) 顯示，第一波新冠肺炎疫情中處境最不利的是 15-24 歲的年輕女性。其中，2020 年第二季的就業人數較 2019 年同期下降 10% 以上；同齡男性的相應數字為 9%。不同女性和男性群體的數字差異甚大，超過 2% 的 15-64 歲女性和男性失業。同樣，低學歷或在外國出生者受到的影響最大。低學歷的女性就業率下降至 34% (2019 年為 51%)，外籍女性就業率下降至 50% (2019 年為 69%)，抵銷了數十年來的進展成果。

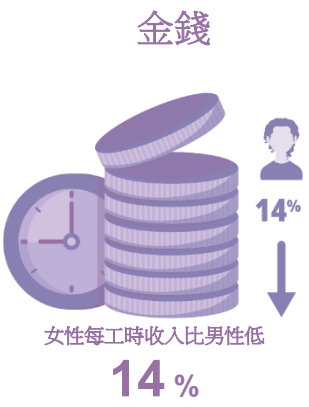
根據 EIGE 研究 (2021c)，2020 年夏季的復甦使更多男性重返勞動市場。男性恢復了 140 萬份工作職務，女性僅恢復了 70 萬份。25-49 歲女性的就業率成長緩慢，僅達到 0.3%，而同齡男性達到其兩倍多為 0.7%。這項差異突顯女性在任何時期重返勞動市場的主要障礙，但由於新冠肺炎管制期間持續的無償照顧職責，甚至使這些障礙變得更加艱難 (Klatzer 和 Rinaldi，2020)。

2020 年夏季的緩慢復甦顯示，危機對女性社經條件的衝擊，可能比對男性產生更持久的不利影響，特別是最難以謀職或工作的群體尤其如此 (EIGE，2021c)，2020 年最後一季的資料證實了這一點。歐盟統計局的實際工作總時數指數顯示，相較於第一季的資料，女性從事有償工作的時間下降了 6.1 分，男性下降了 4.3 分 ([19])。特別令人擔憂的是特定群體的就業狀況，例如女性移民。在 2020 年最後一季，15 至 64 歲在歐盟 27 國境外出生的女性就業率於夏季略有恢復後再度下降 ([20])。相較之下，在 2020 年第三和第四季，出生在歐盟 27 國境外同齡男性的就業率有所上升。

([19]) 作者依據 Eurostat 資料庫的數據進行計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsi_ahw_q。

([20]) 作者依據 Eurostat 資料庫的數據進行計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsq_ergacob。

3. 金錢領域



2019 年，女性整體而言取得財務資源的限制仍多於男性。根據歐盟統計局數據，2019 年歐盟女性的時薪總額平均比男性低 14%。單親家長，尤其是單親媽媽的時薪總額偏低的情形特別令人擔憂 (見第 3.2 節)。這導致女性的經濟獨立水準仍然遠低於男性，使得「貧窮女性化 (feminisation of poverty)」成為歐盟的一項嚴重隱憂。

金錢領域性別不平等的根本原因眾多，而且往往相互關聯。母職角色以及男女之間無償育兒的分工不平等，使女性較難投入更多時間從事有償工作 (EIGE，2019e)。女性兼職工作的整體比例更高，因為她們在更大程度上兼顧了有償工作和無償照顧工作的需求 (見第 2 章「勞動領域」和第 5 章「時間領域」)。工作隔離也加劇收入不平等的情形，因為女性在薪資較低的部門和職業中占大多數 (EIGE，2019c)。

經濟狀況和財務資源，尤其是收入，是男女健康問題的重要社會決定因素。較高的收入支援能改善健康，而較佳的健康有助於個人賺取更高收入 (Deaton，2002；Smith，1999)。收入與健康之間有兩種因果關係：其直接影響生物生存所需的物質條件，如有營養的食物和安全的住所，並間接影響社會參與和生活機會，如體育和福祉活動，這可能對健康和健康相關風險產生影響 (Lynch 等人，2004；Marmot，2002)。即使收入水準或生活水準相當 (Furnée 等人，2011)，各國女性和男性自述健康不良的情形仍呈現顯著收入相關差異。醫療照護體系的規劃也至關重要。收入水準決定了是否可負擔和取得醫療資源，因其影響個人自費支付間接費用 (例如診斷和治療費用) 的能力。

雖然 60 多年來，「同工同酬」或「同值工作同等報酬」的權利向來是歐盟條約的基礎原則，並且制定大量政策來因應性別收入不平等問題，但女性的平均收入仍如上所述低於男性。《歐洲社會權利支柱行動計畫》規定取得金融資源的平等機會、同工同酬的原則、取得適足最低收入福利的權利，以及男女領取年金權利的平等機會。

解決性別薪資落差和實施具約束力的薪酬透明度措施，也是歐盟的高度優先事項。由於會員國實施 2014 年度執委會薪資透明度建議 ([21]) 的進展緩慢，即使只實施部分亦不見起色，因此歐盟執委會於 2021 年提出一項具約束力的措施提案 ([22])。其中包括員工有權瞭解同值工作從業人員的薪酬水準，以及聘有 250 名以上員工的公司有義務報告其性別薪資落差。為了進一步縮小性別薪資落差，並認知到女性占低收入群體的大多數，歐盟於 2020 年 10 月頒布歐盟指令 2020/682，據以規定歐盟境內合宜的基本工資 ([23])，並在其中訂立適足最低收入提案，藉此縮小性別相關的工資和年金落差。

([21]) 2014 年 3 月 7 日頒布的執委會 2014/124/EU 號建議，希望藉由提升透明度來加強男女同酬原則，與歐洲經濟區 (EEA) 相關條文如下 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/? uri=CELEX:32014H0124。

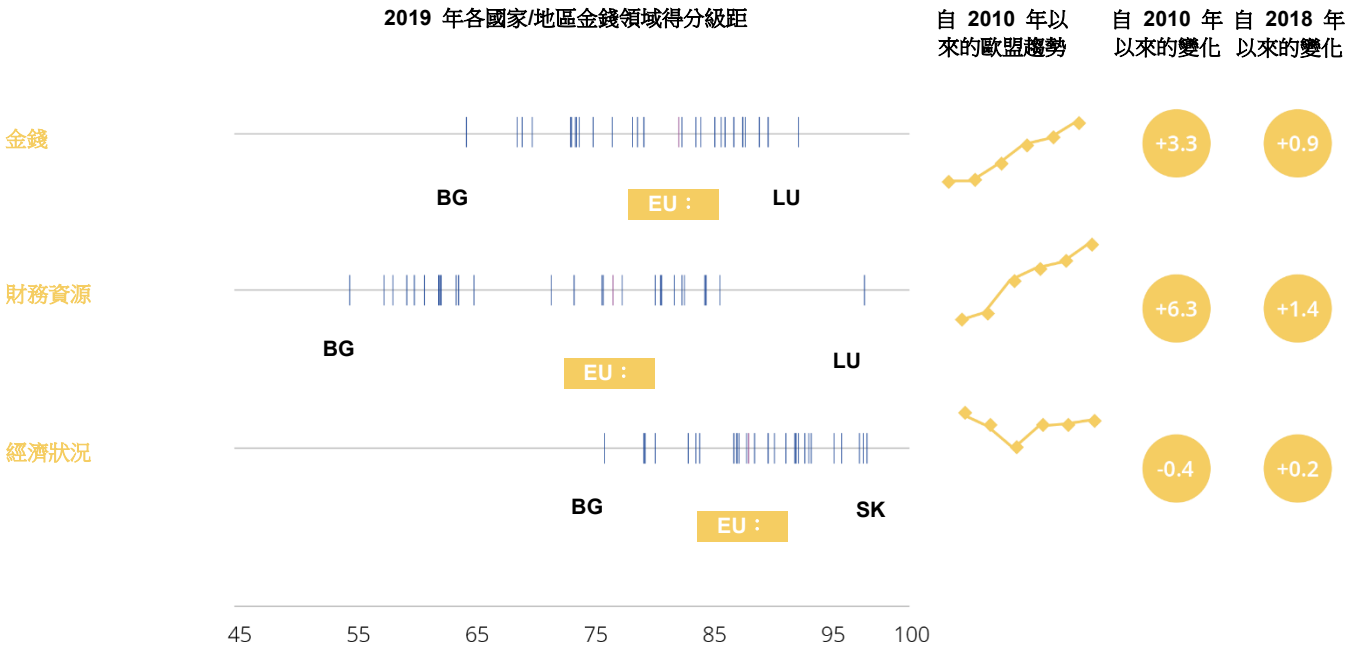
([22]) 歐盟執委會 (薪資透明度提案)，https://ec.europa.eu/transparency/documents-register/detail?ref=COM (2021)93&lang=en。

([23]) 指令 COM/2020/682，https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020PC0682。

3.1. 所得和收入平等仍然遙不可及

2019 年金錢領域 ([24]) 得分 82.4，提升 0.9 分 (圖 7)。這顯示該領域變化雖然緩慢，但仍持續進展，自 2010 年以來得分僅上升 3.3 分。在歐盟會員國中，盧森堡排名第一，保加利亞排名最後。「金錢」領域的整體成長受到「財務資源」次領域的推動，得分自 2018 年以來上升 1.4 分，自 2010 年以來上升 6.3 分。在此，盧森堡和保加利亞的國家排行也名列前茅。然而，歐盟 27 國得分為 76.9 分，表示女性的財務資源管道仍有許多進步空間。「經濟狀況」次領域的變化速度同樣差強人意，自 2018 年以來僅增加 0.2 分。在此領域，斯洛伐克排名第一，保加利亞再次排名最後。令人震驚的是，2019 年整個歐盟的貧窮性別落差較 2010 年擴大了 0.4 分。

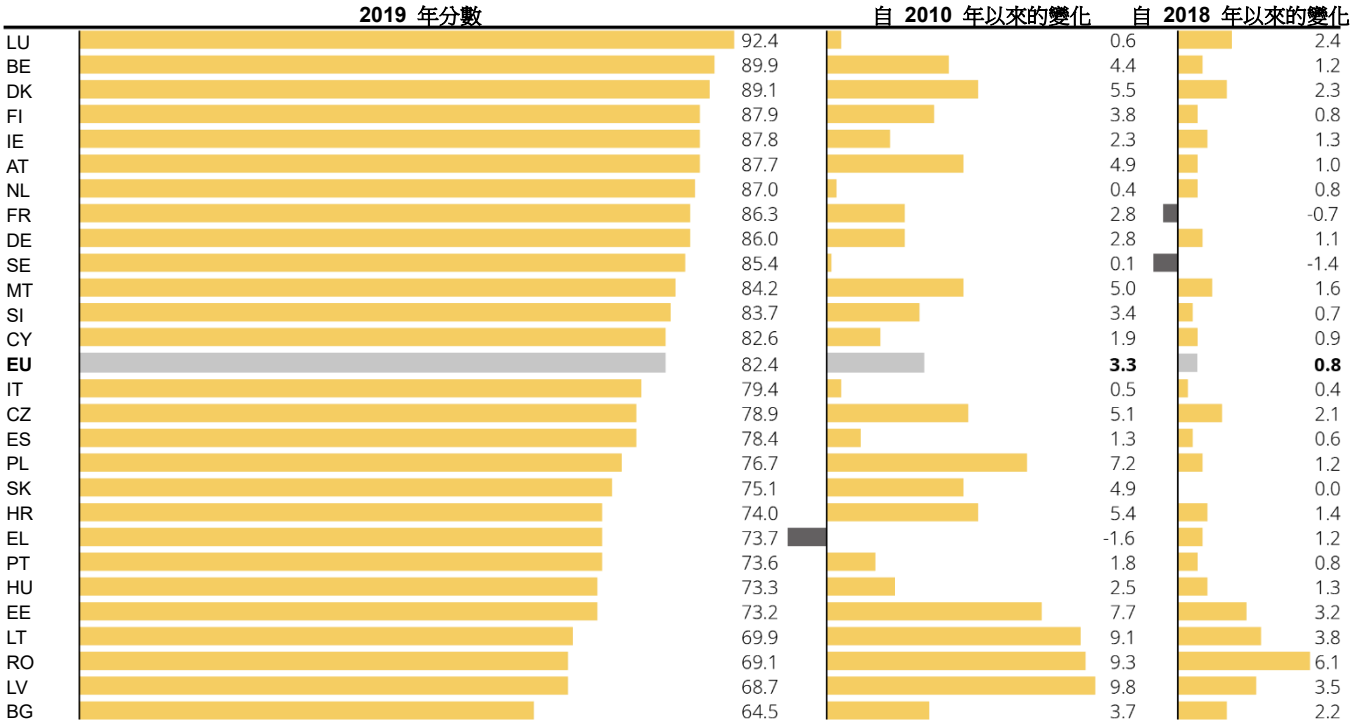
圖 7. 金錢領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化



資料來源：作者的計算、歐盟勞動力調查(EU-LFS)。採用「歐盟身心障礙者收入和生活條件統計(EU-SILC)」資料 (IE，IT，2018)。

([24]) 金錢領域衡量取得財務資源和經濟狀況的性別不平等。「財務資源」次領域包含女性和男性來自工作的平均每月所得，以及平均均等化淨收入 (來自年金、投資、福利，以及除有酬工作所得外的其他資源)。「經濟狀況」次領域考量了女性和男性的貧窮風險，以及女性與男性之間的收入分配。

圖 8. 歐盟各會員國的金錢領域分數以及自 2010 和 2018 年以來的變化



資料來源：作者的計算、歐盟勞動力調查(EU-LFS)。採用「歐盟身心障礙者收入和生活條件統計(EU-SILC)」資料 (IE，IT，2018)。

3.2. 單身女性 (尤其是高齡者) 面臨最高的貧窮風險

2019 年，金錢領域得分最高的國家是盧森堡的 92.4 分，最低的國家是保加利亞的 64.5 分 (見圖 8)。自 2018 年以來，幾乎所有國家都有所進展，特別是羅馬尼亞 (+ 6.1 分)、立陶宛 (+ 3.8 分)、拉脫維亞 (+ 3.5 分) 和愛沙尼亞 (+ 3.2 分)。自 2010 年以來進步幅度最大的國家是拉脫維亞 (+ 9.8 分)、羅馬尼亞 (+ 9.3 分)、立陶宛 (+ 9.1 分) 和愛沙尼亞 (+ 7.7 分)。相較之下，自 2018 年以來，瑞典的得分下降了 1.4 分，法國的得分下降了 0.7 分。斯洛伐克是唯一自 2018 年以來沒有變化的記錄。希臘是 2010 年以來唯一出現倒退的國家，其得分下降了 1.6 分 (圖 8)。

家庭組成、年齡、教育程度、移民狀況和 (身心障礙) 能力影響男女之間的收入差距。不論是否育有子女，伴侶群體的收入差距皆不明顯，但單身人士和單親父母經歷的性別不平等則達到驚人程度。單親媽媽的收入比單親爸爸少 2.125 個購買力標準 ([25])，但單身女性和單身男性之間的收入差距最大，女性的收入比男性低 2.706 個購買力標準 (圖 9)。

由於收入不平等隨年齡逐漸擴大，導致老年人的性別落差最大。65 歲以上的女性獲取的購買力標準比男性少 1.934。這種現像稱為「性別年金落差」，具有眾多成因。其中包括由於孕產懲罰、工作隔離、年金制度差異、工作強度以及終生薪酬等因素而導致的就業年限縮減 (EIGE，2015)。在歐盟各地，雖然已從 2010 年的 35% 下降到 2018 年的 30% ([26])，但性別年金落差仍然甚大。年金是老年人最重要的收入來源；因此，這方面的性別落差導致領取年金的女性面臨較高的貧困風險。高齡單身女性面臨著最大的經濟困難，因為她們無法依賴遺屬年金或伴侶的收入生活 (歐洲議會，2016b)。

([25]) 購買力標準 (PPS) 是一種人造通貨單位，用於解釋會員國之間的價格水準差異。

([26]) EU-SILC 調查，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_pnp13。

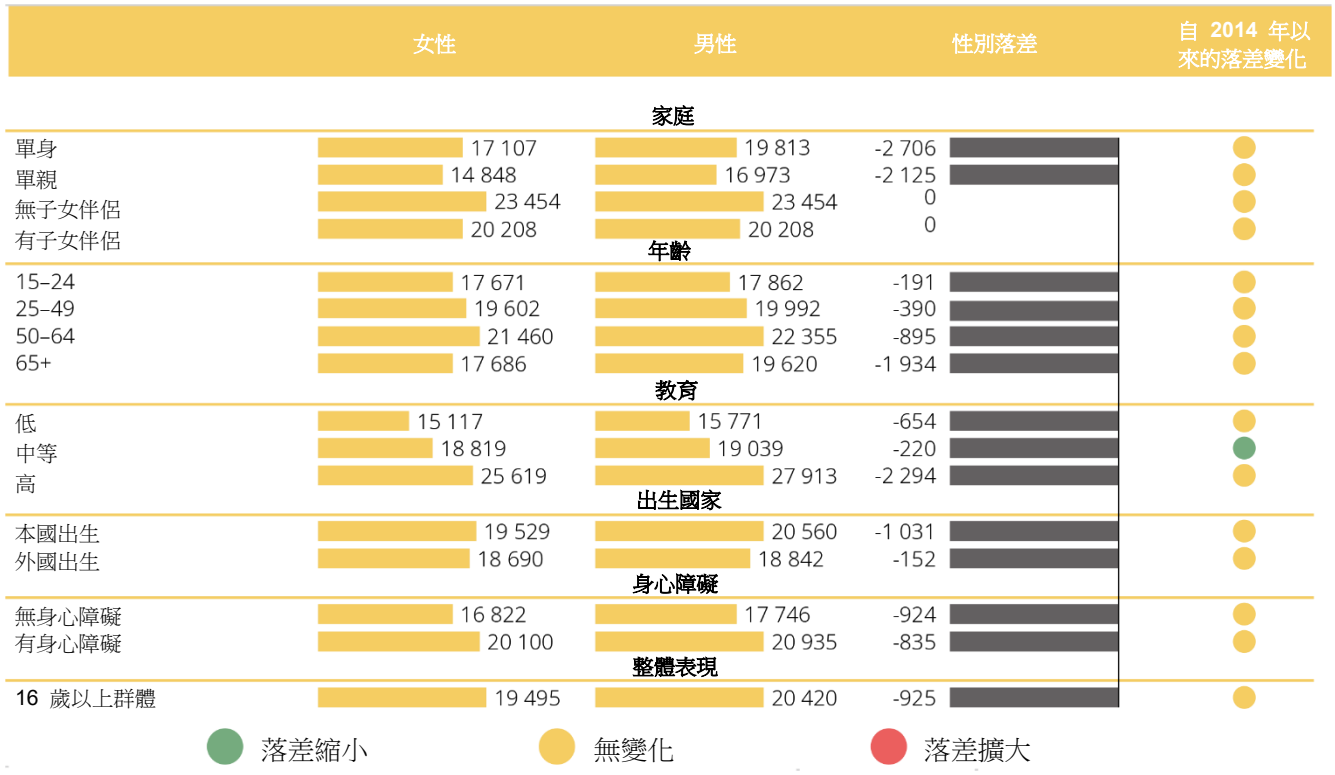
3.3. 新冠肺炎加劇了女性的經濟脆弱性和困境

早在疫情之前，歐盟女性的貧窮或社會排斥風險就已高於男性 (EIGE，2020g)。女性已較男性更可能從事無酬、低薪或臨時工作。新冠肺炎危機可能使女性的經濟狀況惡化，因為她們在受封鎖措施重創的部門中的人數過多，表示比男性更可能失業或縮短工作時間 (EIGE，2021c；ILO，2021)。15 至 24 歲的女性是最可能在 2020 年上半年失業的群體 (Eurofound，2021a)，因為她們在旅宿、零售、藝術和娛樂領域就業人數眾多。

學校和托育服務的關閉進一步限制家長 (尤其是母親) 的就業機會，並增加了需撫養子女家庭的貧窮風險。Eurofound 的新冠肺炎線上調查顯示，有子女的家庭比無子女的家庭更難以維持生計 (Mascherini 和 Bisello，2020)。疫情可能增加貧窮風險，對於單親媽媽及其子女的影響尤甚。

新冠肺炎危機的負擔落在女性和男性身上的程度，取決於危機前的不平等狀況，以及復甦因應政策如何減輕疫情的影響。自 2020 年春季以來，所有會員國都針對受疫情影響的民眾推出收入支持措施。然而，女性取得收入支持的能力低於男性，原因包括任職部門缺乏保障方案，或是提供的福利較低，或因為她們不符合資格標準。女性從事的工作，大多是特定危機相關職業保障計畫未涵蓋或較少涵蓋的產業、公司類型或職務 (Rubery 和 Tavora，2020)。此外，由於女性職涯較短或中斷，而工作年資又是領取失業救濟或育兒假津貼的重要條件，因此她們更難達到援助的資格標準。與男性相較，女性取得的收入支持類型反映其在就業市場中的不同職位，以及她們過於沉重的照顧責任負擔。具有性別敏感度的復甦政策必須力求兩性平等分擔照顧責任，並加強捍衛第一線工作、低薪和臨時工作從業者的價值，如護理人員、護理師和清潔人員，進而消除性別薪資落差。

圖 9. 歐盟 2019 年按性別、家庭組成、年齡、教育程度、出生國家、身心障礙、購買力標準區分的平均等值淨收入



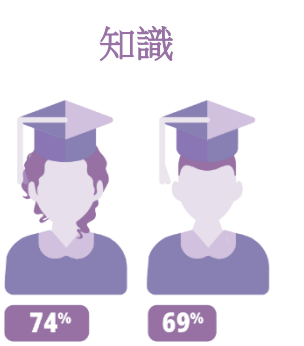
資料來源：作者的計算、EU-SILC，2019(IE，IT，2018)。

備註：等值淨收入是以家戶進行計算，將家庭所有成員的收入來源納入考量。由此算出的總收入在伴侶成員之間分配，因此未顯示出伴侶之間的性別落差。

對於無證移民和羅姆族等難以觸及的群體，收入差距更難以評估。這些群體更可能參與非正式和不頻繁的工作，因此更難報告他們的收入水準。一項對 6 個會員國的研究發現，羅姆族和流浪者皆表示難以維持生計。在瑞典和荷蘭，羅姆族生活貧困的可能性是一般群體的 13 倍 (FRA，2020c)。羅姆族女性也較可能從事無償照顧工作，導致與羅姆族男性的就業差距為 18 個百分點 (FRA，2016)。

4. 知識領域

平等獲取高品質的教育是勞動、金錢和權力領域變革的關鍵驅動因子，對性別平等至關重要。年輕女性和男性的教育程度繼續穩定提升，女性現已超過男性。性別隔離仍然是該領域的主要挑戰。之前，男性學習教育、健康和福利、人文和藝術的比例上升趨勢已經趨於穩定，女性學習科學、技術、工程和數學 (STEM) 的比例也呈上升趨勢。隨著年齡增長，成人教育的參與度下降，以及吸引難以觸及的群體仍是一項挑戰。



參與成人教育的年輕男性少於女性

教育、培訓和終身學習向來是歐盟政策議程的重點項目，但現在對於日益數位化的經濟型態，以及從新冠肺炎疫情復甦的行動更是至關重要。《歐洲社會權利支柱行動計畫》強調務必推動成年人 (尤其是弱勢群體) 的技能升級和技能再造，以提高他們的就業能力、促進創新、縮小數位技能落差，以及保障社會公平。此行動計畫也設定一項目標，即到 2030 年每年有 60% 的成年人接受培訓 ([27])。技能再造和技能升級也是歐洲復甦計畫中的政策重點。

同樣重要的任務是解決教育中的隔離問題：女性和男性分別集中在不同的學科及後續職業領域 (包括從事教學職業)。2020-2025 年歐盟性別平等策略強調解決性別化選擇 (gendered choice) 的重要性，而 2021-2027 年數位教育行動計畫旨在透過教育和培訓提供數位技能，藉此增加 STEM 領域的女性人數。藉由最新的歐洲技能議程，執委會試圖與會員國密切合作，採取行動來促進 ICT 相關工作中的性別平衡。

新冠肺炎疫情導致教育設施關閉並被迫改為採用數位教育模式。數位科技雖然使許多學生、學生和成人教育學員能夠繼續學習，但事實證明會成為其他人的重大障礙。許多社經困難的家庭幾乎無法取得線上學習所需的設備，而且許多父母缺乏幫助子女所需的數位技能或時間。增加這些障礙的是，大多數教育工作者幾乎沒有線上教學經驗。單親和有子女的在職伴侶 (尤其是年齡較低者) 雖然在家中承擔更多的照顧責任，但由於需要繼續工作，他們面臨著更多困難。

解決該領域的性別規範和不平等問題，不僅可以有利於學習和職業方面的性別平衡，而且在其他領域也可以帶來重大好處。如第 9.1 節所述，完備的經驗證據突顯教育如何藉由影響行為來影響健康，包括使用預防保健服務 (OECD，2006)。研究發現，即使已將收入水準和家庭背景等特性納入考量，教育也會對健康結果產生重大影響。這顯示教育政策具有顯著改善健康的潛力 (WHO，2015)。雖然如此，研究證據顯示，在性別規範的作用下，教育對女性和男性健康結果的影響有所不同 (Cutler 和 Lleras-Muney，2007)。

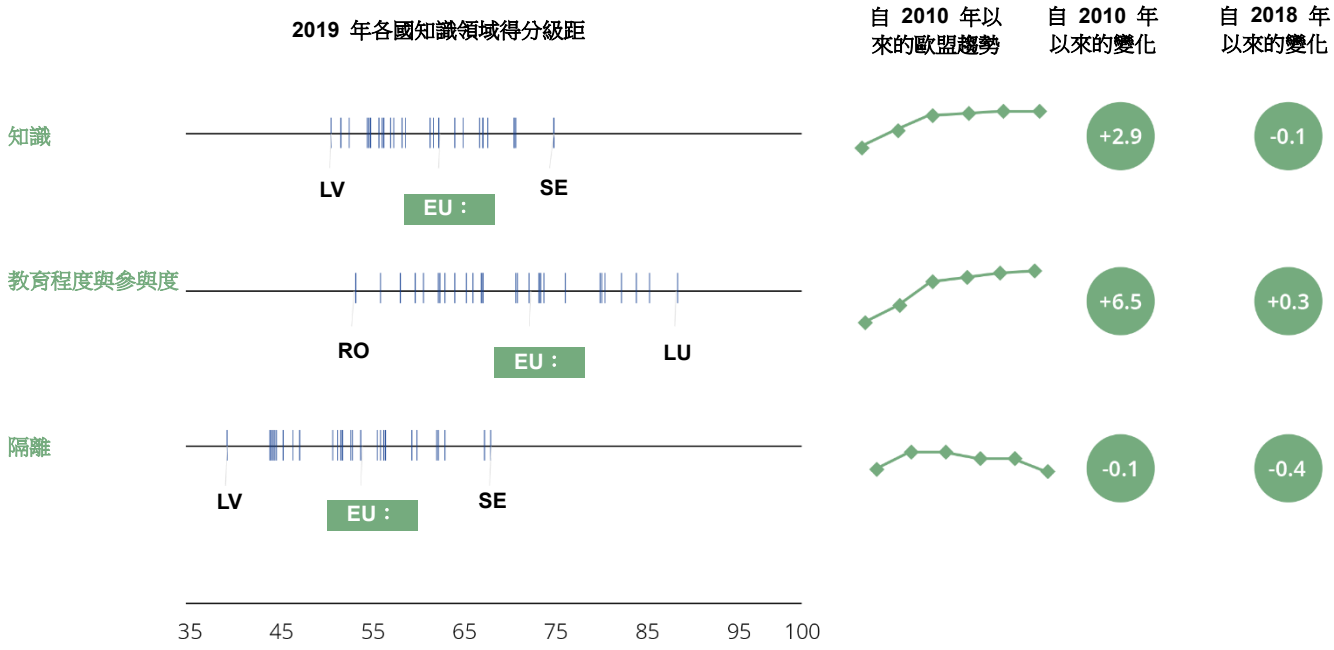
([27]) 男女參與教育和培訓的性別平等指數指標，衡量過去 4 週的參與情況。

4.1. 遲緩的進展停滯不前

歐盟在知識領域的總得分為 62.7 分([28])，自 2020 年指數發布以來幾乎沒有變化。從 2010 年到 2019 年，總得分僅提高了 2.9 分 (圖 10)，「教育程度」和「參與度」次領域推動了此一進展。雖然此次領域的得分從 2010 年到 2019 年增加 6.5 分，但在 2018 年和 2019 年之間幾乎沒有變化。教育的性別隔離仍是歐盟性別平等的主要阻礙之一。不僅自 2010 年以來沒有任何進展，而且實際上此次領域的得分在 2019 年下降 0.4 分。

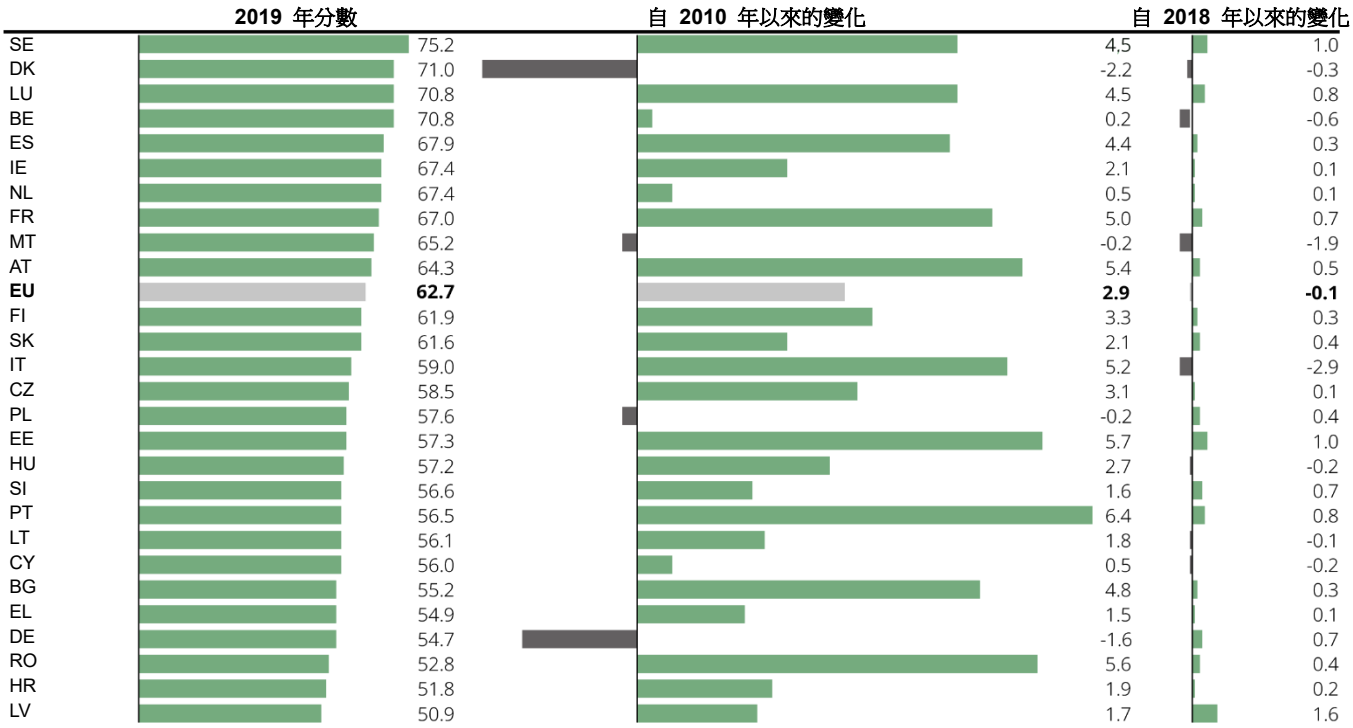
2019 年在知識領域表現最優良的 4 個國家是瑞典、比利時、丹麥和盧森堡，得分皆高於 70 分。在光譜的另一端是希臘、德國、羅馬尼亞、克羅埃西亞和拉脫維亞，這幾個國家的分數都低於 55 分。大多數會員國在 2018 年至 2019 年期間在此領域的得分幾乎沒有變化。法國、斯洛伐克和拉脫維亞例外，分別下降 2.9 分、1.9 分，以及上升 1.6 分 (圖 11)。然而從 2010 年到 2019 年，大多數會員國的知識領域總分確實略有上升。進步最大的是立陶宛 (+ 6.4 分)、波蘭 (+ 5.7 分) 和羅馬尼亞 (+ 5.6 分)。退步最多的是比利時 (-2.2 分) 和德國 (-1.6 分)。

圖 10. 知識領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化



([28]) 知識領域衡量教育程度和終身學習的性別不平等，以及教育的性別隔離。「教育程度」次領域是由兩個指標來衡量：女性與男性高等教育畢業生的百分比，以及女性與男性終身參與正式和非正式教育及培訓的程度。第二個次領域衡量高等教育的性別隔離，觀察女性與男性學生在教育、健康與福祉、人文學科和藝術領域的百分比

圖 11. 歐盟會員國在知識領域的分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化



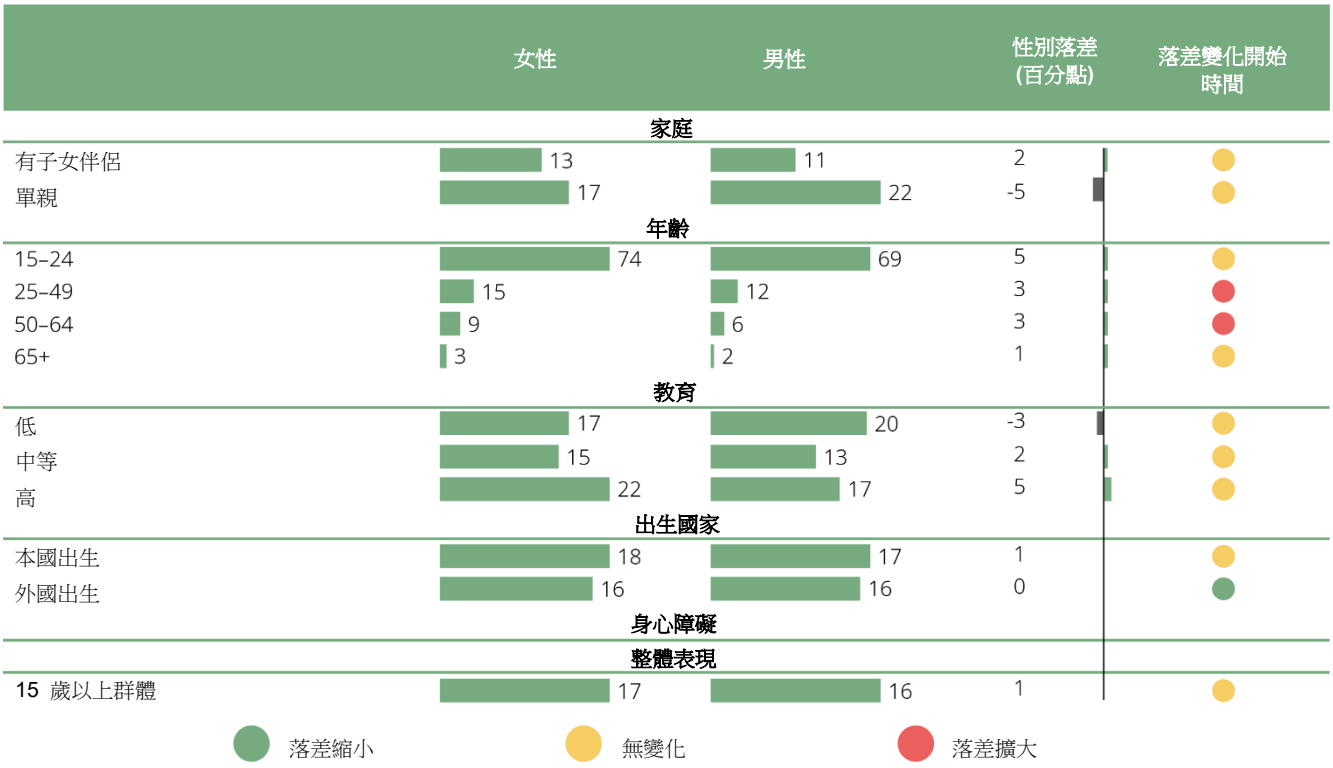
4.2. 難以觸及的群體可從成人教育中受益最多

在高度數位化的世界，女性和男性需要廣泛的知識、技能和機會，並在一生中不斷予以充實發展。如果缺乏合適的技能，女性和男性最終都可能從事低品質的工作、失業或無法善用新的職涯發展機會(歐盟執委會，2015b)。然而，雖然自 2010 年以來整體略有增加，但 2019 年僅 17% 的女性和 16% 的超過 15 歲男性在歐盟接受過正規或非正規教育或培訓。2019 年成人教育率最高的是 15 至 24 歲的女性和男性 (分別為 74% 和 69%)，因為大多數人仍在接受正規教育 (圖 12)。然而，這些數字在 25-49 歲的群體中遠低於此，女性為 15%，男性為 12%。在即將或已經退休的女性和男性中，學習率僅達個位數。

老年人、無經濟活動的女性和男性，以及缺乏基本識字和算術能力的群體，皆是成人教育政策難以觸及的對象，然而他們可能從中受益最多。根據 OECD (經濟合作暨發展組織) 對 17 個歐盟會員國的成人技能調查 (OECD，2013)，1/5 的成年人識字程度偏低，而 1/4 成年人算術程度偏低。旨在提高基本技能的目標式成人教育政策，將對經濟成長和競爭力產生積極結果，有助於增進包容文化和活躍的公民身份，減少社會不平等並改善身心健康(歐盟執委會，2015a)。

FRA 在 11 個歐盟會員國對羅姆族進行的試驗性調查中，1/5 的受訪者表示自己無法讀寫。葡萄牙 (35%)、羅馬尼亞 (31%) 和法國 (25%) 也有類似的高比率。在所有 11 個參與的歐盟國家中，表示不會讀寫的羅姆族女性多於男性，其中 45 歲以上女性的文盲率特別高。

圖 12. 歐盟按家庭組成、年齡、教育水準和出生國分列的男女參加正規或非正規教育和培訓情況 (2019 年)



資料來源：作者的計算、EU-LFS。

FRA 在 11 個歐盟會員國對羅姆族進行的試驗性調查中，1/5 的受訪者表示自己無法讀寫。葡萄牙 (35%)、羅馬尼亞 (31%) 和法國 (25%) 也有類似的高比率。在所有 11 個參與的歐盟國家中，表示不會讀寫的羅姆族女性多於男性，其中 45 歲以上女性的文盲率特別高。

4.3. 新冠肺炎導致更多學校關閉，並在教育和無償工作方面額外造成新的不平等

新冠肺炎疫情對國家教育體系產生重大影響，相關機構迅速轉向新的數位教學模式，或者根本停止提供服務。雖然轉向遠距教學的過渡對所有參與者和所有教育級別都有挑戰性，但在幼兒園和小學階段尤其困難，因為家長必須在教育過程中有更多參與。在這個高度性別隔離的領域，即使是最年輕的教育工作者也缺乏足夠的數位能力來迅速過渡到遠端學習 (Carretero 等人，2021；Di Pietro 等人，2020)。就在家上學而言，並非所有兒童都能取得同等水準的資源，例如筆記型電腦、穩定的寬頻連線和家長的支援：這些都是影響學習成果的重要因素。聯合研究中心估計，相較於資源更優渥的同儕，社經背景較低的女童和男童更可能缺乏網際網路連線和安靜的學習空間 (Di Pietro 等人，2020)。平均而言，這些兒童在疫情前的表現通常較差，而且疫情以後的教育不平等很可能已經擴大。

學校和托育服務的關閉增加了照顧負擔，並為在職父母造成了新型態的無償照顧工作，包括在家上學。在疫情期間的歐盟各地，大多是由女性支援子女接受線上教學，而且她們比起伴侶更不滿意這種教學模式 (EIGE，2021c)。例如在葡萄牙，77.5% 的母親幫助 16 歲以下兒童完成學校功課，而男性的比例為 41.3% ([29])。由於單親媽媽的財務資源較少且無法分擔照顧需求，她們尤其容易受到學校和育兒機構關閉的負面影響 (Alon 等人，2020)。

([29]) 科英布拉大學教育政策和專業發展觀察站執行調查的初步結果。

5. 時間領域

個人如何運用時間是性別平等的基本面向之一。花費在有償工作、休息和娛樂或照顧他人的時間，會對個人生活的許多其他方面產生連鎖反應，其中包括他們的健康。無償照顧的負擔日漸成為影響健康的決定因素 (determinant of health)。促進女性參與勞動和減輕其照顧工作負擔的政策 (例如改善公共服務或增加父親申請和使用育兒假權利的政策) 有助於降低健康方面的性別不平等 (Palència 等人，2017)。如第 9.1 節所述，工作與生活的衝突會影響心理健康。個人如何運用時間是性別平等的基本面向之一。花費在有償工作、休息和娛樂或照顧他人的時間，會對個人生活的許多其他方面產生連鎖反應，其中包括他們的健康。無償照顧的負擔日漸成為影響健康的決定因素。促進女性參與勞動和減輕其過多照顧責任的政策 (例如改善公共服務或增加父親申請和使用育兒假權利的政策) 有助於降低健康方面的性別不平等 (Palència 等人，2017)。如第 9.1 節所述，工作與生活的衝突會影響心理健康。

雖然現在女性活躍於工作領域的程度高於以往，但在家中仍扮演不平等的性別角色。即使在雙薪家庭中，提供直接照顧和負責家務的角色主要是女性 (ILO，2018；Kan 等人，2011)。在高品質、可負擔的照顧服務稀少的情況下，女性仍將承擔更多的兒童、老年人和身心障礙者的無償照顧職責 (EIGE，2019c)。在疫情期間，這場危機使家庭、醫院和療養院的工作量激增，突顯有償和無償的照顧工作對於社會和經濟正常運作的重要性。然而，反對改變性別化社會規範 (尤其是男性參與照顧職責) 的風氣，仍然是公平分配無償工作的主要障礙。

多項歐盟計畫都以改變現狀為目標。歐盟 2020-2025 性別平等策略將「消弭照顧角色的性別落差」列為優先事項 (歐盟執委會，2020b)。理事會的結論於 2020 年 12 月在德國總統任期內通過核准，呼籲加強努力消弭照顧工作的性別落差 (歐盟執委會，2021a)。《歐洲社會權利支柱行動計畫》呼籲會員國在 2022 年 8 月之前完成「工作與生活平衡指令」([30]) 的轉換工作 (歐盟執委會，2021d)。該指令包括新的勞工權利，例如育兒假和照顧者假，旨在緩解有償工作加上照顧責任所產生的固有緊張關係 (EIGE，2021d)。其也建議修改巴塞隆納目標，並增加正規的幼兒教育和保育服務([31])。

5.1. 在時間使用上的性別不平等持續存在

由於缺乏時間使用情形的更新資料，因此仍以 2016 年的資料為準。這導致自 2020 年指數發布以來時間領域 ([32]) 的得分沒有變化，而且 2010-2019 年的長期評等為負值。

([30]) 歐洲議會和理事會「家長與照顧者之生活與工作平衡」指令 (EU) 2019/1158 於 2019 年 6 月 20 日頒布，並廢除理事會指令 2010/18/EU，https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32019L1158。

([31]) 2002 年巴塞隆納歐洲理事會制定目標，旨在為學齡前兒童提供高品質和可負擔的托育設施，兩類適用對象如下：從 3 歲到強制入學年齡兒童中的 90%，以及未滿 3 歲兒童中的 33%。巴塞隆納目標 (及其應達成的目標) 在歐洲性別平等協議 (2011－2020 年) 中被重申，且歐洲 2020 策略也提到了這些目標。雖然這些概括承諾近數十年來已轉化為具體進展，但各國之間的托育服務供應情形仍極不一致，若干國家未達到巴塞隆納目標，尤其是 3 歲以下的兒童 (EIGE，2021d)。

([32]) 時間領域衡量照護和家務工作以及社交活動時間分配的性別不平等。第一個次領域是「照護活動」，衡量女性和男性參與其子女、孫子女、年長者或身心障礙者的照護及/或教育的性別落差。它也衡量女性和男性參與烹飪和家務的性別落差。第二個次領域探索有多少女性和男性參與社交活動。具體而言，其衡量女性與男性參與家庭以外的體育、文化或休閒活動，以及從事志工和慈善活動方面的性別落差。

如圖所示，歐盟此領域得分為 64.9 分，掩蓋了各國得分的寬廣差異：從保加利亞的 42.7 分到瑞典的 90.1 分。因此，時間領域是各國在性別平等指數中的分數分佈第二廣的領域 (僅次於權力領域)，「社交活動」次領域的性別不平等程度較高，2019 年得分為 61 分，高於「照護」次領域 (69.1 分) (圖 13)。

自 2010 年以來的領域總得分下降 0.3 分，此乃同一時期兩種次領域趨勢相反作用導致的結果：「照護」次領域得分上升 3.7 分，「社交活動」次領域的得分下降 4 分。這些趨勢十分重要，因為研究顯示，參與社交活動有助於提升個人的主觀幸福感 (Brajša-Žganec 等人，2011)。取得休閒時間和活動固然是生活品質不可或缺的必要條件，但在甚大程度上是由來自有酬和無酬工作的時間壓力所決定 (歐洲議會，2016a)。

2019 年，在時間領域表現最好的國家依次是瑞典、荷蘭、丹麥、芬蘭和愛沙尼亞。得分級距介於瑞典的 90.1 分到愛沙尼亞的 74.7 分之間。表現最差的國家依次是保加利亞、希臘、斯洛伐克、葡萄牙和羅馬尼亞，得分皆在 50 分以下。

圖 13. 時間領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化

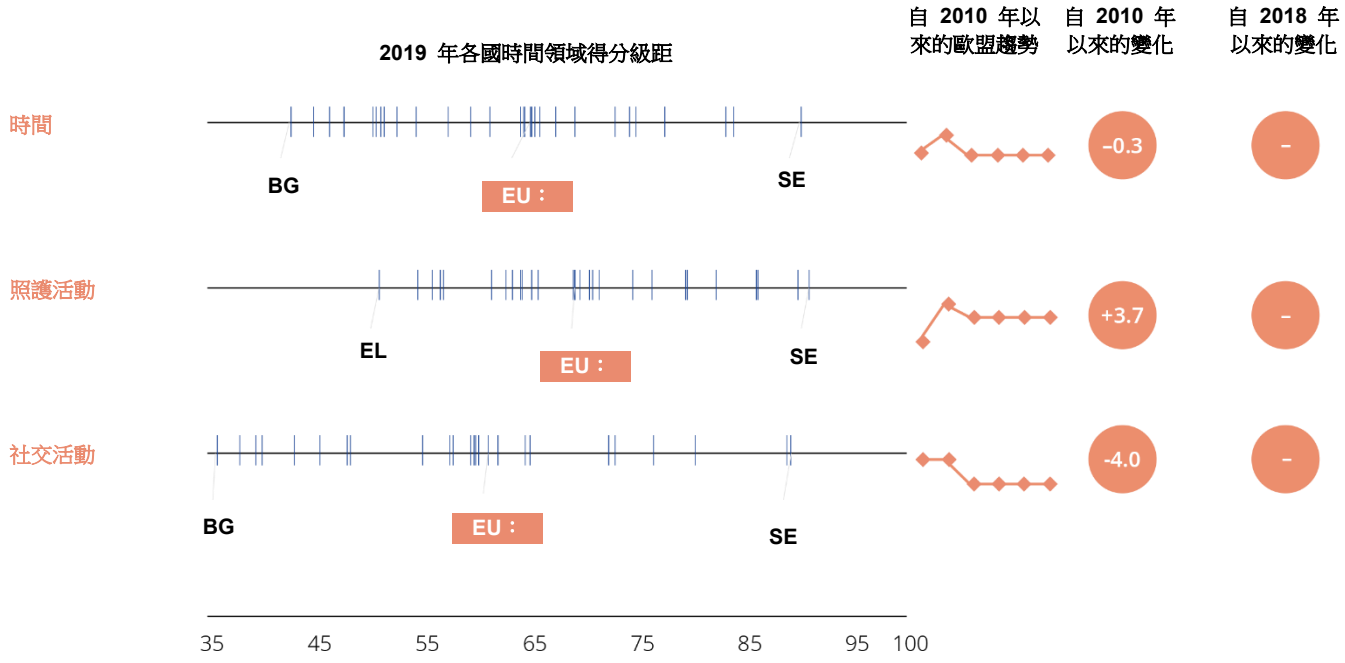
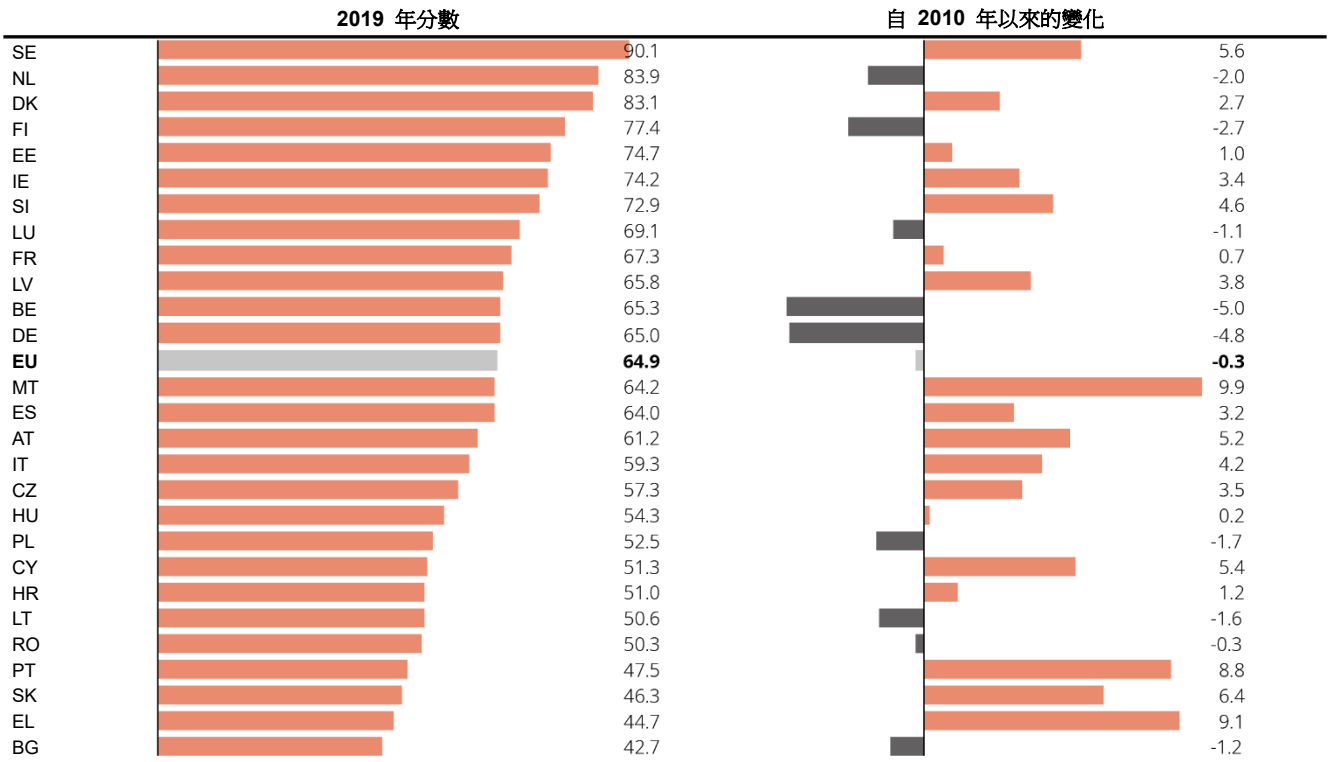
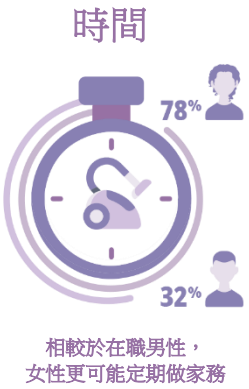


圖 14. 歐盟會員國在時間領域的分數以及自 2010 年以來的變化



自 2010 年起，下列 9 個會員國的分數有所下降：比利時、保加利亞、德國、立陶宛、盧森堡、荷蘭、波蘭、羅馬尼亞和芬蘭。退步最多的國家是比利時 (-5 分)、德國 (-4.8 分) 和芬蘭 (-2.7 分)。大多數歐盟國家的得分在同一時期均有所增加。馬爾他增加了 9.9 分，希臘 (+ 9.1 分)和葡萄牙 (+ 8.8 分) 也有所增加。愛沙尼亞和克羅埃西亞進步幅度較緩，分別增加了 1.0 和 1.2 分。法國 (+ 0.7 分) 和匈牙利 (+ 0.2 分) 的變化甚微 (圖 14)。

5.2. 自幼根深蒂固的家務性別差異觀念



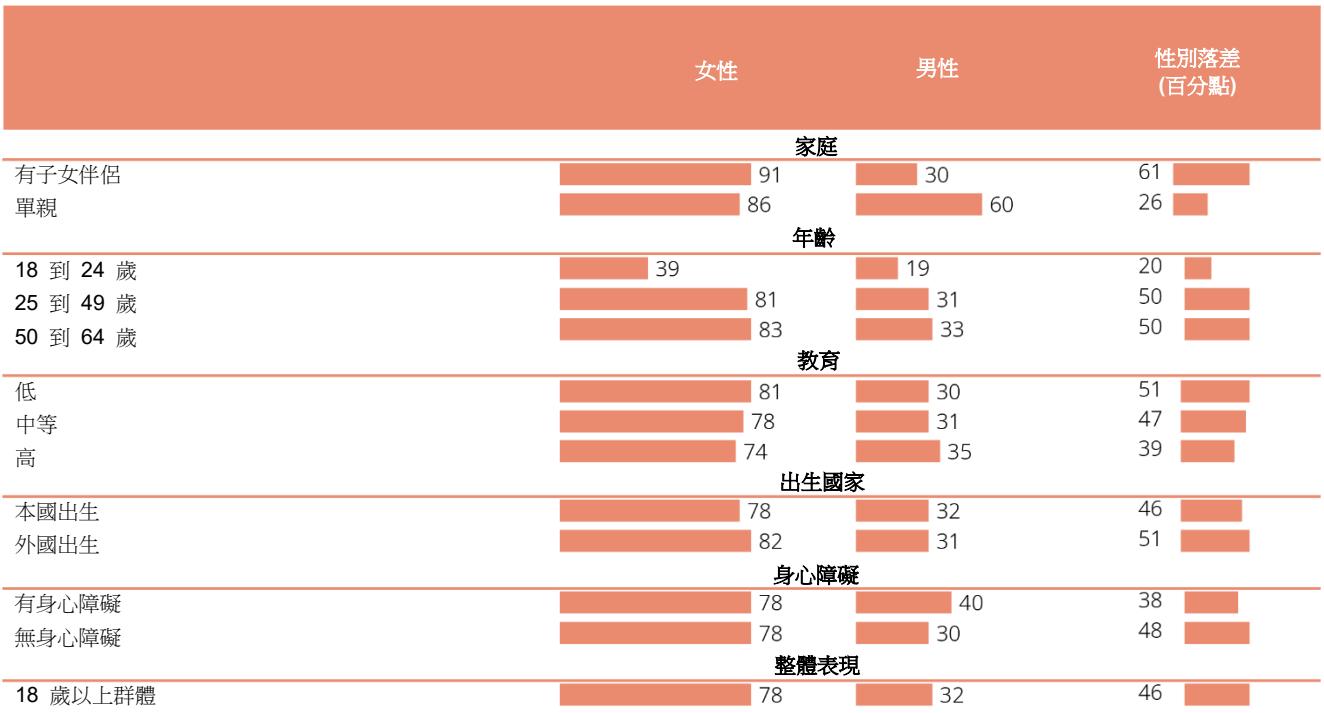
在三種最常見的無償照顧形式中，家務勞動最為不平等，另兩項是兒童照顧和對老年人、身心障礙者和慢性病患者的長期照護 ([33])。

([33]) 大約 93% 的就業女性定期從事無償家務 (每天或每週數次)，而男性就業者的這一比例為 53%，參與度的性別落差達 40 個百分點；相較之下，育兒方面的性別落差為 13 個百分點(EIGE 2021d，第 16 頁)。

大約 91% 有子女的女性每天至少花一小時做家務，而有子女的男性則為 30%。最新資料顯示，就業女性每天花在家務上的時間約為 2.3 小時；就業男性的這個數字是 1.6 小時。在育有子女的伴侶中，參與家務勞動的性別落差最大，為 62 個百分點(圖 15)，顯示家庭內部無償照顧責任的長期失衡 ([34])。

研究顯示，家長的榜樣是鞏固家務責任性別角色的主要機制，可確保世代相傳，尤其是從父親到兒子 (Giménez-Nadal 等人，2019)。雖然參與家務勞動的性別落差最小的是 18-24 歲 (20 個百分點)，但只有 19% 的年輕男性每天花一個小時烹飪和做家務，而年輕女性的這一比例為 39% (圖 15)。此年齡層的大多數年輕人都與父母同住 ([35])，而青春期少女和年輕女性童年在家從事無償工作顯然多於同齡男性，由此可見性別角色、分化和習慣自幼就開始養成。

圖 15. 歐盟每天烹飪及/或做家事的人口 (18 歲以上人口百分比) (2016 年)



資料來源：作者的計算、Eurofound 的歐洲生活品質調查 (EQLS)，2016 年。

([34]) 例如，2015 年歐洲工作條件調查 (EWCS) 的資料顯示，與無子女伴侶同住女性的照顧工作時間超過無子女女性兩倍 (前者每天 5.3 小時，後者每天為 2.4 小時)。

([35]) 根據歐盟統計局的資料，2019 年在歐盟 27 國的年輕人中，男性離開原生家庭的平均年齡為 27.1 歲，女性為 25.2 歲，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products -datasets/-/yth_demo_030。

對於從事非標準和低薪工作的女性而言，無償照顧工作的負擔更大。EWCS 資料顯示，從事臨時或無正式合約工作的女性每天提供無償照顧的時間是從事正職工作女性的兩倍 (EIGE，2021d)。原因之一是缺乏經濟資源，導致無法仰賴外部服務。然而，從事非正規和臨時工作的女性承擔大量的照顧責任，而無法取得更穩定的工作。此外，FRA 資料顯示，大多數歐盟國家的移民女性受限於照顧職責，因此從事有償工作的可能性低於本地女性 (FRA，2019)。

教育程度也影響女性和男性「每天花一小時做家務和烹飪」的可能性，但男女受影響的方式相反。雖然女性耗費如此多時間在家務上的比例隨著教育程度提高而下降 (其中 81% 為低學歷，78% 中等學歷，74% 高學歷)，但男性的情況正好相反 (圖 15)。這與 EIGE (2021d) 的調查結果一致，該項調查結果顯示，高技能職業女性經常將家務外包，以減少如此大量的家務時間，進而能夠從事更多有償工作。烹飪、清潔、熨燙、園藝、寵物照顧等外包業務有所成長，因為有更多女性從事有償工作，而男性在家中承擔更多無償照顧職責的進展甚微 (Barone 和 Mocetti，2011；Forlani 等人，2015；Raz-Yurovich，2014；Raz-Yurovich 和 Marx，2019)。家事服務通常由移民女性或社經背景較低的女性提供，由此產生的收入通常不會申報。這項發展將家庭內部的性別不平等轉移到全球照顧產業鏈中 (Morel 和 Carbonnier，2015)。

5.3. 無償照顧工作負荷和社會孤立影響幸福感

新冠肺炎疫情深刻影響個人使用時間和空間的機會。多次封鎖、行動限制、休閒和教育設施關閉，以及改採遠距辦公的空前趨勢，導致歐盟數百萬人幾乎所有時間都留在家中。對於照顧他人的工作者而言，此情況導致其在有償工作、照顧職責和休閒活動的時間分配上做出極度失衡的取捨 (EIGE，2021c)。

由於管制措施大幅阻礙外部照顧服務或祖父母、朋友和鄰居的幫助，因此主要由家庭內部承擔照顧責任。在家上學的實施，成為一種新型、額外的父母無償工作形式 (見第 4 章)，對有幼兒的家庭影響最大 (Eurofound，2021b)。因此，將更多時間花在無償照顧上，導致女性和男性的工作與生活之間出現嚴重的緊張關係 (Craig 和 Churchill，2020；EIGE，2020b、2020g、2021c；Eurofound，2021c；歐盟執委會，2021a)。

雖然疫情導致男性的無償照顧時間略有增加，特別是失業父親以及妻子從事必要工作的男性 (EIGE，2021c)，但是對 12 歲以下兒童的母親、單親媽媽和從事非正式照顧工作的女性影響甚鉅 (Eurofound，2021b)。Eurocarers ([36]) 是歐盟領先的非正式護理人員網路組織，主要由女性組成，她們的一項調查顯示每週照顧工作量增加 17 %，照顧工作更加密集，且越來越多人成為非正式照顧人員 (歐盟執委會，2021h)。

隨之而來的緊繃壓力，也反映在有子女家庭生活滿意度低落的情形上 (Eurofound，2021b)。尤其是在這三波疫情中，女性的心理健康水準始終較低 (見圖 48)。在第三波疫情中，18-34 歲和 35-49 歲的女性幸福感最低 (42 分)。

([36]) 該調查於 2020 年 11 月 24 日至 20201 年 3 月 8 日期間進行

社會孤立和在家時間增加，加上健康和經濟壓力，被認為是疫情期間親密關係暴力 (EIGE，2021a；Šimonović，2020；WHO，2020b) 和虐待兒童 (Calvano 等人，2021；Katz，2021) 激增的原因。

6. 權力領域

權力



的歐盟最大企業董事會成員是女性

在主要政治、經濟和社會機構的關鍵決策職位中，歐盟僅達成半數的性別平等進展目標（歐盟執委會，2021a）。雖然自 2010 年以來，權力領域在所有領域中進步最多，但進展緩慢且失衡。歐盟女性僅占國會議員人數的 1/3。女性在企業董事會中仍屬明顯弱勢：2021 年為 30%。在大型企業，女性擔任董事長或 CEO 的比例不到 1/10。雖然女性日益參與研究贊助、媒體內容和體育方面的政策，但她們影響這些部門決策的機會仍然有限。

女性在決策職位比例過低的原因眾多。其中包括性別角色和刻板印象、繁重家務和照顧責任（限制了女性積極參與公共生活的能力）、歧視性的就業實務和性別暴力。網路上對領導層女性的猖獗騷擾也日益令人擔憂，此亂象進一步阻礙女性參與公開辯論或競選公職（EIGE，2020a）。

新冠肺炎的應急決策明顯缺少女性參與，這對人們的生活產生了直接影響。確保所有國家在疾病預防和應對決策中的性別平衡有助於加強政府的應對措施（OECD，2020a）。實現危機管理中的性別平衡，其效益不僅限於疫情的直接後果，也有利於新冠肺炎對性別平等的長期影響（EIGE，2021c）。

政治代表權和參與決策的機會，如今更經常列為影響健康的社會決定因素（social determinants of health，SDH）（Bhui，2018；Gerry McCartney 等人，2021），有時亦稱為影響健康的政治決定因素（Ottersen 等人，2014）。世界衛生組織 2020 年的一份報告發現，預期壽命落差與政治公平程度相關，其中男性受益較多（WHO 歐洲區域辦事處，2020）。此外，Van de Velde 等人（2013）發現，宏觀層面的高度性別平等（尤其是更多女性參與政治決策的情況），與女性和男性憂鬱程度降低有關。

歐盟機構日益將注意力轉向女性在政治和經濟決策中的參與比例（[37]）。歐盟執委會在 2012 年將此課題列為主要政治任務。執委會提出一項指令，旨在改善上市公司非執行董事之間的性別平衡，最低目標是弱勢性別達到 40% 的比例。之後，此指令在理事會中遭到反對。

決策中的性別平衡是歐盟 2020-2025 年性別平等策略的三大基本原則之一。其強調讓女性在政治、經濟和社會領域擔任領導職位的重要性（歐盟執委會，2020b）。執委會也通過了歐洲民主行動計畫。該計畫旨在採取行動，使平等成為各個層面的主流理念，以更有效促進民主參與，包括政治和決策中的性別平衡（歐盟執委會，2020a）。自 2010 年以來，歐盟在權力領域的得分（[38]）增加了 13.1 分，2018 年至 2019 年間增加了 1.9 分。雖然如此，總分 55 在所有領域中仍是最低分者（圖 16）。

([37]) EIGE 的性別統計資料庫顯示，截至 2021 年 5 月，歐洲議會由 39% 的女性和 61% 的男性組成。就歐盟執委會而言，2019 年是性別平衡任命表現迄今最佳的一年，有 12 名女性（44 %）和 15 名男性（56 %），因為會員國響應歐盟執委會主席 Ursula von der Leyen 對於提名性別平等的呼籲。2020 年 10 月愛爾蘭執行委員的替任進一步改善了平衡態勢，達到 13 名女性（48%）和 14 名男性（52%）的組成。

([38]) 權力領域衡量政治、經濟和社會領域最高決策職位的性別平等。「政治權力」次領域觀察女性與男性在國會、政府和地區/地方議會的代表人數。「經濟權力」次領域檢視女性與男性在最大全國性上市公司董事會或監事會及中央銀行中的人數比例。「社會權力」次領域包括研究贊助組織、公共傳播組織和國家體育聯盟董事會（取樣自各國前十大受歡迎的體育項目）的資料。

6.1. 決策方面的改善推動了性別平等的進步

自 2010 年以來，歐盟在權力領域的得分 ([39]) 增加了 13.1 分，2018 年至 2019 年間增加了 1.9 分。雖然如此，總分 55 分在所有領域中仍是最低分者。

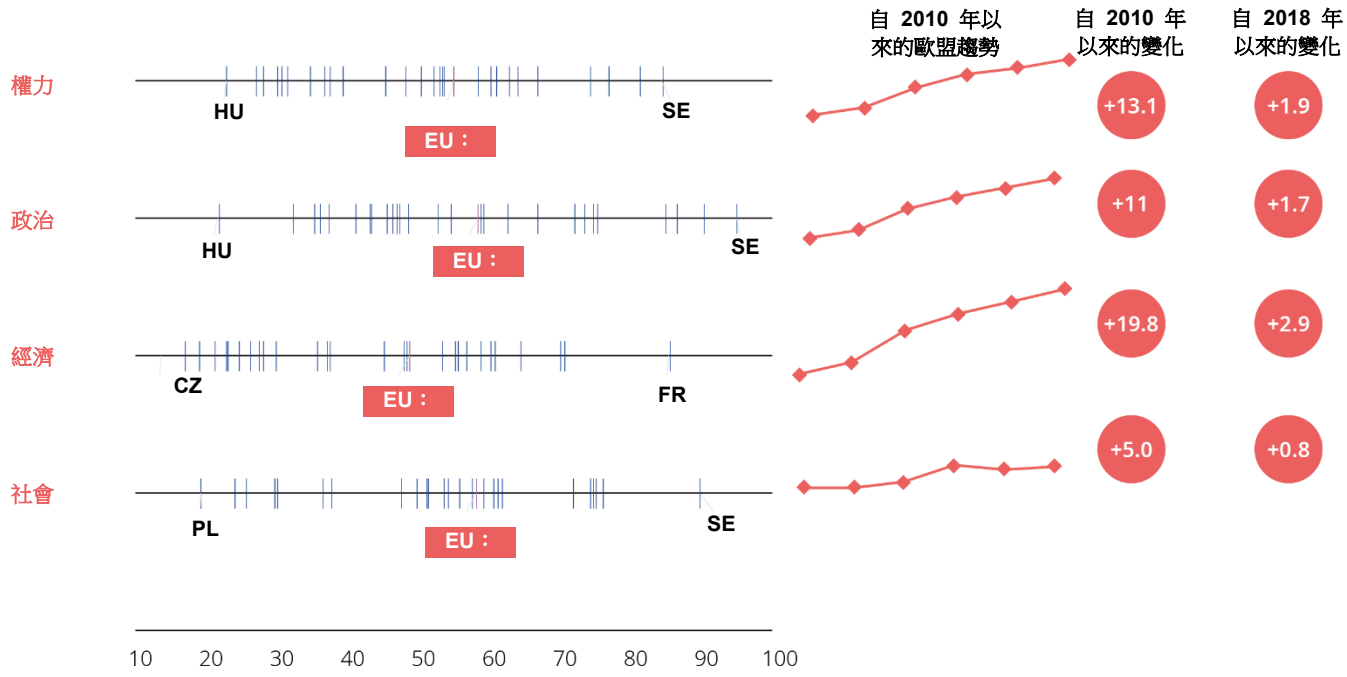
「經濟決策」次領域 (例如最大企業和國家中央銀行的董事會) 的性別平衡進展推動了整體進步。2018-2019 年上升 2.9 個百分點，2010 年以來合計上升 19.8 個百分點。此一變化是由若干國家具約束力的立法措施和其他政府行動所觸發。其在 2012 年至 2016 年間達到高峰值，此後明顯減緩。

政治決策中的性別平等自 2018 年以來提高了 1.7 個百分點，自 2010 年以來整體提高了 11 個百分點。在這方面，政府行動也促成了進步。從 2010 年到 2019 年，相較於無此類配額的國家，擁有立法選舉配額的國家議會中女性比例平均幾乎增加一倍 (+ 9.3 與 + 4.8 個百分點) (EIGE，2020a)。

女性在研究、媒體和體育領域的決策參與度進展微乎其微，自 2018 年以來增加了 0.8 分，2010 年至 2019 年間增加了 5.0 分。這些在所有「權力」次領域中增幅最低 (圖 16)。最大的性別失衡出現在體育領域，在 2020 年 10 大最受歡迎的國家體育聯盟董事會中，只有 17% 為女性。

([39]) 權力領域衡量政治、經濟和社會領域最高決策職位的性別平等。「政治權力」次領域觀察女性與男性在國會、政府和地區/地方議會的代表人數。「經濟權力」次領域檢視女性與男性在最大全國性上市公司董事會或監事會及中央銀行中的人數比例。「社會權力」次領域包括研究贊助組織、公共傳播組織、各國最熱門體育聯盟的決策相關資料。

圖 16. 權力領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化



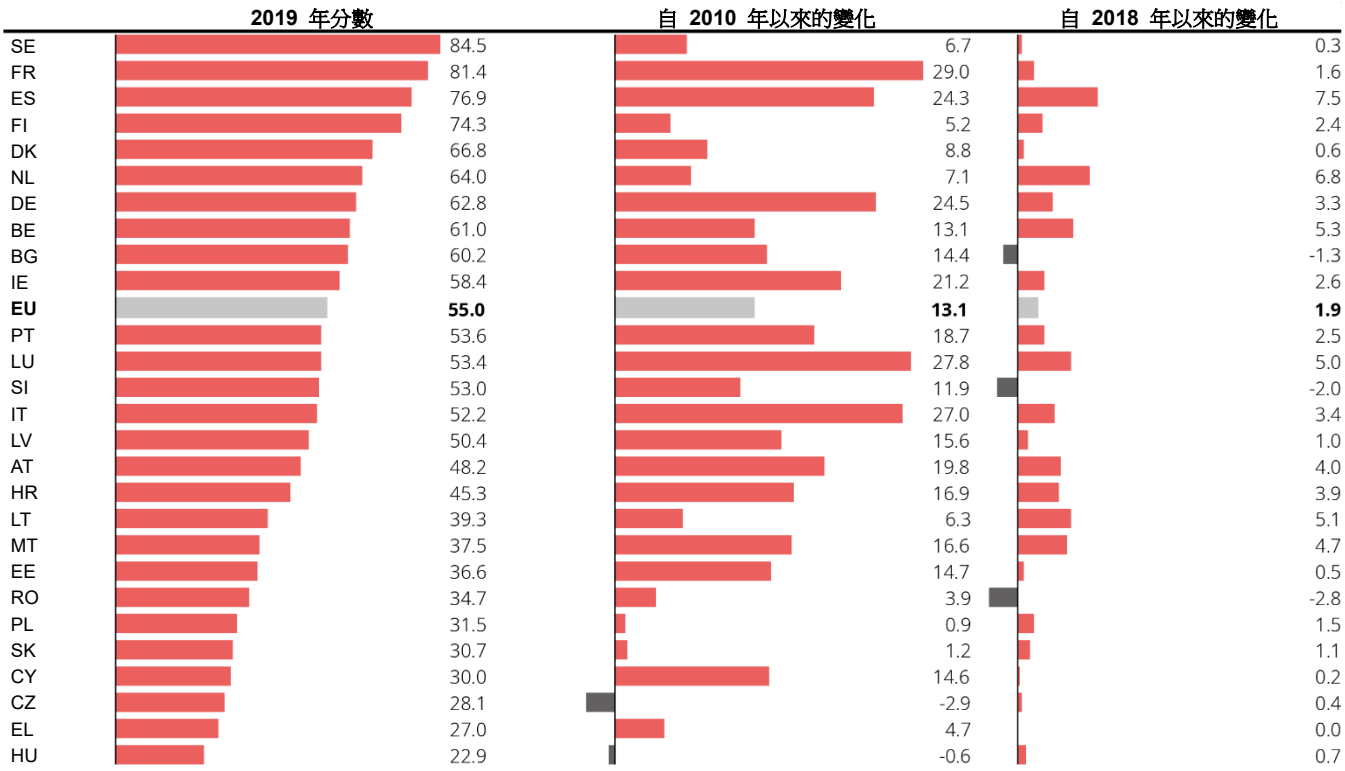
就各國而言，決策中的性別平衡從 2010 年起在法國 (+ 29.0 分)、盧森堡 (+ 27.8 分)、義大利 (+ 27.0 分)、德國 (+ 24.5 分) 和西班牙 (+ 24.3 分) 進展迅速。至於其他 11 個國家 (IE、AT、PT、HR、MT、LV、EE、CY、BG、BE 和 SI)，權力領域的得分從愛爾蘭的 21.2 分到斯洛維尼亞的 11.9 分不等。所有其他國家在權力領域的得分增幅均低於 10 分，而捷克 (-2.9) 和匈牙利 (-0.6) 則為負值。

自 2018 年以來，進步最大的是西班牙 (+ 7.5 分) 和荷蘭 (+ 6.8 分)，其次是比利時 (+ 5.3 分)、立陶宛 (+ 5.1 分) 和盧森堡 (+ 5.0 分)。自 2018 年以來退步的國家是羅馬尼亞 (-2.8 分)、斯洛維尼亞 (-2.0 分) 和保加利亞 (-1.3 分)(圖 17)。

在 2019 年，西班牙的若干決策實體和機構在性別平衡方面取得進展，特別是政府、公共傳播組織 RTVE，以及 10 大最受歡迎國家體育聯盟的董事會。荷蘭國家中央銀行和荷蘭科學研究組織的董事會更進一步邁向性別均等目標，而比利時的中央銀行 (董事會和攝政理事會) 和政府皆有顯著的進步。盧森堡和馬爾他的進展同樣受到兩國中央銀行、盧森堡公共廣播公司 (Radio 100.7) 和馬爾他科學技術委員會董事會性別平衡的推動。立陶宛經過了 2020 年的選舉之後，如今已有更多女性進入議會和政府，且有更多女性進入國家中央銀行的董事會。

然而，保加利亞 (BNR - 保加利亞國家廣播電台，BNT - 保加利亞國家電視台) 和羅馬尼亞 (TVR - 羅馬尼亞電視台) 的公共傳播組織在決策中的性別平等進展受挫，而斯洛維尼亞的政府、議會和國家廣播公司 RTV Slovenija 的董事會甚至有所退步。

圖 17. 歐盟會員國在權力領域的分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化



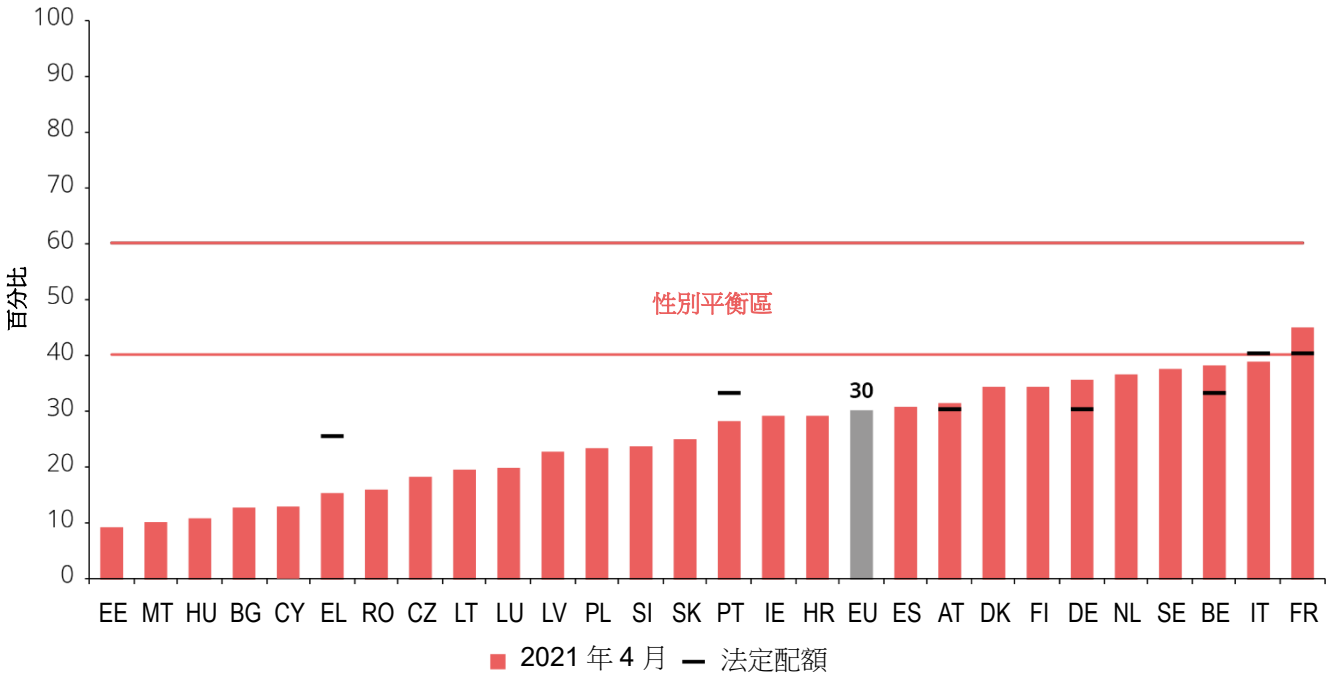
6.2. 立法行動可促成改變

女性在企業領導層中的代表權正在提升，不過速度緩慢。2021 年，會員國最大型上市企業董事會成員中有 30% 是女性。雖然這一數字創下歷史新高，但仍是自 2010 年以來的最低年度增幅。若干國家的立法行動可能促成董事會的進步，但仍有許多努力空間。

法國仍是唯一在最大企業董事會中任一性別比例至少各占 40% 的歐盟國家，女性占所有職位的 45%。比利時、義大利和瑞典緊隨其後，大約 38% 的董事會成員是女性。在丹麥、德國、荷蘭和芬蘭，女性占董事會成員的 33%。在其他地區，男性的數量仍然遠超過女性。在 10 個會員國中，女性擔任董事會職位的比例不到 20%，而在愛沙尼亞、匈牙利和馬爾他，女性所占比例甚至在 10% 以下 (圖 18)。

整體而言，在歐盟 23% 最大企業的董事會中，各性別至少占有 40% 的比例。然而，近 1/5 的董事會仍然全是男性。在保加利亞、愛沙尼亞和匈牙利，超過半數的最大企業完全沒有女性董事會成員。

圖 18. 2021 年 4 月歐盟會員國的女性在最大上市公司監事會或董事會的百分比以及具有約束力的配額



備註：各國性別配額目標：FR、IT (40%)、BE、PT (33%)、DE、AT (30%)、EL (25%)。

資料來源：EIGE 性別統計資料庫，男女參與決策 (Women and Men in Decision-Making，WMID)。

多個會員國已採取行動來促進公司領導階層達到更大的性別平衡，所採取的策略各有不同，從著重於公司自我規範和獨立採取行動的「軟性」措施，到「硬性」的管制方法。這些措施包括對每一種性別的最低代表人數規定具有法律約束力的配額，在某些國家，甚至有不遵守會受到制裁的規定。

迄今已有 7 個會員國採取立法行動，透過設定弱勢性別的最低配額來矯正董事會中的性別失衡：法國和義大利 (40 %) ([40])、比利時和葡萄牙 (33 %)、德國和奧地利 (30%) 和希臘 (25%)。希臘在 2020 年 7 月更新企業治理法律架構時頒行配額制。

其他 9 個會員國 (丹麥、愛爾蘭、西班牙、盧森堡、荷蘭、波蘭、斯洛維尼亞、芬蘭和瑞典) 採取較溫和的方法 ([41])。西班牙的平等法案建議，在企業董事會中任一性別比例應各占至少 40%，但此建議不具強制力。同時，斯洛維尼亞在任命政府代表擔任公有企業董事的辦法中，設有 40% 的法定配額；但是對於不遵守的行為並不予制裁。此群組中的其他國家更傾向於鼓勵公司進行自我監管，以矯正董事會性別失衡的情形。其餘 11 個會員國 (保加利亞、捷克、愛沙尼亞、克羅埃西亞、賽普勒斯、拉脫維亞、立陶宛、匈牙利、馬爾他、羅馬尼亞和斯洛伐克) 尚未採取任何實質行動。

([40]) 義大利的配額最初在 2011 年定為 33%，但在 2019 年 10 月增加到 40%。

([41]) 在荷蘭，一項適用於上市公司監事會的 33% 性別配額法案已於 2020 年 11 月 6 日提交議會審查。此提案也計畫要求公司必須制定目標，以改善管理層董事會和其他高階職位的性別平衡。然而，新法的生效日期尚未公佈。

法國 (2016 年 10 月)、德國 (2017 年 10 月)、比利時 (2019 年 4 月) 和奧地利 (2019 年 10 月) 已達到配額目標。義大利在 2017 年 10 月達成 33% 的初始目標，目前董事會女性占 39%，接近於 2019 年 10 月設定的 40% 目標。在訂有性別配額制的其餘兩個國家中，葡萄牙取得了重大進展 (女性在董事會中的比例從 2017 年 10 月的 16% 增加到 2021 年 4 月的 28%)，但希臘的配額制甫於近期 (2020 年 7 月) 實施，尚未呈現顯著差異，該國截至 2021 年 4 月女性僅占董事會成員的 15%。

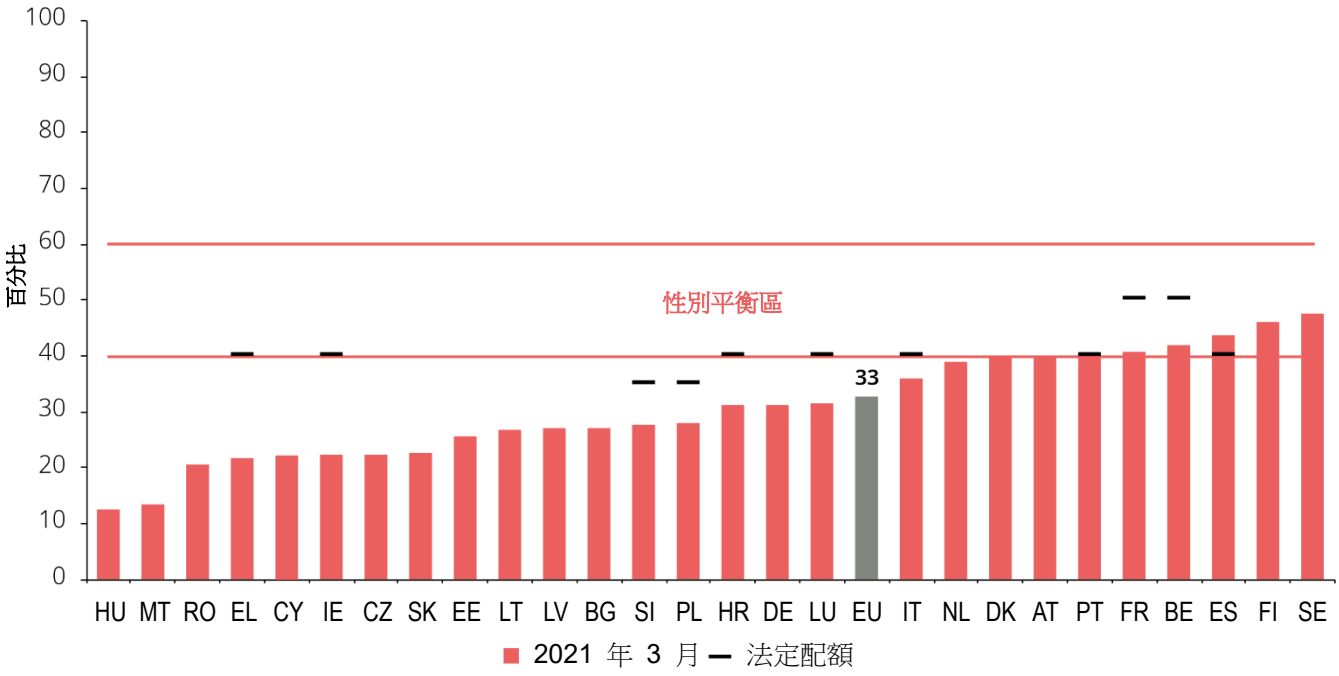
這些法定性別配額制的影響十分明顯。2021 年 4 月，在法定配額的 6 個會員國中，女性占最大上市企業董事會成員的 38%。此數字在採取「軟性」措施的國家為 31%，在未採取行動的國家則是 16%。

配額導致變化率增加 2 倍以上，從配額之前的每年 0.9 到之後的每年 3 個百分點。採取「軟性」措施的國家的變化率為每年 1.5 個百分點，而在沒有任何舉措的國家中，每年僅為 0.3 個百分點。按照目前的變化速度，實施法定配額的國家需要大約 4 年時間才能實現董事會性別平等的目標。在採取「軟性」措施的國家，實現平等可能需要大約 13 年的時間。若不採取具體行動，則至少需要驚人的 125 年 ([42])。

各級立法議事機關和政府行政機關在很大程度上未能反映其所代表群體的性別多樣性。在許多情況下，女性仍屬明顯弱勢。政治決策中的性別平衡進展極其緩慢。到 2021 年初，歐盟女性占單一國會/下議院成員的 33%，雖然達到歷史新高，但並不平衡。

就各國而言，比利時、丹麥、西班牙、奧地利、法國、葡萄牙、芬蘭和瑞典議會中的男女比例各占至少 40%。荷蘭緊隨其後，為 39%。匈牙利和馬爾他的代表比例最低，女性在這兩國的議員中占不到 1/7 (圖 19)。

圖 19. 2021 年 3 月女性在單一國會/下議院的比率



備註：配額：BE、FR (50%)；IE、EL、ES、HR、IT、LU、PT (40%)；PL、SI (35%)。

資料來源：EIGE 性別統計資料庫 2019 年，男女參與決策 (WMID)。

([42]) 希臘已列入無配額制的組別，因為該國甫於在 2020 年 7 月通過立法。

自從法國和比利時分別於 2000 年和 2002 年實施具法律約束力的配額制以來，11 個會員國已通過立法，設定政黨提名國會選舉候選人的最低性別配額。盧森堡 (2016) 和義大利 (2017) 已通過最新的法案。2019 年，希臘和葡萄牙都將配額從 33% 提高到 40%。

愛爾蘭、西班牙、盧森堡、波蘭和斯洛維尼亞在實施配額制後，皆展現出進步加快的跡象。波蘭的進步最引人注目。從 2004 年到 2011 年，女議員人數在 20% 到 22% 之間波動。在實施配額制和 2011 年的選舉之後，這個數字上升到 24%。到 2021 年，波蘭議員有 28% 是女性。斯洛維尼亞雖然在 2006 年通過配額制且直到 2011 年的選舉中才完全生效，但隨後女議員的比率從 17% 躍升至 36%。然而，這項進展十分短暫。2018 年選舉後，女性僅占議會成員的 24%，到 2021 年 3 月略升至 27%。

分析顯示，立法配額通常具有積極影響。在訂有配額制的國家，單一國會/下議院女性比率的年均變化率略有增加，從實施配額前的每年 0.8 增加到之後的每年 0.9 個百分點。然而，配額後的變化率幾乎是無配額會員國的 3 倍，後者的變化率為每年 0.3 個百分點。按照目前的變化速度，未採取措施的國家預計需要 60 多年才能實現議會的性別均等，而設有法定配額的國家預計需要少於 20 年的時間。

6.3. 在後疫情時代，性別平衡決策是勢在必行的目標

即使各界呼籲矯正此問題，但在全球各地負責新冠肺炎防疫的決策機構中，仍然非常缺乏女性的參與 (WHO，2020g)。雖然女性占歐盟醫護專業人員的 70% 和衛生相關專業人員的 80% (EIGE，2018b)，但此多數比率並未轉化為衛生部門或政治領域的領導角色。截至 2021 年 3 月的疫情期間，只有 1/4 的歐盟衛生部長和 4/10 的次長/副部長是女性。

僅有少數女性參與決策或在關鍵職務上發揮專業，此現象影響了各國防疫團隊的組成方式。Van Daalen 等人近期一項研究(2020)評估了這些機構中的性別落差，並突顯出性別多樣化訴求遭到排除的事實。該研究涵蓋 87 個聯合國會員國，發現在 115 個新冠肺炎決策和專家工作團隊中，只有 3.5% 達到性別平等。在 85.2% 的案例皆為男性占大多數。決策中如此廣泛的性別落差加劇了不平等的權力結構，並削弱防治新冠肺炎的反應能力，甚至可能導致生命損失。

由於性別是影響健康的關鍵決定因素之一，將女性納入危機應變決策是很重要的 (Davies 和 Bennett，2016)。歐盟執委會 (2021a) 也瞭解到，各界需要更多女性參與疫情應對決策，以利將性別差異納入考量。

7. 健康領域

雖然近數十年來有所進展，但歐盟在所有領域仍存在嚴重的性別不平等。在健康領域 ([43])，這些不平等包括預期壽命和自覺健康狀態的重大差距。在影響健康的行為方面也存在顯著性別差異。男性更傾向於從事吸菸和酗酒等高風險行為。他們較少追求健康目標，包括體能活動和攝取蔬果。取得醫療和牙科醫護的管道也呈現差異，尤其是將性別與年齡、教育和身心障礙等其他社會因素一併分析時。

新冠肺炎疫情無疑為衛生體系帶來空前壓力 (OECD/歐盟，2020)，同時也暴露了性別和社會不平等如何影響民眾健康，例如第一線和必要工作人員所需支付的高額費用 (EIGE，2020b，2020c；OECD，2020a)。相關單位一再強調，目前亟需更多具有性別敏感度的資料和分析，以作為制定疫情應對策略的參考 (歐盟執委會，2021a；GlobalHealth 50/50，2020；WHO，2020c)。

《歐洲社會權利支柱行動計畫》認知到所有人都有權及時取得優質、可負擔的醫療照護，包括預防性和治療性的相關服務 (歐盟執委會，2019)。此行動計畫認為各種性別都必須能平等享有長期照護服務、健康工作環境以及社會保障，並強調健康狀態不僅取決於生物因素，也受到眾多社會決定因素的影響。因此，必須採用跨領域的方法實現健康目標。歐盟性別平等策略重申了將性別納入所有歐盟執委會健康計畫的承諾 (歐盟執委會，2020b)。

社會權利行動計畫 (European Commission, 2021d) 提出若干措施，旨在加強監控醫療資源的可及性、改善身心障礙者等關鍵群體取得醫療資源的管道，並改革歐盟的長期照護供應情形。

此指數報告以健康為主題焦點 (第 9 章)，詳細探討健康領域的三個維度：健康狀態、健康行為和健康相關服務管道。此外也從性別和交織性的角度分析其他三項特定領域：SRH、心理健康和新冠肺炎疫情。

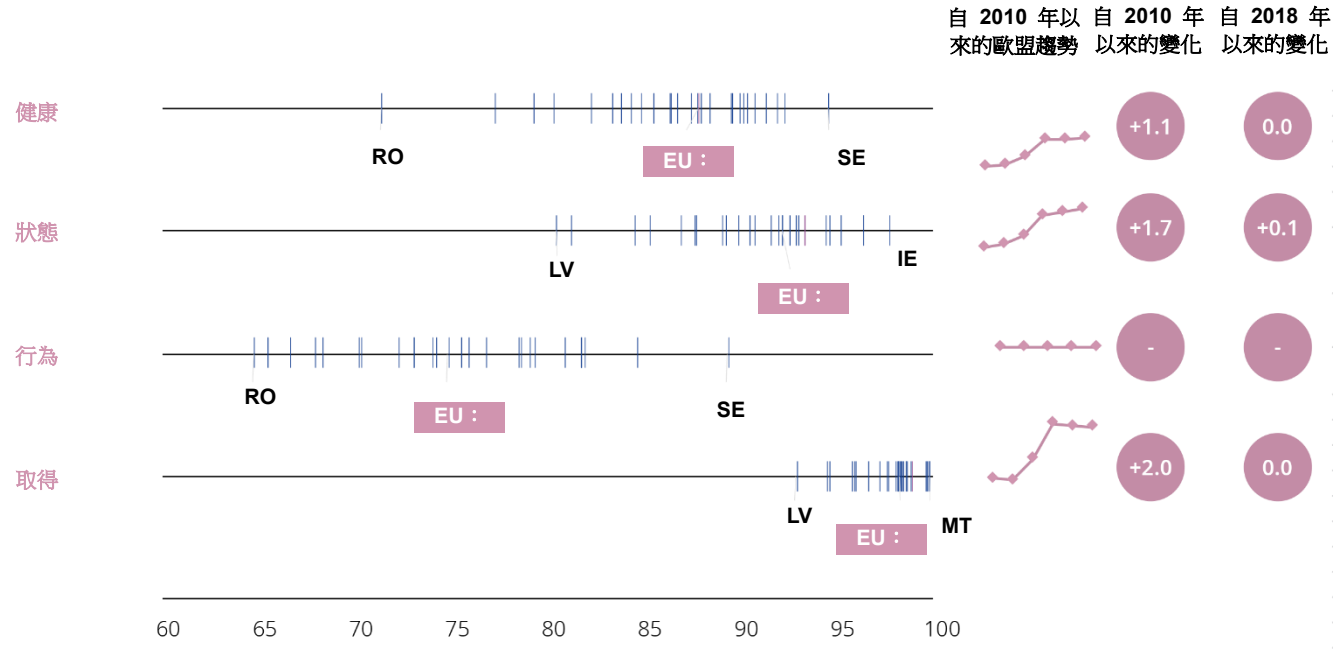
7.1. 持久的健康不平等阻礙了進展

以 2019 年的資料來看，2021 年性別平等指數主要反映疫情前時期的情況，「健康行為」次領域因缺乏新資料而未有更新。健康領域的得分為 87.8，在所有 6 個領域中得分最高 (圖 20)。然而，自 2010 年以來進展微乎其微：僅增加了 1.1 個百分點。自 2010 年以來，在「健康相關服務管道」(+ 2 分) 和「健康狀態」(+ 1.7 分) 這兩個次領域的得分提升同樣微不足道。

「健康相關服務管道」在健康次領域中得分最高，為 98.2 分。這也是自 2010 年以來進步最大的次領域，差距為 2 分。就各國而言，馬爾他排名第一，雖然前 5 名國家的得分均超過 99 分 (DE、LU、MT、NL 和 AT)。第 9.1.3 節更深入探討了若干醫療照護可及性的落差，這類資源對於歐盟境內的關鍵群體皆有所影響。

([43]) 健康領域衡量性別平等的三個健康相關面向：健康狀態、健康行為及健康相關服務管道。健康狀態檢視平均餘命、自覺健康狀況以及健康生活年數 (亦稱為「無身心障礙平均餘命」) 的性別落差，這項評估有一組以 WHO 的建議為基礎的健康行為因素來作為補充，包括蔬果攝取量、運動、抽菸和過量飲酒。「健康相關服務管道」的次領域則檢視表示醫療及/或牙醫需求未獲得滿足者的百分比。

圖 20. 健康領域及其次領域的分數 (2019 年) 以及隨著時間的變化

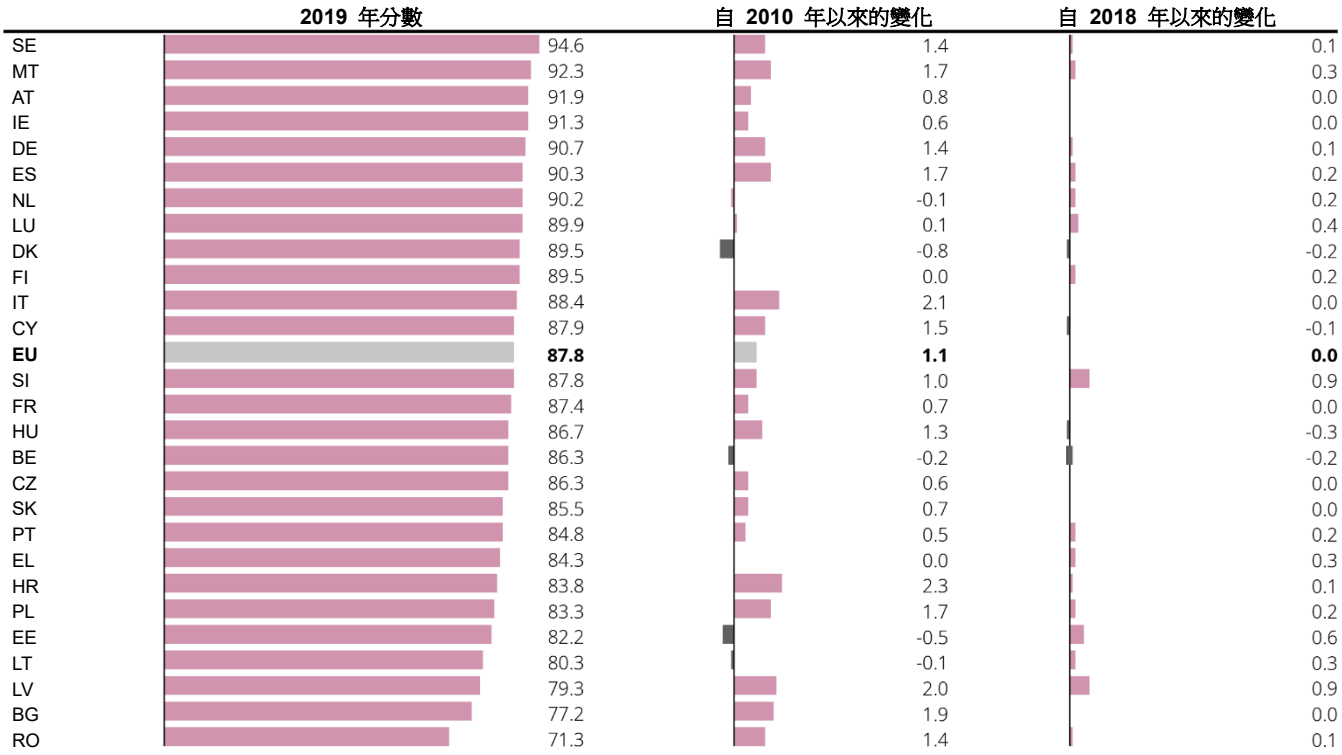


從分數和排名來看，「健康狀態」次領域的變化有所減少。歐盟得分自 2010 年以來上升了 1.1 個百分點，自 2018 年以來沒有變化。

我們在「健康行為」次領域中發現最大的性別不平等，歐盟地區的分數為 74.8 分。如第 9.1.2 節所述，性別規範和性別關係都會影響健康行為。男性較可能過度吸菸和飲酒，而女性則面臨著體能活動的多重障礙。這些行為皆是主要的健康決定因素。採用促進健康的實務對於預防心血管疾病、高血壓和癌症等非傳染性疾病 (NCD) 至關重要：這是歐盟居民早逝的最大原因 (請見「主題焦點」章節的表 3)。歐盟的「戰勝癌症計畫」強調對治風險因素的重要性，其目標是創造「無菸世代」。其目標是在 2040 年前將菸草使用人口比例從目前的 25% 左右降至 5% 以下 (歐盟執委會，2021c)。

眾所周知，規律的體能活動對於良好的心理健康和幸福感很重要 (Stubbs 等人，2017)；因此，體能活動等健康行為是身心健康的關鍵維度之一。這在目前尤為重要，因為已知新冠肺炎疫情已造成嚴重的精神壓力 (見第 9.1 節)。即使如此，此次領域的最新資料取自 2014 年，導致難以有效監控進展程度。許多證據證明立法和公共政策可有效改變行為 (WHO，2014)，但要監測各國採行各種方法的有效性，必須定期蒐集和分析資料。

圖 21. 歐盟各會員國的健康領域分數以及自 2010 年和 2018 年以來的變化



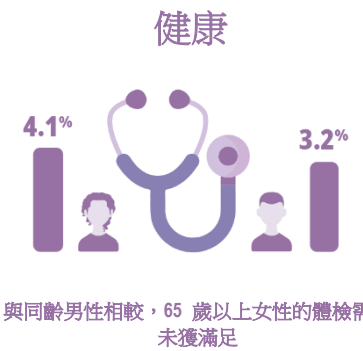
自上一期指數報告發布以來，健康領域及其次領域的得分保持不變。2019 年該領域表現最佳的 5 個國家是瑞典、馬爾他、奧地利、愛爾蘭和德國，得分皆超過 90 分 (圖 21)。排名墊底的是羅馬尼亞、保加利亞、拉脫維亞、立陶宛和愛沙尼亞，得分從愛沙尼亞的 82.2 分到羅馬尼亞的 71.3 分不等。自 2010 年以來，13 個國家的健康領域得分至少提高 1 分。克羅埃西亞 2.3 的總得分增幅最高，但保加利亞、義大利和拉脫維亞的總分也有顯著進步。然而，5 個國家 (比利時、丹麥、愛沙尼亞、立陶宛和荷蘭) 的分數有所下降。2019 年的分數發生變化，從拉脫維亞和斯洛維尼亞微升 +0.9 分到匈牙利的下降 -0.3 分不等，顯示健康方面的短期進展已趨於平緩。

費用是取得醫療資源的主要障礙

歐盟尚未充分實現普遍的健康相關服務管道。約 3.3% 的女性和 2.8% 的男性表示體檢需求未獲滿足。在不同的人口群體中，性別顯然與其他社會因素相互影響，進而阻礙民眾取得醫療資源的管道。特定群體較可能無法滿足體檢需求：身心障礙女性和男性 (女性 6.6%；男性 6%)、單親 (女性 4.7%；男性 4.6 %)、低學歷女性 (4.2 %) 和 65 歲以上女性 (4.1 %) (圖 22)。

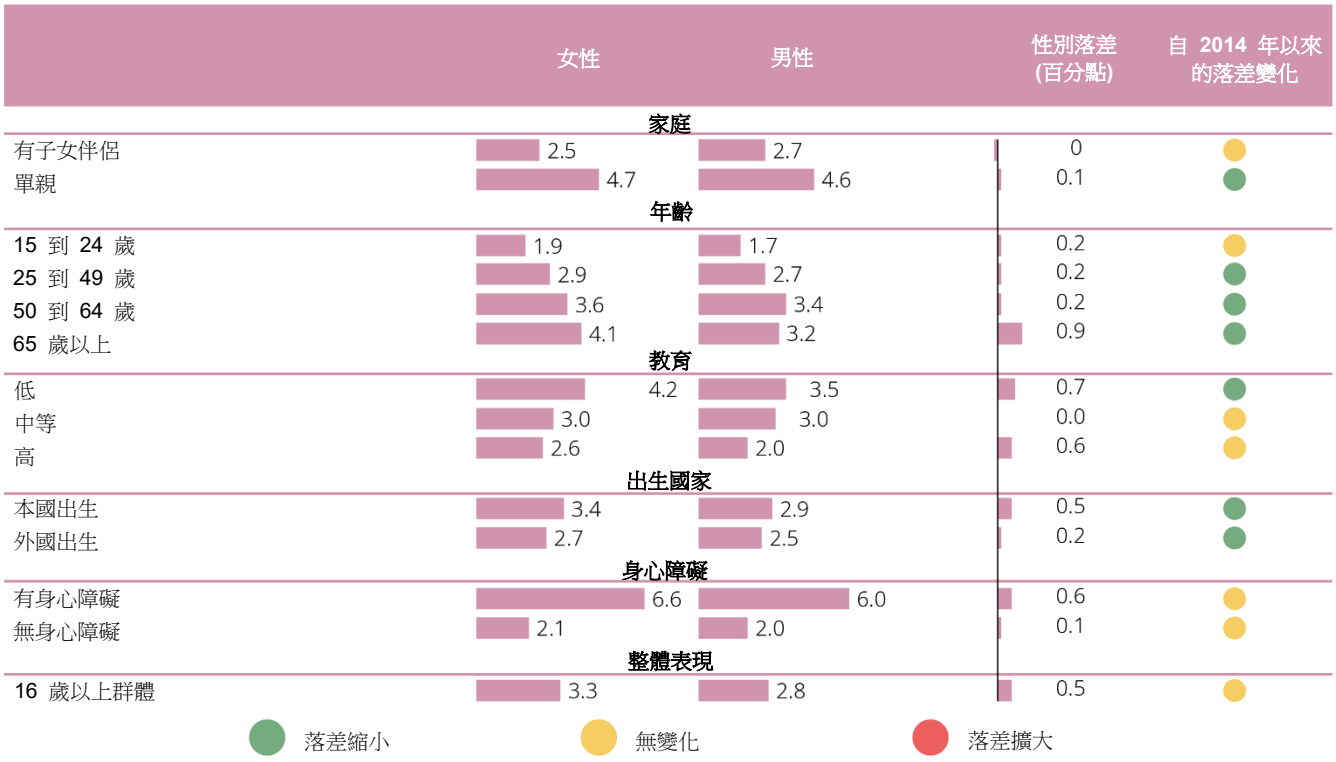
就身心障礙男女未滿足的體檢需求而言，各國之間存在重大差異，愛沙尼亞和羅馬尼亞的程度最高 (見第 9.1.3 段的 圖 36)。

醫療需求未獲滿足的最常見原因在於費用。女性較



可能提及尋求醫療照護的障礙在於財務條件，33% 的女性和 29% 的男性表示無法負擔 (44)。身心障礙的女性和男性以及低學歷女性較其他人更可能沒有收入，因為她們無法從事有償工作，或只能不穩定的工作 (EIGE，2017b)。

圖 22. 醫療檢查需求未獲滿足的人口 (歐盟，百分比，16 歲以上)



資料來源：作者的計算、EU-SILC，2019 (IE，IT，2018)。

大量證據記錄了 LGBTQI+ 女性和男性的健康狀態和醫療可近性皆居於弱勢 (Elliott 等人，2015；Fedewa 和 Ahn，2011；FRA，2020a；Rosenkrantz 等人，2017)。歐洲各地的 LGBTI 群體在取得醫療服務時仍面臨歧視，16% 的調查受訪者表示過去 12 個月內曾因 LGBTI 身分遭受醫護或社會服務人員的歧視 (FRA，2020a)。跨性別者通報醫護人員對他們麻木不仁和不尊重的行為尤其嚴重 (Edwards，2012)。

(44) 作者根據歐盟統計局「2019 年歐盟各年齡、性別和成因的未滿足體檢需求百分比」進行計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_14。

7.2. 新冠肺炎降低了男性的預期壽命和出生率

雖已加強疫苗的推廣力度，但在撰寫本文時，新冠肺炎疫情在歐盟仍未得到控制。雖然疫情對民眾健康的全面影響尚不清楚，但可能十分深遠。截至 2021 年 7 月，新冠肺炎已奪去 73 萬多人的生命，並感染了 3,300 萬人，共占歐盟人口的 7%。感染和死亡負擔在不同的國家和群體中分佈不均。最大型的國家通報病例數最多，例如德國、西班牙、義大利和波蘭 ([45])。然而按人口計算，確診比例最高的則是人口較少的國家：捷克、盧森堡、斯洛維尼亞和斯洛伐克：比率從盧森堡的 11% 到捷克的 16% 不等。

第 9.2.2 節探討女性和男性在感染和健康結果方面受新冠肺炎影響的具體方式。也研究了防疫管制對健康帶來的性別化影響，包括心理健康和遭受性別暴力。

疫情對公共衛生較明顯的影響之一是預期壽命下降。大多數歐盟國家 2020 年的預期壽命低於 2019 年。初步資料顯示，除西班牙以外，男性預期壽命下降幅度略高於女性。波蘭和立陶宛的男性 (-1.5 歲) 和羅馬尼亞 (-1.4 歲) 以及西班牙的女性和男性 (分別為-1.6 歲和-1.4 歲) 下降幅度最大 ([46])。雖然男性預期壽命的下降可能是暫時現象，但可能造成大多數歐盟國家新冠肺炎死亡人數增加，以及男性超額死亡率提高 (見第 9.2.2 節)。

疫情也與 2020 年末至 2021 年初的出生人數下降有關，尤其是在受疫情爆發影響最嚴重的國家 ([47])。短期生育力波動資料庫的資料顯示，2021 年 1 月匈牙利下降 10%，法國下降 13%，愛沙尼亞下降 17% ([48])。最大的減幅 (20%) (名符其實的「新生兒銳減 (baby crash)」) 發生在西班牙 (Tomas Sobotka 等人，2021)。已有主張提出，重大健康風險、心理困擾和經濟不確定性 (包括大規模失業) 以及疫情期間女性需承擔更多無償照顧工作等綜合因素是夫妻推遲或放棄生育子女的可能原因 (Voicu 和 Bădoi，2021)。正如第 9.2.1 節關於 SRH 的討論所述，這些服務供應和取得在歐盟各地和不同時期均有甚大差異。這也可能是因素之一，對於需要醫療協助懷孕的伴侶和個人尤其如此。隨著歐洲人口高齡化，南歐和中歐會員國受低出生率影響尤甚，預計疫情期間登記出生率的下降將加劇一直以來的人口挑戰。

([45]) 歐洲疾病預防和控制中心 (ECDC) 新冠肺炎監測更新資訊，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea，資料存取於 2021 年 7 月 7 日。

([46]) 作者根據歐盟統計局資料「各年齡和性別預期壽命」進行的闡述，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/demo_mlexpec，資料存取於 2021 年 4 月 8 日。

([47]) 與前一年同月相比較。

([48]) 短期生育力波動資料庫 (Short-Term Fertility Fluctuations) 可開放公眾存取，提供特定國家每月新生兒計數的及時資料，旨在對人類生育力資料庫 (Human Fertility Database) 進行補充，https://www.humanfertility.org/Docs/STFFnote.pdf。

8. 暴力領域

女性受暴是我們這個時代最普遍的罪行之一，其具有多種形式，包括肢體、性、心理和經濟等類型的暴力。其可以發生在親密的伴侶之間、更廣泛的家庭、專業和公共環境，乃至於虛擬空間中。老齡化、身心障礙、外國人身分及其他生活條件，皆會增加女性遭受性別暴力的脆弱性。

2020-2025 年歐盟性別平等策略的關鍵基本訴求，就是免於暴力侵害與刻板印象的限制 ([49])。歐盟受害者權利策略 (2020-2025) ([50]) 在「受害者權利指令」的基礎上特別關注性別暴力受害者的具體需求 ([51])。2017 年，歐盟簽署了《歐洲理事會女性暴力與家庭暴力防治公約》(簡稱伊斯坦堡公約) ([52])。促使歐盟加入這項公約，是執委會的關鍵優先事項之一。

暴力領域被認為是性別平等指數的一項附加領域。其特殊地位源自於概念和統計方面的考量 ([53])。對女性施暴的行為是性別不平等最具強制性的表現。這是女性在就業、收入、教育、權力分配、無償照顧和健康方面遭遇結構性不平等的主要原因和後果。因此，其在性別平等的議題和監控中占有重要地位。然而，暴力領域在統計上側重於女性受暴而非性別落差，並與其他指數領域的處理方式不同。

此領域是以獨立的 3 層測量結構為基礎 (EIGE，2017a)。其可監控各種形式的女性受暴程度，判定國家之間進行比較的情境因素，以及評估歐盟長期發展情況：

1. **綜合衡量**指標結合了最常見和最廣泛定罪的女性受暴形式 (肢體暴力、性暴力和殺害女性) 盛行率、嚴重程度和揭露情況。根據 FRA 在 2012 年蒐集的資料 (FRA，2014)，歐盟綜合措施得分為 27.5 (滿分 100) (得分越高，對女性的暴力程度越高) (EIGE，2017a)。在由歐盟統計局 ([54]) 領導的下一次女性受暴調查完成後，預計於 2024 年更新這項分數，並以 FRA 和 EIGE 聯合調查結果進行補充 ([55])。

2. **附加的指標**涵蓋了《伊斯坦堡公約》中定義範圍更廣的女性遭受暴力形式。由於各國或歐盟缺乏對定義的共識或強而有力的政策綱領，因此心理暴力、性騷擾、跟蹤和女陰殘割 (FGM) 等這類暴力型態將與綜合措施區分開來加以分析。

([49]) 2020-2025 年歐盟性別平等策略，https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020DC0152。

([50]) 2020-2025 年歐盟受害者權利策略，https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020DC0152。

([51]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=EN

([52]) 《歐洲理事會女性暴力與家庭暴力防治公約》，https://rm.coe.int/168008482e。

([53]) 從概念上看，對女性施加暴力的行為，是女性在勞動、健康、金錢、權力、教育和時間使用等領域經歷結構性不平等的必然結果。從這個角度來看，女性受暴對性別平等指數領域構成重要面向。從統計角度來看，暴力領域不能與其他性別平等指數領域等量齊觀，因為其不衡量男女之間的落差。相反，其展示了女性遭受性別暴力的經驗。與其他領域不同的是，此領域的整體目標並非縮小男女之間的暴力落差，而是完全杜絕暴力 (EIGE，2013，第 31 頁)。性別平等指數其他領域與女性受暴領域之間的這項基本區別，證明了該領域受到不同對待的事實。

([54]) 資料蒐集階段計畫在 2020 到 2022 年間進行。

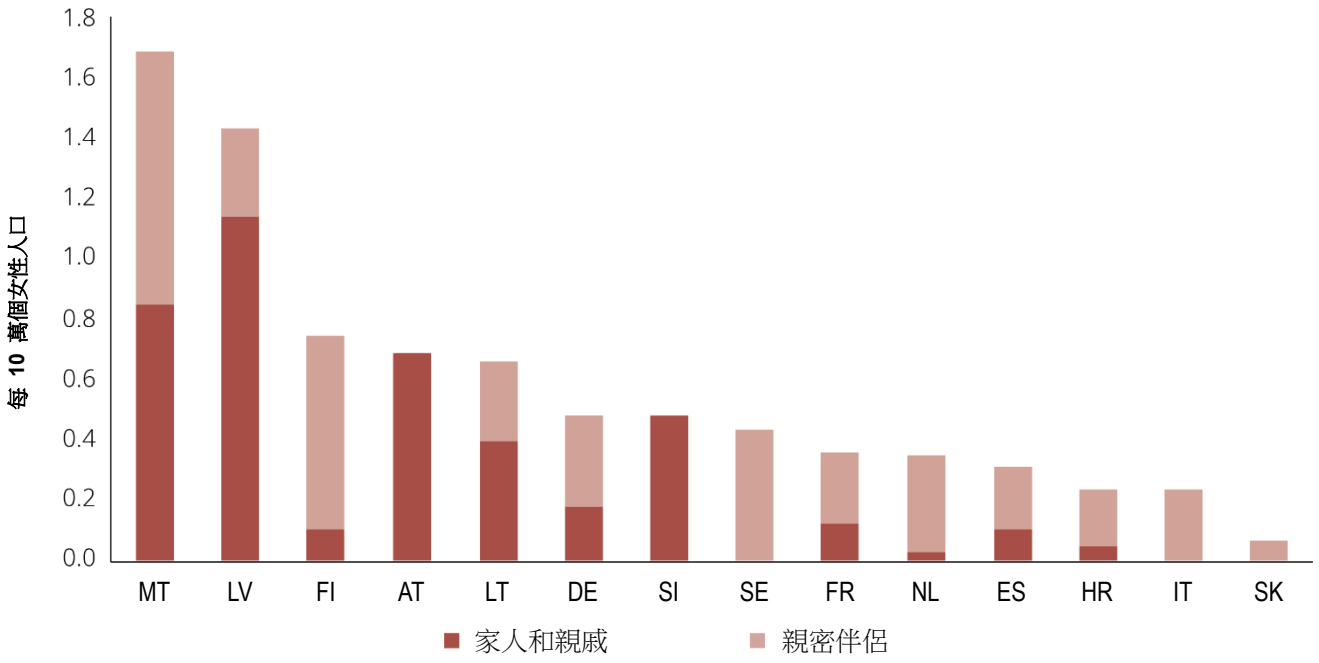
([55]) FRA 和 EIGE 將在歐盟會員國蒐集女性受暴資料 (VAW II 調查)，這些國家的統計機構並未在歐盟統計局籌辦「歐盟關於性別女性受暴和其他形式人際暴力行為調查」(EU-GBV 調查) 的背景下蒐集全國性的資料。這包括多達 10 個未參與歐盟統計局倡議計畫的歐盟會員國。資料將發佈在《2024 年性別平等指數》中。

3. **情境因素**係依據《伊斯坦堡公約》的條款構建而成，涵蓋 6 種維度：政治、預防、保護與支援、實質立法、司法機構參與及社會架構。

8.1. 證據的匱乏阻礙了對女性受暴的真實評估

暴力領域無法定期更新，因為嚴重缺乏最新的盛行率資料，即使是最嚴重的女性受暴形式也是如此。在用於衡量這類暴力程度的所有指標中，唯一可以定期取得的資料是殺害女性的資料。EIGE 將殺害女性定義為「女性被親密伴侶殺害，以及女性因受到有害於女性的行為而死亡」([56])。其中的挑戰在於掌握殺害女性行為的性別化本質，因為尚無會員國將其視為獨立的刑事犯罪。殺害女性屬於法律術語「兇殺 (homicide)」的一種。目前，EIGE 正在使用歐盟統計局所提供有關親密伴侶或家庭成員蓄意殺人的代用指標和資料 (圖 23)。2018 年，14 個會員國記錄 600 多起女性遭親密伴侶或家庭成員/親屬謀殺的案件。芬蘭、馬爾他和拉脫維亞記錄的比率最高 (按每 10 萬名女性計算)。在瑞典，親密伴侶間的蓄意殺人案也相對較高。由於各國對刑事犯罪和資料蒐集流程的定義存在差異，因此必須謹慎考慮資料的可比較性和準確性。

圖 23. 2018 年親密夥伴或家庭成員/親屬故意殺害的女性受害者 (每 10 萬個女性人口)



備註：關於家人和親戚在 2018 年故意殺害的女性受害者人數，捷克、希臘、義大利、賽普勒斯、匈牙利、羅馬尼亞、斯洛伐克或瑞典皆沒有相關資料。關於親密伴侶在 2018 年故意殺害的女性受害者人數，捷克、希臘、賽普勒斯、匈牙利、奧地利或羅馬尼亞皆沒有相關資料。斯洛維尼亞在 2018 年記錄女性被親密伴侶殺害的人數是零。

資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/crim_hom_vrel。

([56]) https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1128

由於高齡女性是特別脆弱的群體，因此殺死高齡女性是盛行的女性殺害模式。65 歲以上的女性可能成為親密伴侶的受害者，也可能成為伴侶以外男性的受害者。Dobash 和 Dobash (2015) 的一項研究顯示，大多數老年女性謀殺案是由週遭的男性行兇。加害者往往失業並長期酗酒。女性受害者之所以被選中，似乎是因為她們「額外」脆弱：兼具女性和老年人的身分。同一項研究顯示，超過 3/4 的兇殺後自殺 (男性先殺害女性後自殺) 皆涉及年長女性遭男性伴侶謀殺。在許多這類案例中，嫉妒、佔有慾和無法面對分離是顯而易見的動機 (Dobash 和 Dobash，2015)。

自 2017 年首次發布 EIGE 暴力程度綜合衡量標準後，關於其所涵蓋的其他暴力型態，歐盟範圍內都沒有新的可比資料。FRA 的 2019 年基本權利調查 (FRA，2021) 提供了有關歐盟範圍內女性和男性肢體暴力和騷擾經驗的若干資料。由於調查目標和方法的差異，該資料無法與 FRA 2012 年的女性受暴調查 ([57]) 進行比較。

世界衛生組織歐洲區域辦事處 (2021b) 提供的資料顯示，有相當比例的女性在人生中的特定時期，都曾受到親密關係暴力的影響。在歐盟國家，2018 年估計盛行率介於克羅埃西亞和波蘭 15-49 歲女性的 13% 到拉脫維亞同齡女性的 25%，表示她們在人生中某個時刻經歷過親密關係暴力 (WHO 歐洲區域辦事處，2021b)。

根據基本權利調查，歐盟 27 國中有 8% 的女性在調查前 5 年經歷過肢體暴力 (不包括性暴力)，而在先前 12 個月內有此經驗的女性占 5%。然而，在過去 5 年中遭受暴力的女性中，有 13% 表示其屬於性暴力。這類事件大多在女性自家 (37%) 由家庭成員或親屬 (32%) 所為，最常見的施暴者是男性。這一點證實親密關係暴力或家庭暴力在女性受暴經驗中扮演了重要角色。

女性遭受肢體暴力的盛行率程度因國家而異。過去 5 年曾經歷暴力的比例，從芬蘭和愛沙尼亞的 16% 到馬爾他的 3% 和義大利的 2%。身體上的性暴力在希臘 (26%)、葡萄牙 (22%) 和西班牙 (20%) ([58]) 最為普遍。至於女性在家中受暴的比例，葡萄牙高達 68%，愛沙尼亞為 64%，克羅埃西亞為 55%，奧地利為 53%。

([57]) 根據 FRA (2021) 的說法，女性受暴調查結果被認為更準確反映女性受暴經驗 (包括親密關係暴力)，而基本權利調查提供了關於女性和男性特定形式的暴力經驗資料。雖然基本權利調查受訪者可以揭露暴力經驗 (不論加害者類型為何)，但該調查並未包括在女性受暴調查中用於支持揭露親密關係暴力行為的具體措施，例如女性遭受性暴力的普遍性 (FRA，2021)。

([58]) 對於此 3 個國家的性相關肢體暴力盛行率調查結果，FRA 提醒其在統計上較不可靠，因為這些數據是基於較小的回覆樣本數計算得出。

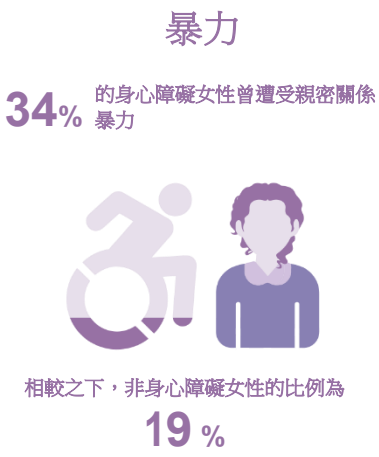
調查也顯示，所有年齡群體有 39% 的女性在過去 5 年中曾遭受騷擾，28% 的女性在過去 12 個月中曾遭受騷擾。對於 16-29 歲的女性，過去 5 年和 12 個月內的相應比率分別為 61% 和 46%。法國 (60%)、荷蘭 (59%)、芬蘭 (57%) 和德國 (57%) 記錄到過去 5 年間女性受騷擾的最高比例。在過去 5 年經歷過騷擾的女性中，18% 表示近期事件本質上屬於性騷擾，而這一數字在 16-29 歲的女性中上升到 30%。女性在公共場合遭受陌生人性騷擾的比例極高，因此她們經常表示，由於害怕潛在的攻擊或騷擾，因此會避開特定地點和場合。這種擔憂減少了女性參與公共生活的機會。

大多數肢體暴力和騷擾事件不會通報警方，特別是當加害者是家庭成員或親戚時。根據基本權利調查，這類事件的通報率僅達 22%，這表示有大量家庭和/或親密關係暴力的當事人知情不報。FRA 的女性受暴調查 (FRA，2014) 的結果支持這項發現，因為其顯示許多身體和性暴力的女性受害者會聯繫醫生和醫療服務機構，而不是警察。

主管機關記錄的資料往往低估了性別暴力的範圍。在各種形式的女性受暴方面，既有法律缺陷構成了舉報的額外障礙。這包括未認定心理和經濟虐待屬於性別暴力，或是未認知到「出於脅迫而未經合意的性行為即屬強姦」的定義。由於資料記錄系統很少由性別暴力專家操作，因此事件的分類和記錄未必具有可比較性 (EIGE，2019f)。為了矯正這種情況，EIGE 制定了 13 項指標，協助會員國遵行受害者權利指令和《伊斯坦堡公約》的最低要求，並指導警察和司法部門在歐盟境內蒐集有關親密關係暴力和強姦案件的行政資料 (EIGE , 2018a)。

8.2. 不平等加劇了女性受暴的風險

雖然所有女性都受到暴力影響，但特定群體面臨較高的風險 (EIGE，2020a)。2019 年基本權利調查 (FRA，2021) 顯示，特定群體在過去 5 年中受騷擾比率較高。其中包括自稱為女同性戀、雙性戀或「其他」性向認同的女性 (57 %)；不具居住地公民身分的女性 (51%)；受過高等教育的女性 (49%)；因身心障礙而難以參與尋常活動的女性 (48%)。



女性受暴調查 (FRA，2014) 也顯示，身心障礙大幅增加女性受暴的脆弱性，尤其是來自熟人或親密伴侶的暴力。大約 1/3 的**身心障礙女性** (34%) 曾遭受親密關係暴力，而非身心障礙的女性則為 19%。然而，防範女性受暴的策略往往遺漏身心障礙的女性，她們通常無法進入庇護所和其他設施，迫使繼續處於暴力的境況之中 (Mandl 等人，2014)。

社交媒體用量增加與數位科技的進步，皆導致了線上騷擾和虐待激增，尤其是針對**年輕女性和女童**。在歐盟，13% 的女性大致經歷過網路騷擾。在 16 至 29 歲的群體中，這種情況更為盛行，達到 25% (FRA，2021)。因此，女童和年輕女性 (15-18 歲) 由於害怕騷擾、八卦和仇恨評論而大幅限制自己在

網路上表達的內容 (EIGE，2019a)。最終，這些暴力可使女性噤聲，並讓她們不敢在公共生活領域成為名人。例如，約有 4/ 10 的記者表示曾在受到線上虐待後進行自我審查 (EIGE，2020a)。許多擔任公共角色的女性，尤其是為女性和少數群體 (政治家、律師、倡議人士等) 爭取權利的女性，都是網路性騷擾的受害者 (歐洲議會，2018，2021)。

自 2012 年以來，EIGE 持續估算面臨**女陰殘割**風險的女性和女童 (0-18 歲) 數量，據此衡量歐盟各地女陰殘割的盛行率，並找出解決此問題的有效實務。在丹麥、西班牙、盧森堡和奧地利進行的最新評估 ([59]) 顯示，女性或女童在歐盟遭受女陰殘割的風險較不明顯 (EIGE，2021b)。然而，當未婚女童和女性返回原籍國時，風險會增加。在丹麥、盧森堡和奧地利，相較於一般移民群體，尋求庇護的女童遭受女陰殘割的估計風險更高。這突顯了制定具有性別敏感度的庇護程序的重要性，以防止女性遭受外陰殘割和保護處於風險中的女童，並幫助經歷女陰殘割的女性和女童 (EIGE，2021b)。此研究也顯示必須加強對交織性不平等的敏感度，包括在性與生殖相關醫護體系中採用具有文化敏感度的方法 (見第 9.2.1.節)。

FRA 於 2019 年進行的第二次 LGBTI 調查 (FRA，2020b) 發現，歐盟 27 國中每 10 名**女同性戀者**中就有 1 人 (10%) 在調查前的 5 年內因性取向而遭受身體或性攻擊。盛行率介於克羅埃西亞的 16% 到葡萄牙的 3% 不等。只有 16% 的**女同性戀者**曾向警察在內的任何組織通報最近一次仇恨動機的身體和性攻擊，這些事件主要出自恐懼同性戀的反應。

騷擾 ([60]) 是針對女同性戀最普遍的暴力形式，56% 受訪者在過去 5 年中曾因各種緣故遭受面對面的騷擾，11% 在同一時期遭受網路騷擾。在調查前的 12 個月內，48% 的女同性戀者曾因不特定原因受到騷擾，40% 的女同性戀者曾因性取向受到騷擾。盛行率從拉脫維亞的 52%、立陶宛的 50% 和比利時的 48% 到賽普勒斯的 22% 和馬爾他和葡萄牙的 28% 不等。在近期針對該群體的仇恨動機騷擾事件中，71% 是男性所為。在 62% 的案例中，女性並不認識加害者 (FRA，2020b) ([61])。

8.3. 新冠肺炎疫情加劇了性別暴力

社交距離和行動限制措施的用意是遏制新冠肺炎傳播，但也已將婦女、女童困在與施虐者同住的家中。如果暴力受害者擁有法律和社會支持網絡，這些網絡就會瓦解，幾乎不可能立即尋求支持或擺脫困境。

新冠肺炎防疫措施可能會綜合和連結各種交互型態的女性歧視，並提高屬於弱勢和邊緣化群體的女性受暴風險。其中包括老年女性、身心障礙女性和女童、移民女性、女性遊民和人口販運受害者等。例如，封城和「待在家中」的命令加劇了高齡女性面臨特別的暴力風險因子，例如孤獨、焦慮、憂鬱、照顧者的經濟依賴、老年人對照顧者的依賴，以及照顧者使用酒精和物質等。由於疾病和自我隔離導致長期照護機構員額減少並且暫停家庭探訪措施，進而加劇機構居民的孤立，以及原本就已偏高的暴力風險，其中以女性受暴風險尤甚 (Šimonović，2020)。

([59]) 2018 年針對西班牙執行，2019 年針對丹麥、盧森堡和奧地利執行。

([60]) 問卷並未使用「騷擾」一詞，以避免衍生不同的解釋。相反，其評估了具體的騷擾行為。具體而言，其詢問受訪者是否有人當面發表冒犯性或威脅性的評論，例如侮辱或辱罵她們；當面以暴力威脅她們；做出冒犯性或威脅性的手勢，或以不恰當的方式直視她們；遊蕩、等待或故意以威脅方式跟蹤她們；向她們發送攻擊性或威脅性的電子郵件或簡訊 (SMS)；或在網路上發布關於她們的冒犯性或威脅性評論：例如在 Facebook 或 Twitter 上 (FRA，2020b)。

([61]) EU-27：作者依據微觀資料進行計算。

由於缺乏有關性別暴力的可比較行政資料或盛行率資料，因此很難掌握疫情期間性別暴力增加的程度。自從疫情開始以來，媒體和女性組織已通報女性暴力受害尋求庇護所或求助熱線等服務的需求急遽增加。例如，義大利政府營運的 1522 求助熱線在 2020 年 3 月 1 日至 4 月 16 日期間接到 5,031 通電話，比 2019 年同期增加了 73%。在西班牙，求助熱線電話撥打率增加了 48% (Šimonović，2020)。

新冠肺炎危機暴露並加劇了原本嚴重不足的女性暴力防治措施和受害者支援服務。EIGE (2021a) 研究顯示，2020 年 3 月至 9 月實施的防疫措施對服務機構帶來諸多重大挑戰。其中包括確保服務供應的連續性、尋找提供支援的新方法、滿足激增的服務需求、應對服務機構員工的壓力、主動聯繫受害者、確定受害者的風險程度以及資金短缺 (EIGE，2021a)。

該研究強調第一波疫情期間的危機準備程度與危機管理計畫的重大差距。沒有任何歐盟會員國制定性別敏感的災難計畫，來解決女性受暴可能激增的問題。新冠肺炎疫情爆發促使 11 個國家制定國家政策或行動計畫，旨在解決親密關係暴力增加而引起的問題，但僅 3 個國家的計畫或政策提出解決這些問題的具體措施 (EIGE，2021a)。

雖然如此，EIGE 的研究找出了若干保護女性暴力受害者的實務做法頗為值得關注。8 個國家透過國家立法來認定支援服務的必要性，2 個國家使用數位科技繼續進行刑事訴訟，4 個國家推出受害者求助熱線或電子郵件/即時消息服務。此外，有 11 個國家在公共住宅或私人旅館提供更多的庇護住宿，但著重於將加害者帶離家中的措施則是少見得多 (EIGE，2021a)。

許多受害者支援服務機構在資金短缺下苦撐運作，並且被迫適應新的工作方式，例如提供遠端服務。新冠肺炎確診和家庭暴力通報案件的持續不確定性和激增趨勢形成進一步的壓力。這使得服務機構特別難以確保其員工的工作與生活平衡以及其健康和安全。EIGE 研究訪談顯示，能夠應對這些挑戰的支援皆來自非政府服務機構，而非政府機關 (EIGE，2021a)。

對於許多女性及其子女而言，如果性別暴力和家庭暴力缺乏立即、特定和長期的應對措施，其後果將比新冠肺炎疫情更持久。正如聯合國女性受暴問題特別報告員指出，性別暴力的流行早於新冠肺炎，並且很可能會持續下去 (Šimonović，2020)。

9. 主題焦點

簡介

雖然截至 2021 年中旬，歐盟各地的疫苗推廣步伐加快，但新冠肺炎疫情仍持續奪走生命，打破了最初以為這場危機在短時間內結束的希望。隨著人類健康和生命損失的增加，在我們生活中密切交織的社會、經濟和健康維度已顯著鬆脫。雖然在疫情爆發之前，健康曾被指定為 2021 年性別平等指數的主題焦點，但新冠肺炎疫情已得出兩項重要結論：攸關民眾健康的挑戰與其社經條件有關，社經條件不平等終將反映在不同的健康結果上。

此焦點旨在匯集「性別不平等是一項健康決定因素」的證據，並探討收斂效應的不平等如何影響健康結果。由於男女健康結果不平等的原因各異，本章檢視了社會建構的作用，包括男性氣質和工作及家庭角色。此焦點也涉及性別不平等的其他廣泛原因，例如經濟和公共政策因素。探討的議題涵蓋健康狀態方面的性別不平等，包括心理健康、有害健康行為、健康相關服務管道以及性與生殖健康及權利 (SRHR)，同時提供有關疫情性別化影響的資料及證據。

依據世界衛生組織定義，影響健康的社會決定因素 (SDH) 是決定人類出生、成長、生活、工作和衰老的經濟、社會和環境條件，其由全球、國家和地區的金錢、權力和資源分配所決定 (WHO，2008)。其中若干因素可促進健康，例如更好的教育、取得乾淨的水資源和安全的住所。其他因素則可能有害，例如性別暴力或醫療服務管道的性別不平等。

目前相關單位已提出不同的模型來理解和系統地分析 SDH。其中的共同點是包含了非常廣泛的個人社會環境：收入、教育、就業、住宅、鄰里環境和社交網絡。同樣，其中也包括各種結構性因素，例如教育、住房、健康和經濟方面的公共政策及文化背景。無論是個別或結構性的社會因素，通常都會受到學術界和政策制定者的關注，因為這些因素可能較容易透過政策加以改造。

個體在先天賦予的性別化身體 (gendered body) 中生活，這表示特定健康問題具有性別特異性，例如卵巢癌和攝護腺癌。性別不平等和性別化規範會對健康產生影響，因為女性和男性在疾病和傷害、健康相關行為以及取得醫療資源的管道有所差異。帶有性別偏見的衛生研究和醫護體系，也會加劇和重演性別不平等的現象 (Heise 等人，2019；Sen 和 Östlin，2008)。

生活在社群中的事實也顯示，性別是由制度因素所支持的規範在社會中構建而成。這種「性別體系」會與其他權力和特權軸系 (privilege axis) 交互作用，例如種族、階級和能力，影響個人相對於他人的社會定位。一般而言，探討健康議題的跨領域方法主張，對於健康結果的解釋同時受到諸多因素的影響 (Hankivsky 和 Christoffersen，2008)。越來越多研究歐洲國家健康不平等現象的文獻，皆採用這種突顯性別重要性的的健康研究方法 (EuroHealthNet，2020；JAHEE；WHO，2008，2019e)。

性別平等指數的所有領域都與健康不平等有直接或間接的關聯，不平等的來源涵蓋個人乃至於國家層面 (見第 2-6 章和第 8 章)。就業、收入和教育程度密切相關，而且都是普遍公認的社會決定因素 (SDH)，其中性別是一項重要的層面，有助於更有效理解有關這些維度的不平等現象。時間使用情形、無償照顧工作 (以時間領域衡量) 以及決策權 (如權力領域所反映) 日益被視為重要的健康決定因素 (見第 5 章和第 6 章)。暴力本身對健康的各方面都有直接影響，無論在身體上或是精神上。在國家層面，也有主張認為群體健康方面的不平等 (例如老年人健康的性別落差)，在性別不平等的國家更為明顯 (Bracke 等人，2020)。近期一份報告也指出，在女性政治代表權和性別平等程度較高的國家，男性的健康狀態似乎也隨之改善，女性和男性的預期壽命均有所增加，其中男性受益更多 (WHO 歐洲區域辦事處，2020c)。

勞動市場的性別化模式同樣反映在健康不平等的現象中。與失業相關的健康影響因子包括缺乏經濟和社交網路資源、社會孤立、壓力和自尊喪失。

從就業條件來看，實體工作環境可能直接影響健康，例如暴露在有毒素的環境中。據估計，歐盟每年有超過 10 萬人死於職業性癌症 (ETUI，2018)。身體勞損和社會心理需求皆可能導致肌肉骨骼疾病。根據 EU-OSHA(2019)，歐盟 3/5 的勞工通報肌肉骨骼問題，且女性勞工的盛行率高於男性。員工的心理健康會受到各方面不利影響，包括工作中的歧視、欺凌和壓力，以及就業條件不穩定以及缺乏權利和保護所帶來的財務壓力 (Ferrante 等人，2019；Rönnblad 等人，2019)。就業和工作條件方面的性別差異，對於女性和男性的工作相關健康結果有重大影響。然而，相較於男性工作相關風險和預防措施的研究結果，女性在工作上面臨的安全和健康風險皆遭到低估和忽視 (EU-OSHA，2013)。職業健康政策和預防措施也持續建立在「勞工」的性別中立模型之上，雖然隱含指涉的性別是男性 (ETUI，2021)。因此，在職業安全與健康方面的性別主流化非常重要 (ILO，2013)。

收入、物質資源和教育程度，皆會影響到直接攸關健康的重要因素，包括能否取得醫療、住宅、食物以及健康以及有關醫護體系的知識。人們通常並未深究其中的性別角色。例如，在極少數經過研究的案例中，曾以系統性的方式檢視收入變化對健康的影響，發現較高的收入未必可為女性帶來顯著的正向改變 (Gunasekara 等人，2011)。

會員國應承擔提供健康和社會照護的主要責任。雖然歐盟可以補足和支援國家政策，但除了調查研究與跨境威脅等少數領域外，歐盟並無實質決定權 (E. Brooks 等人，2020)。

確保民眾可普遍取得適當、可負擔和優質的醫療服務是歐盟的優先政策。《歐洲社會權利支柱行動計畫》將這類取用管道訂為權利，藉此落實上述政策 (歐盟執委會，2019)。全民醫療保險也是聯合國永續發展目標(SDG)「目標 3」的訴求之一 (聯合國，2015)。為在歐盟實施永續發展目標，執委會於 2016 年通過了永續發展系列方案，以幫助會員國實現此一目標。2020 年，歐盟性別平等策略重申了將性別觀點納入所有執委會健康計畫中的承諾，例如歐盟的「戰勝癌症計畫」(歐盟執委會，2021c)。

在高齡化的人口中，為滿足老年人對健康和社會照護日益成長的需求，歐盟實施一項以「活躍老化 (active ageing)」為宗旨的政策，其目標為改善老年人的健康，確保健康和社會照護系統永續運作，並協助提高歐盟產業的競爭力 (歐盟執委會，2018)。

《高齡化綠皮書》呼籲對長照服務進行改革和投資，並重新致力縮小就業、薪資和年金方面的性別落差，以防止老年貧窮和社會排除(social exclusion)，尤其是針對女性 (歐盟執委會，2021g)。

多年來，歐盟也持續重視心理健康醫護服務的取得管道。「歐洲心理健康與福祉行動綱領 (European Framework for Action on Mental Health and Well-being)」突顯出滿足女性心理健康需求方面的挑戰，同時強調必須提升衛生服務的性別敏感度 (歐盟心理健康與福祉聯合行動，2016)。此外，歐洲議會關於促進心理健康和臨床研究性別平等的決議也強調了心理健康的性別化層面，並呼籲執委會和會員國採取進一步行動。其強調必須進行相關臨床試驗，藉此反映產品使用者的需求，並呼籲蒐集依性別分類的資料，以確定副作用的性別化差異 (歐洲議會，2017)。實施「臨床試驗規章 (Clinical Trials Regulation)」([62]) 可能有助於解決持續存在的不平等問題 (EIWH，2018)。

繼歐盟女性權利和性別平等的倒退，2019 年歐洲議會的一項決議發現，性與生殖健康及權利 (SRHR) 等關鍵領域的退步情形在各會員國皆已十分常見 (歐洲議會，2019)。

2020 年 7 月，歐洲議會另一項針對歐盟「後新冠肺炎時期 (post COVID-19)」公衛策略的決議承認，SRHR 服務的取得管道已受疫情影響，而且女性、兒童和 LGBTQI 群體面臨更高的暴力和歧視風險 (歐洲議會，2020)。歐洲議會呼籲會員國保證落實性知識、情緒、社會、互動和身體方面的衛教宣導 (性教育)，並為女性備妥計畫生育措施，以及在危機期間或結束後提供齊全的性與生殖健康 (SRH) 服務，包括現代化的避孕方法和安全合法的墮胎程序。

9.1. 歐盟在健康方面的性別不平等

9.1.1. 健康方面的性別差異反映出持續終生的不平等現象

非傳染性疾病是歐盟健康不良的主要原因，對女性和男性的影響各不相同。非傳染性疾病的暴露和脆弱性取決於生物因素以及性別角色和規範 (WHO，2019g)。尤其是特定性別專屬的心理健康障礙，對於整體健康狀態也有不同的影響。心理健康不良也會增加非傳染性疾病的整體負擔，包括心血管疾病、糖尿病和癌症 ([63]) (Pikhart 和 Pikhartova，2015；Stein 等人，2019)。

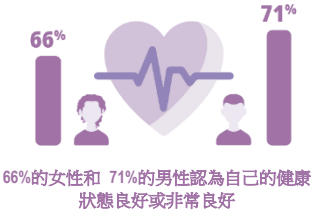
本節從性別角度介紹歐盟人口健康狀態的具體層面，即自述健康狀態、健康限制以及早逝主要原因、心理健康和精神障礙的盛行率，亦探討社會決定因素和性別規範如何影響健康。

([62]) 臨床試驗 - 歐盟第 536/2014 號規章，https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-1/reg_2014_536/reg_2014_536_en.pdf。

([63]) 一般認為心理健康是非傳染性疾病的重要影響因素，世界衛生組織的統合分析顯示，心理社會因素會影響歐洲境內非傳染性疾病的態勢，特別指出「在排除其他因素的條件下，心理社會壓力也可能對非傳染性疾病 (例如冠狀動脈心臟病) 產生直接影響」(Pikhart 和 Pikhartova，2015)。

男性較可能認為自己的健康狀態良好

健康狀態方面的性別不平等



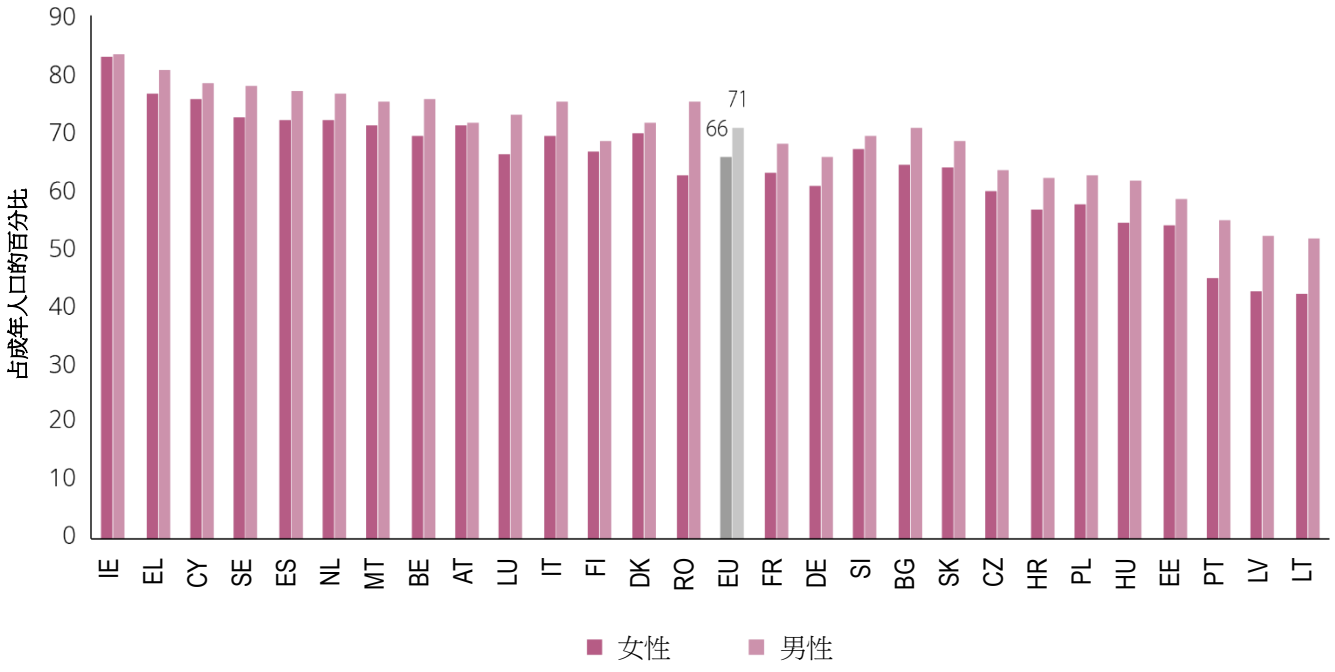
66%的女性和 71%的男性認為自己的健康狀態良好或非常良好

自述健康 (自評健康、自測健康或自覺健康) 是個人對其目前健康狀態的主觀評價 (Lorem 等人，2017)。整體而言，女性的健康狀態通常不如男性 (Nesson 和 Robinson，2019)，但聽力問題和心血管疾病除外 (Caroli 和 Weber-Baghdiguian，2016)。在 2002-2004 年對全球 59 個國家進行的一項研究中，在所有年齡段的所有自述健康指標上，女性報告的健康狀態明顯低於男性 (60 歲以上差異較小)，且在所有歐洲國家皆是高收入地區差異最小 (Boerma 等人，2016)。

在歐盟 27 國中，66%的女性和 71%的男性認為自己的健康狀態良好或非常良好 (圖 24)。葡萄牙、拉脫維亞和立陶宛 (10 個百分點) 以及羅馬尼亞和保加利亞 (9 個百分點) 在自述健康方面的性別落差更大。只有在愛爾蘭，女性和男性自認健康良好的比例相同。匈牙利、愛沙尼亞、葡萄牙、拉脫維亞和立陶宛的女性認為自己身體健康的比例最低。

在青少年中，自述健康的性別落差較成年人略顯著，30%的青少女和 39%的青少年自認健康狀態良好 ([64])。

圖 24. 歐盟會員國自認健康狀態良好或非常良好的女性和男性 (%，16 歲以上，歐盟，2019 年)

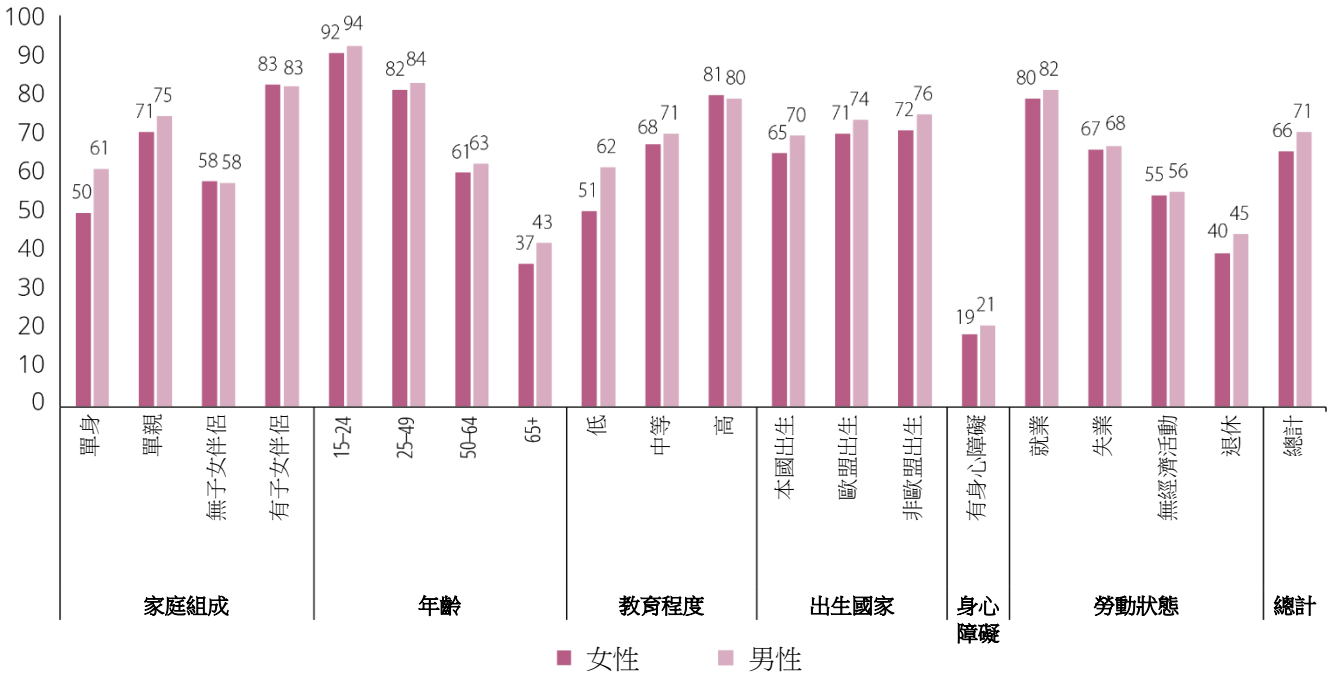


資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_01。

年齡、身心障礙和教育是決定個人健康狀態的重要評估標記，自述健康程度在身心障礙女性、65 歲以上女性和退休女性中最低 (圖 25)。

([64]) 2017/2018 年學齡兒童健康行為 (HBSC)，此調查以 11、13 和 15 歲兒童為樣本。作者的計算。備註：EU：非加權平均。

圖 25. 自認健康狀態良好或非常良好的女性和男性，按照性別、家庭組成、年齡、學歷、出生國、身心障礙和勞動狀態區分 (%，16 歲以上，歐盟，2019 年)



備註：歐盟出生和非歐盟出生數據係依據 21 個國家資料進行統計 (不包括 DE、EE、LV、MT、RO 和 SI)。

資料來源：作者採用微觀資料進行計算，EU-SILC，2019 年 (IE，IT，2018)。

附件 4 中的表 19 顯示不同資料來源中自述健康良好或非常良好者在各人口群體所占比例。此資料顯示性別與收入水準、生活環境 (農村、郊區或城市)、性取向和移民狀態的交織關係，可據以判斷個人健康狀態良好的可能性。

據世界衛生組織指出，許多影響民眾健康的條件和因素並不受個人控制。這些包括收入、社會地位、教育、實體環境、社會支持網絡、遺傳、健康服務和性別。

研究突顯出 3 項主要影響健康的社會決定因素 (SDH)——教育、就業與收入水準對於性別特有的影響。長久以來，教育是公認維持身體健康的重要生活資源。對九個歐盟國家進行的研究顯示，較高水準的教育對女性和男性的健康有正向影響 (Uccheddu 等人，2019)，尤其是在提倡更多女性就業的國家。同樣，基於 EU-SILC 資料的分析顯示，女性自覺健康狀態不佳的概率普遍高於男性，而自覺健康程度的最大性別差異發生於性別就業落差最大的國家，即南歐和東歐國家的低學歷群體中 (Gumà 等人，2019)。

就業狀態攸關民眾的健康，影響因子包括收入、社會地位及其對心理困擾的影響 (Marmot 等人，2012)。就業可能有助於提高工作品質與個人健康狀態 (Barnay，2016；Henseke，2018)。雖然工作對女性和男性健康有顯著的積極影響，但對男性的影響更大 (Hosseinpoor 等，2012)。在歐盟，相較於未從事有償工作者、失業者或退休人員相較，職業女性和男性更可能自認健康狀態良好或非常良好 (圖 25)。

缺乏有償工作的狀態，可能對女性的健康造成極大影響。例如，Boerma 等人(2016) 發現就業和教育方面的性別落差越大，在健康評估方面的性別落差就越大，而此情況不利於女性。此現象在希臘、西班牙、賽普勒斯和葡萄牙尤其明顯，這些國家的女性勞動力市場參與度較低 (Palència 等，2014)。因此，就業可能會導致女性的健康效益低於男性，但就業仍較失業能有更好的健康結果。就業和工作條件的性別不平等也與健康方面的不平等有關。有研究認為，不穩定的就業狀態是一種影響健康的社會決定因素 (SDH) (Benach 等人，2014；Siegrist 等人，2016)。例如對 27 項研究進行的文獻回顧發現，暫時性的工作是 11% 到 23% 心理健康不良的變化成因 (Vives Vergara，2010)。有關就業和工作職位性別不平等與健康和健康不平等之間的關係知之甚少。一項傘型回顧 (umbrella review) 探討了影響健康的宏觀經濟決定因素，發現工作晉升和改善工作條件有助於增進健康並減少性別相關的健康不平等 (Naik 等人，2019)。

收入與個人健康密切相關：較高的收入有利於增進良好的健康，而較佳的健康有助於賺取更高收入 (Deaton，2002；Smith，1999)。收入與健康之間可能具有因果關係，包括直接影響生物生存所需的物質條件，以及透過社會參與和控制生活環境的能力，來決定健康程度及其相關風險 (Lynch 等人，2004；2002)。根據醫療照護體系，收入水準決定了醫護服務是否可負擔和可取得，因為其影響個人自費支付醫療服務的能力 (OECD/歐盟，2018)。收入對健康的影響因性別而異。一項定量統合分析 (Furnée 等人，2011) 發現，即使收入或生活水準相當，不同國家女性和男性自述健康不良的情形仍呈現顯著收入相關差異。

收入對歐盟各地健康狀態的影響程度取決於各國具體情況。年金和工資政策等因素發揮著重要作用 (Paul Leigh 等人，2019)，其特別攸關老年人的健康和福祉，尤其是高齡女性的收入反映出有限的經濟獨立及終身性別不平等的累積影響 ([65]) (EIGE，2015，2016，2020e，2020g)。

女性在一生中較可能具有健康缺陷

歐盟 1/4 的成年人表示，健康問題會影響日常活動能力 ([66])，程度從未滿 25 歲群體的 9% 到 65 至 74 歲的 40% 不等。由於健康缺陷隨著年齡增加，並且對女性和男性的影響不同，因此對健康不良的任何分析都必須考慮年齡、性別和缺陷的嚴重程度。

在所有年齡群體中，女性比男性遭受更大的健康缺陷 (圖 26)。這歸因於女性比男性更可能回報健康狀態不佳的症狀。雖然文化規範所強調的男性氣質與體力和獨立性密切相關，但社會普遍較認同女性尋求治療和討論症狀。

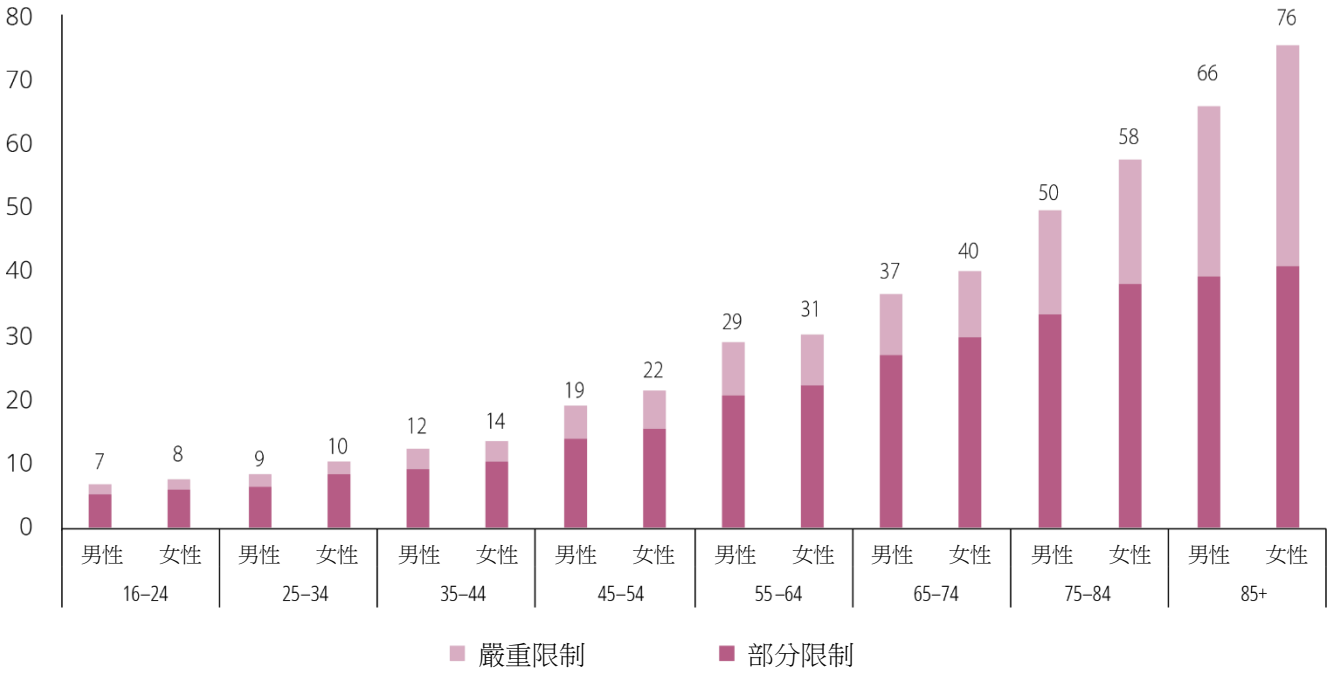
與男性相較，女性從較低的年紀開始就受到更大程度的身心障礙和慢性病影響更大 (WHO 和世界銀行，2011)。原因包括醫療檢查需求未獲滿足、工作條件欠佳、社經地位低落以及性別暴力 (Garcia-Moreno 和 Watts，2011；WHO，2016d)。

這些因素有助於解釋為何老年群體在「健康缺陷對日常活動影響程度」的性別差異更大，而此情況不利於女性 (Ogg 和 Rašticová，2020)。

([65]) 性別不平等對終身的財務影響反映在性別年金落差的現象上。在 2019 年的歐盟，65 歲女性領取的平均年金比男性低 30%。歐盟統計局，EU-SILC 調查，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_pnp13。

([66]) 歐盟統計局 EU-SILC 健康變數，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_06 (2019 年)。

圖 26. 因健康問題導致日常活動能力受限的女性和男性，按照年齡層和經歷困難的程度區分 (%，歐盟，2019 年)



備註：資料標籤表示每組報告部分或嚴重健康限制的女性和男性的總百分比。

資料來源：歐盟統計局、EU-SILC 2019，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_06。

例如，在 55-64 歲的群體中，回報日常活動受到健康因素限制者的比例在女性中僅比男性高 2 個百分點，分別為 31% 和 29%。在 75 至 84 歲的群體中，這項差異上升到 8 個百分點：58% 的女性和 50% 的男性。

健康平均餘命 (healthy life years) 資料證實女性健康不良的可能性較高。根據預期，歐盟女性和男性分別可在 65 歲和 64 歲之前維持身體健康([67])。然而，由於女性通常壽命較長，因此一生中有更多時間健康不良：平均為 19 年，而男性為 14 年([68]) (Bambra、Albani 等人，2020；EIGE，2019c；WHO，2016d，2018b)。雖然女性似乎具有「死亡率優勢」，但上述較高的發病率已將此優勢抵消 (Bambra、Albani 等人，2020；EIGE，2019c；WHO, 2016d, 2018b)，某些研究稱此現象為「性別與健康」的悖論 (Bambra、Albani 等人，2020；Doyal，1995)。

各種自述健康指標之間的性別差異，也可能由於在健康識能 (health literacy) 顯著的性別落差而更加擴大 ([69])。多項研究顯示，女性較可能擁有一般健康知識和理解，包括公共衛生指南、特定健康問題的常見症狀和自身健康狀態 (Baker，2019)。較低程度的健康素養與較低程度的資訊尋求行為相關 (Beck 等人，2014；Manierre，2015；Nölke 等人，2015；Saab 等人，2018) 也與男性未及時針對癌症症狀求助有關 (Baker，2019；Fish 等人，2019)。

([67]) 歐盟統計局、死亡率資料 https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_hlye (2019 年)。

([68]) 「健康欠佳年數」的定義是「出生時預期壽命」和「健康生命年」之間的差距。健康生命年數和健康欠佳年數相加即是出生時的預期壽命。歐盟統計局、死亡率資料 https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_hlye (2019 年)。

([69]) 世界衛生組織將健康識能 (health literacy) 定義為「一系列認知與社會技能，其可決定個人是否具有適當的動機和能力獲取、理解和使用資訊，據以增進和維持良好健康」，並解釋道：「健康素養表示獲取一定程度的知識、個人技能和信心採取行動，藉由改變個人生活方式和生活條件來改善個人和社群的健康」(Nutbeam，1998)。

早逝的主要原因具有性別化特質

出生時的預期壽命的定義是：在目前死亡率不變前提下的新生兒平均預期壽命。預期壽命是人類長壽與否的主要指標，通常用於表徵人口的健康狀態 (Johnson 等人，2020)。平均而言，歐盟女性的預期壽命為 84 歲，比男性的 78.5 歲多 5.5 歲。然而，此數字在不同國家之間差異甚大 ([70]) (Franklin 等人，2021；OECD/歐盟，2020)。

正如在健康領域章節所述 (見第 7 章)，新冠肺炎對大多數歐盟國家的預期壽命產生了負面影響，尤其是男性。

預期壽命的性別落差通常歸因於生物學和可變因素的組合，例如高風險行為、吸菸和酗酒 (Kolip，2012；Stephens 等人，2017)，以及女性和男性的不同社會角色 (Hoffmann 等人，2018)。男性預期壽命較低，反映出他們對男性氣質和生活方式的觀念，這決定了男性所面臨的風險、尋求健康的行為以及醫療機構如何因應男性身分及其健康需求 (WHO 歐洲區域辦事處，2018)。

教育 (最多文獻記錄的預期壽命社會決定因素之一) 用來衡量社經地位對壽命的影響。在這方面，男性也尤其受到影響。OECD 發現，未受高中教育與受過高等教育的 30 歲男性群體間，平均預期壽命差異為 7 年。在匈牙利、波蘭和斯洛伐克，教育的影響尤其顯著，差異達到 10 年 (OECD /歐盟，2020)。同樣，研究顯示高學歷女性比低學歷女性壽命更長 (WHO，2016d)。例如，羅姆族女性的預期壽命短於一般族群的女性 (EPHA，2018)。

歐盟國家有關早逝原因的資料已反映出這種性別差異。相較於女性，男性較可能死於與高風險健康行為相關的原因。全球疾病負擔 (GBD) 2019 年的資料 ([71]) 統計因意外、自殺、傷害、兇殺和其他暴力致死等外部原因導致的早逝率 ([72])，發現男性的這項比率 (10 %) 高於女性 (5%)。

成年人早逝的主因，對於女性和男性也有不同程度的影響 (表 3)。例如，雖然心血管疾病和中風是女性和男性的主要死因，但死於缺血性心臟病的男性高於女性 31 個百分點。正如世界衛生組織指出，此類疾病被視為男性的問題，衛生體系傾向於盡量淡化或忽視女性的風險因素 (WHO，2016d)。

男性早逝的其他常見原因包括肝臟疾病和自殺：分別排名第 6 和第 7。阿茲海默症和其他失智症以及高血壓性心臟病 (hypertensive heart disease) 是女性最常見的病因之一，分別排名第 5 和第 9。特定性別癌症 (sex-specific cancers) 同樣會導致女性和男性早逝。乳癌是女性早逝的第 3 大原因，而攝護腺癌在男性早逝原因中排名第 8。

([70]) 按年齡和性別劃分的預期壽命，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/demo_mlexpec (2019 年)。資料擷取於 2021 年 4 月 8 日。

([71]) GBD (全球疾病負擔研究) 資料集彙整廣泛資料，包括國家健康登記檔案庫的資料以及健康相關調查證據。有關所用資料來源清單的更多資訊，請參閱網址 http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019。

([72]) 因早逝而損失生命年數的計算方法，是將死亡人數乘以死亡時的標準預期壽命。

表 3. 女性和男性早逝的主要原因 (損失生命年數、20 歲以上，歐盟，2019)。按總生命損失年數排序

原因	女性	男性	性別落差 (百分點)
缺血性心臟疾病	5,406,350	7,832,577	31
中風	3,613,705	3,315,024	-9
氣管癌、支氣管癌和肺癌	2,114,608	4,545,089	53
結腸癌和直腸癌	1,541,334	2,079,668	26
慢性阻塞性肺病	1,293,433	1,945,706	34
阿茲海默症和其他失智症	1,918,196	978,477	-96
肝硬化和其他慢性肝病	832,997	1,839,797	55
自殘	496,962	1,801,050	72
下呼吸道感染	1,036,074	1,244,853	17
胰臟癌	932,009	1,090,042	14
糖尿病	771,538	868,921	11
慢性腎臟病	760,603	737,302	-3
胃癌	529,536	894,968	41
特定性別癌症			
攝護腺癌		1,500,678	
乳癌	2,276,349		
卵巢癌	768,439		

資料來源：損失生命年數，2019 年，GBD。作者的計算。

歐洲癌症資訊系統的資料顯示，2020 年確診罹患癌症的男性多於女性，其中男性占當年癌症確診數的 54% (女性占 46%)。在男性中，大多數新病例是肺癌、結腸直腸癌和攝護腺癌。乳癌在女性中盛行率最高，占 29%，其次是結直腸癌的 12% 以及肺癌的 9% (OECD/歐盟，2020)。

與失智症、自殺、酒精和藥物濫用等心理健康相關死亡的性別差異尤其明顯。例如在 2018 年，15 歲至 64 歲群體的用藥過量死亡率為百萬分之 22.3，但男性的死亡率幾乎是女性的 4 倍。35 至 44 歲的男性受影響最大，死亡率為每百萬人 53.7 人。這是全年齡層平均水準的 2 倍多，是同齡女性吸毒過量死亡率的 3 倍多 (後者為每百萬人有 13.9 人死亡) (歐洲毒品和毒癮監測中心，2020 年)。

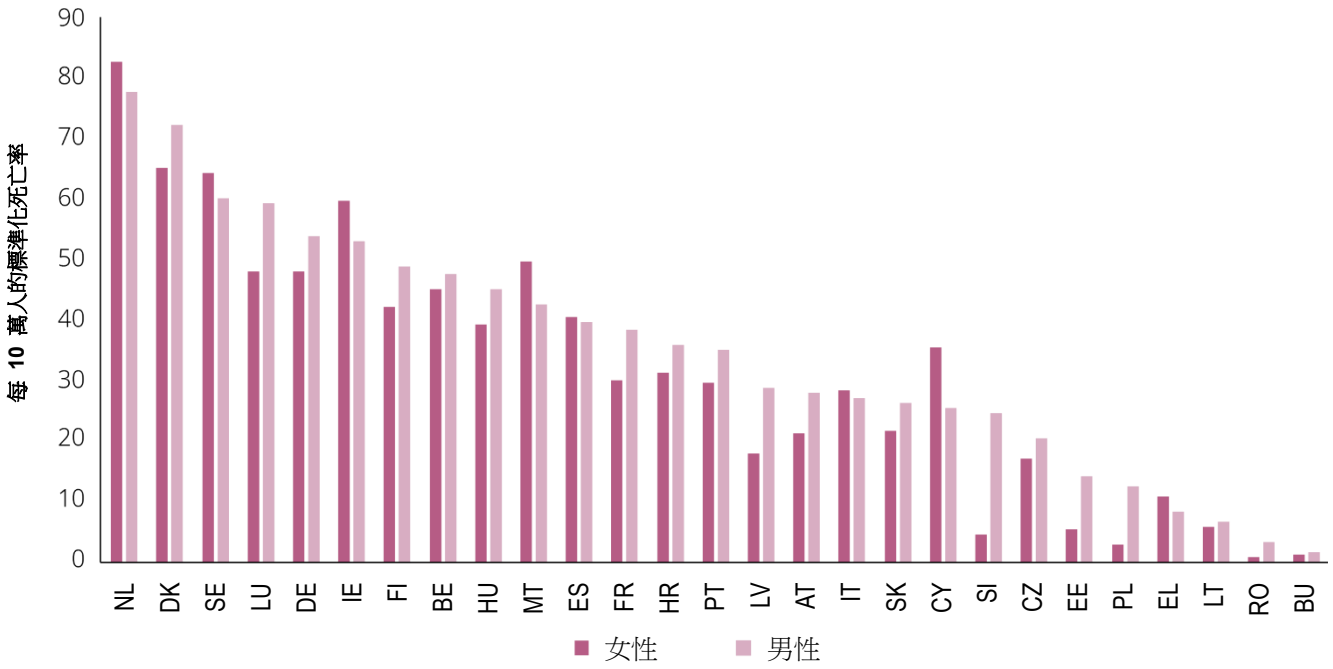
歐盟統計局關於自殺和心理和行為障礙的死亡率資料 (包括因酗酒和吸毒導致的死亡) 也顯示死於這些原因的男性多於女性 (圖 27) ([73])。

([73]) 為了解釋死亡率的年化改變 (尤其是針對小型國家和特定原因)，採用 4 年平均 (2014-2017) 年齡的標準化死亡率。

只有 8 個國家 (賽普勒斯、希臘、愛爾蘭、義大利、馬爾他、荷蘭、西班牙和瑞典) 女性死於心理和行為障礙的人數多於男性。這可以歸因於女性阿茲海默症和其他失智症的高盛行率。在男性心理和行為障礙死亡率較高的國家中，此差異主要是由於酒精相關原因致死人數呈現巨大的性別落差。

一項系統性回顧研究強調，雖然嘗試自殺的年輕女性多於年輕男性，但男性比女性較可能死於自殺 (Miranda-Mendizabal 等人，2019) ([74])。自殺的性別差異甚大，在中歐和東歐尤其明顯。在當地，男性的年齡標準化自殺死亡率是女性的 5 倍。在西歐，男性比女性高 3.3 倍 (Naghavi，2019)。

圖 27. 歐盟會員國因心理和行為障礙導致的女性和男性死亡率 (每 10 萬人的百分比，2014-2017 年平均比率，總人口)

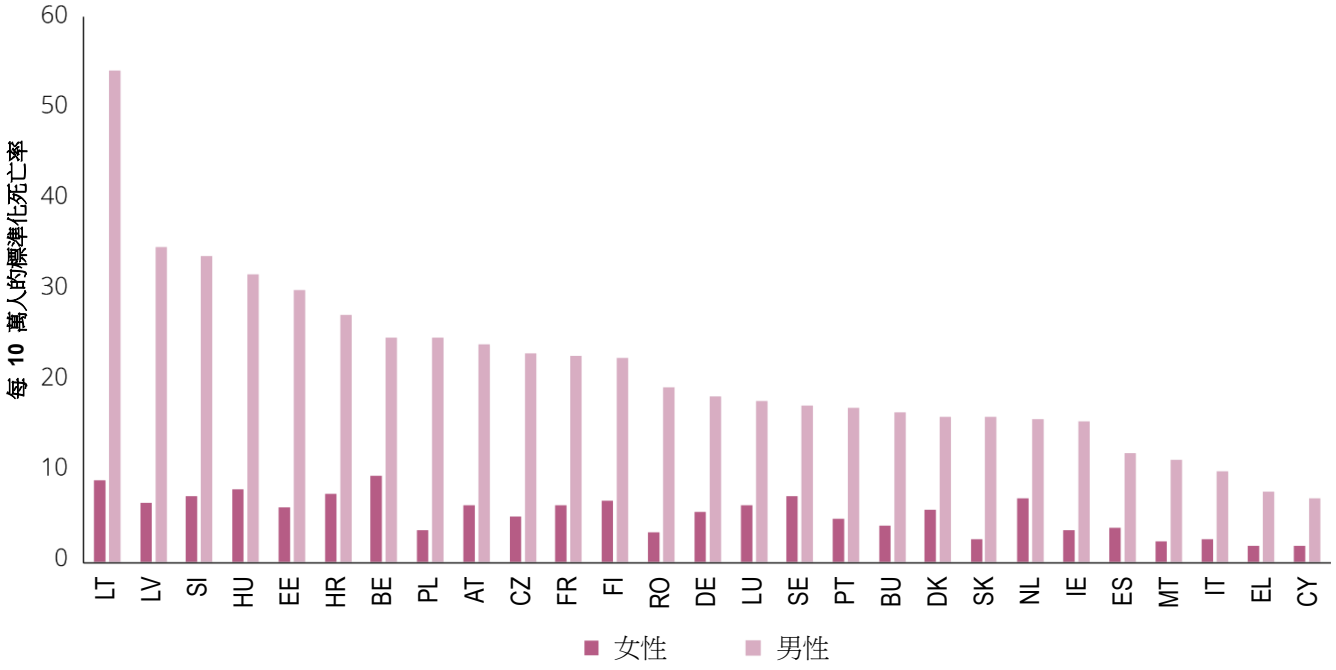


備註：無法取得歐盟 27 國平均值。心理和行為障礙包括由於酒精、藥物依賴和毒癮症導致的失智症、心理和行為障礙，以及其他心理和行為障礙。

資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_cd_asdr2。

([74]) 已有研究提出諸多不同理論，據以解釋女性非致命性自殺行為的比例較高，以及男性自殺致死率占多數的原因，其中包括男性選擇更致命的自殺方法；社會調查顯示女性較能回憶起自殺企圖；男性的酒精和藥物濫用程度較高，以及其他認知上的「男性化」自我毀滅行為；男性不願求助、相關心理健康問題診斷不足，以及男性治療遵囑度欠佳 (Mościcki，1994；Schrijvers 等人，2012)。

圖 28. 歐盟會員國因蓄意自殘導致的女性和男性死亡率 (每 10 萬人的百分比，2014-2017 年平均比率，總人口)



備註：無法取得歐盟 27 國平均值。

資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_cd_asdr2。

同樣，所有歐盟國家男性因蓄意自殘而死亡的案例遠多於女性 (圖 28)。各國之間男性自殺率的差異特別大，而女性之間的差異要小得多。在中歐和東歐，自殘死亡的性別差異尤為明顯。

女性自述的心理健康狀態不如男性

心理健康的定義是一種幸福狀態，個人可在其中實現自己的潛力、應對正常的生活壓力、高效率工作，並為社區做出貢獻 (WHO，2018a)。心理健康障礙是一系列廣泛的條件，會影響情緒、思維、行為和人際關係。由於新冠肺炎疫情對集體心理健康構成空前挑戰，若不加以解決，心理健康問題可能會阻礙疫情後的復甦。



瞭解心理健康不良如何影響女性和男性，以及性別規範和性別關係對心理健康的影響，皆有助於改善歐盟的整體健康狀態。以下各節概述生命各階段心理健康的性別差異，並探討性別對於心理健康的決定性影響。

世界衛生組織 5 項幸福指數 (WHO-5) ([75]) 是由 WHO 歐洲區域辦事處於 1998 年編製發行，用於衡量現行的心理健康狀態。這是公認衡量各種群體心理健康和篩檢憂鬱症的有效工具 (Topp 等人，2015；WHO，1998)。

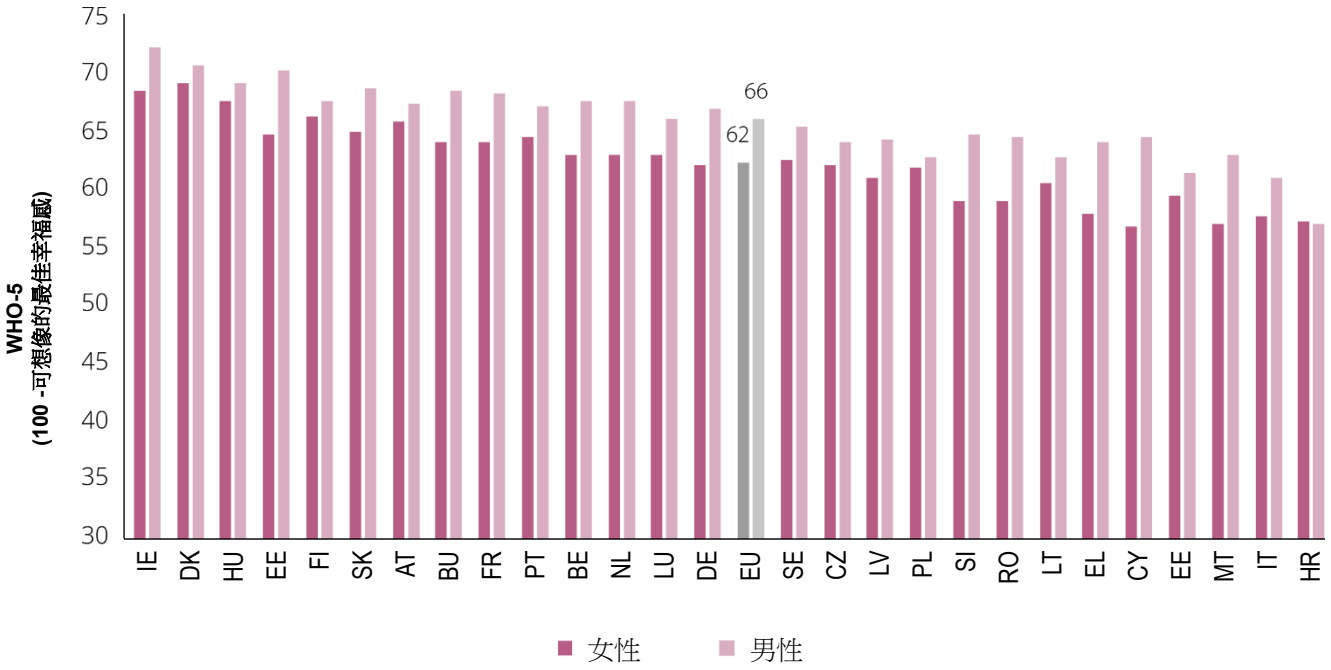
([75]) WHO-5 是一項 EQLS 的簡短自述量表，用於評估目前的心理健康狀態。WHO-5 共包含 5 項陳述，受訪者對過去兩週的情形進行評等，分數介於 0 (沒有任何時間) 到 5 (所有時間)。這 5 項陳述分別是 (1) 我感到開朗和精神振奮，(2) 我感到平靜和放鬆，(3) 我感到積極和嚴謹，(4) 我醒來時感到精神煥發且休息充足，以及 (5) 我的日常生活中充滿了感興趣的事物。原始總分介於 0 到 25，將其乘以 4 得出最終分數，0 代表可以想像的最差幸福感，100 代表可以想像的最佳幸福感。

對 2016 年 WHO-5 (其中 100 分表示可以想像的最佳幸福感，而 50 分以下表示有患憂鬱症的風險) 的分析顯示，超過 18 歲群體中的男性自評心理健康指數略高於女性。

歐洲的平均得分為男性 66 分，女性 62 分。女性和表現出心理健康程度較低的群體 (Dreger 等人，2016) 較可能報告感到不快樂、沮喪到無法克服問題，以及喪失自信 (Olafsdottir，2017)。

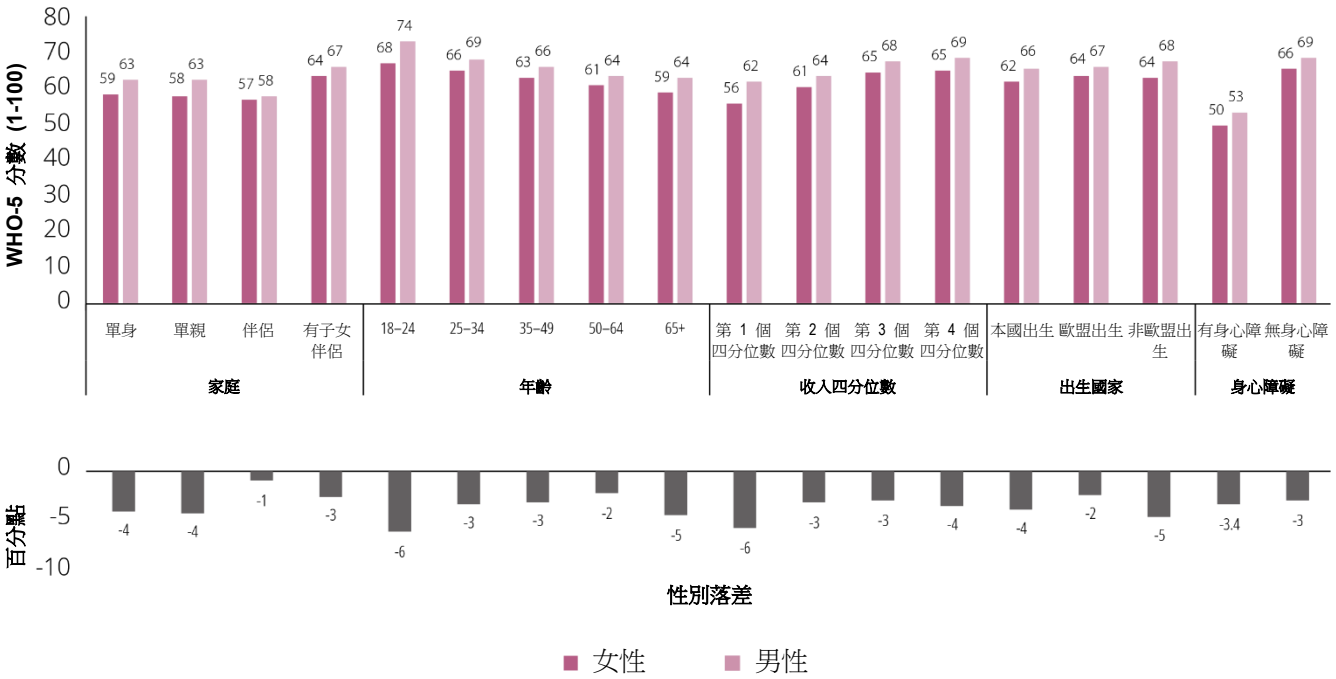
歐洲國家的心理健康狀態各不相同。愛爾蘭和丹麥的男性以高於 70 分居冠，而克羅埃西亞和義大利以低於 60 分墊底。雖然會員國在自評心理健康方面存在明顯差異，但在性別方面差異較小，平均差距為 4 分 (圖 29)。

圖 29. 歐盟會員國女性和男性依 WHO-5 得出的自評心理健康狀態 (滿分 100，18 歲以上，2016 年)



資料來源：EQLS，2016。各國依其 WHO-5 總分排序。

圖 30. 歐盟會員國女性和男性依 WHO-5 得出的自評心理健康狀態，按照性別、家庭組成、年齡、收入水準、出生國家、身心障礙狀態區分 (滿分 100，18 歲以上，EU，2016 年)



資料來源：作者的計算、EQLS，2016 年。

對不同群體的自評心理健康分析 (圖 30) 顯示，無論家庭組成、年齡、收入水準、出生國家或身心障礙狀況如何，女性報告的心理健康程度皆較低。對於程度和性別落差的進一步評估顯示，影響心理健康的社會決定因素可能有所作用。

家庭結構也會影響心理健康 (圖 30)。照護工作是影響照護人員身心健康的重要因素，他們經歷不斷累積的慢性壓力源，並且經常忽視自己的健康 (Young 等人，2020)。

在歐洲進行的研究顯示，無論性別如何，單親媽媽或爸爸的身分對於憂鬱症狀都有重大影響 (Niedzwiedz 等人，2016)。在其他研究中也發現了類似的結果，單親家長的心理健康狀態比有子女的伴侶較差 (Chiu 等人，2017 年；Wade 等人，2011)。然而，單親身分對母親和父親的健康有不同的影響。一項研究發現，單親爸爸因各種原因導致的死亡率更高 (Chiu 等人，2018)，而另一項研究發現，單親媽媽的心理健康狀態較其他父母差 (Collings 等人，2014)。

雖然一般同意單親家長面臨較高的心理健康問題風險，但家庭結構和性別對心理健康的綜合影響，可能取決於所在國家及其福利環境 (Niedzwiedz 等人，2016；Palència 等人，2017)。在歐盟，單親媽媽的平均心理健康狀態不如單親爸爸 (圖 30)。由於女性比男性較可能成為單親家長，因此心理健康不良及其他單親身分所面臨的的困境，對於母親的影響甚於父親。

女性和男性的自評心理健康都會隨著年齡下降，但在所有年齡層的女性中都較低。在 18-24 歲的年輕人中，心理健康良好狀態的性別落差最大，男性

得分為 74 分，女性得分為 68 分。25-64 歲之間的差距較小，到了退休年齡再次擴大 (圖 30)。女童也較可能自述更低的生活滿意度 (Currie，2016；Inchley 等人，2020)。學齡兒童健康行為 (HBSC) 調查資料顯示，歐盟 63% 的 11-15 歲男童對自己的生活感到滿意，而同齡女童的這一比例為 56% ([76])。同樣，此年齡的女童比男童較可能通報多種健康問題 (分別為 44% 和 29%)，這可能表示女童的身心症 (somatisation) 程度較高 ([77])。

收入較高的女性和男性比收入較低的同類群體擁有更佳的幸福感。資料顯示，收入增加對女性心理健康的影響略大於男性。最低收入和最高收入群體之間的女性心理健康指數得分相差 9 分，在男性中則是 7 分。收入四分位數最低的群體性別落差最大，再次突顯女性的社經地位愈低，其心理健康受到的影響愈大。相同的資料也顯示了類似的教育結果，雖然性別差異較小。教育程度最低和最高女性群體之間的心理健康程度具有 8 分的差異；在男性中的差異為 6 分。然而，從失業變成就業狀態時，男性的心理健康通常獲益略多，達到 7 個百分點，而女性則為 6 個百分點。雖然這些發現反映自述健康狀態的分析結果，但請務必注意這些差異很小，需要更多資料來進一步加以探討。一般而言，研究證實社會排除和物質剝奪是造成心理健康不良的重要社會決定因素 (Dreger 等人，2014)。

雖然可用資料有限，但疫情期間心理健康明顯受到嚴重影響，如第 9.2.2 節所述。

心理障礙的性別差異始於幼年

心理健康障礙是依據國際診斷標準予以定義，例如*《心理障礙診斷和統計手冊》第五版* (DSM-5) (美國精神醫學會，2020) 或《國際心理和行為障礙分類》(WHO，2020e) 的標準。大規模統合分析已發現憂鬱、焦慮和物質使用疾患 (SUD) 等情緒問題是成年人最常見的心理健康病況 (Baxter 等人，2013；Steel 等人，2014)。

依表現方式而定，心理疾病通常廣泛區分為內化 (internalising) 或外化 (externalising) 障礙。內化障礙是以自身思想和情緒為表徵，包括情緒障礙和焦慮。外化障礙主要由外部世界的行為表徵，包括 SUD 和注意力不足過動症 (ADHD)。在歐盟各地，女性內化障礙的發生率向來較高，例如憂鬱、焦慮、恐懼症以及自殺意念和企圖。男性自述的外化障礙程度為兩倍，例如酗酒、注意力不足過動症以及品行和藥物使用障礙 (Boyd 等人，2015)。

兒童和青少年的心理健康障礙

世界衛生組織指出，半數心理健康病況始於 14 歲，但大多數未曾發現和治療 (WHO，2020c)。對於兒童及青少年，心理健康問題是最常見的疾病負擔來源之一，尤其是正值青少年時期的女孩 (Baranne 和 Falissard，2018)。世界衛生組織估計，全球有 10% 至 20% 的青少年曾經歷心理健康病況，因此關鍵是在兒童期和青春期調查心理健康欠佳的原因，並盡速採取介入措施。

([76]) 2017/2018 年學齡兒童健康行為 (HBSC)。作者的計算。備註：EU：非加權平均。

([77]) 2017/2018 年學齡兒童健康行為 (HBSC)。作者的計算。備註：EU：非加權平均。調查向年輕人問及過去 6 個月內出現以下症狀的頻率：頭痛；腹痛；背痛；情緒低落；感到煩躁或脾氣暴躁；感到緊張；入睡困難；感到頭暈。每種症狀的反應選項範圍從「大約每天」到「很少或從不」。此處列出調查結果顯示過去 6 個月內每週發生多次 (兩次以上) 自述健康不適的比例。

關於學齡前兒童心理健康的性別特異資料十分稀少。10-19 歲的青少年在性別差異方面的可用證據較多。男童通常較容易受到自閉症的影響，尤其是亞斯伯格症候群、焦慮症和品行障礙，而女童則通常患有焦慮症、品行障礙和憂鬱症 (Baranne 和 Falissard，2018)。

在 6-17 歲和 5-17 歲的兒童和青少年中，ADHD 和品行障礙的盛行率估計分別約為 5% 和 3% (Wittchen 等人，2011)。男童受注意力不足過動症和品行障礙影響的可能性是女童的 3 倍。根據診斷標準，青少年常見心理健康障礙 (例如憂鬱症和焦慮症) 的盛行率估計在 25% 至 31% 之間，其中女童受影響更大 (S. A. Silva 等人，2020)。在自述整體心理健康狀態方面，28 個歐洲國家共有 10% 的 11 歲男童和 14% 的女童平均每週表示「情緒低落」超過 1 次 (OECD，2018)。隨著年齡成長，這些數字顯著增加；性別差異也變得更加明顯，29% 的 15 歲女童表示感到情緒低落，而同齡男童的此一比例為 13%。

成年人的心理健康障礙

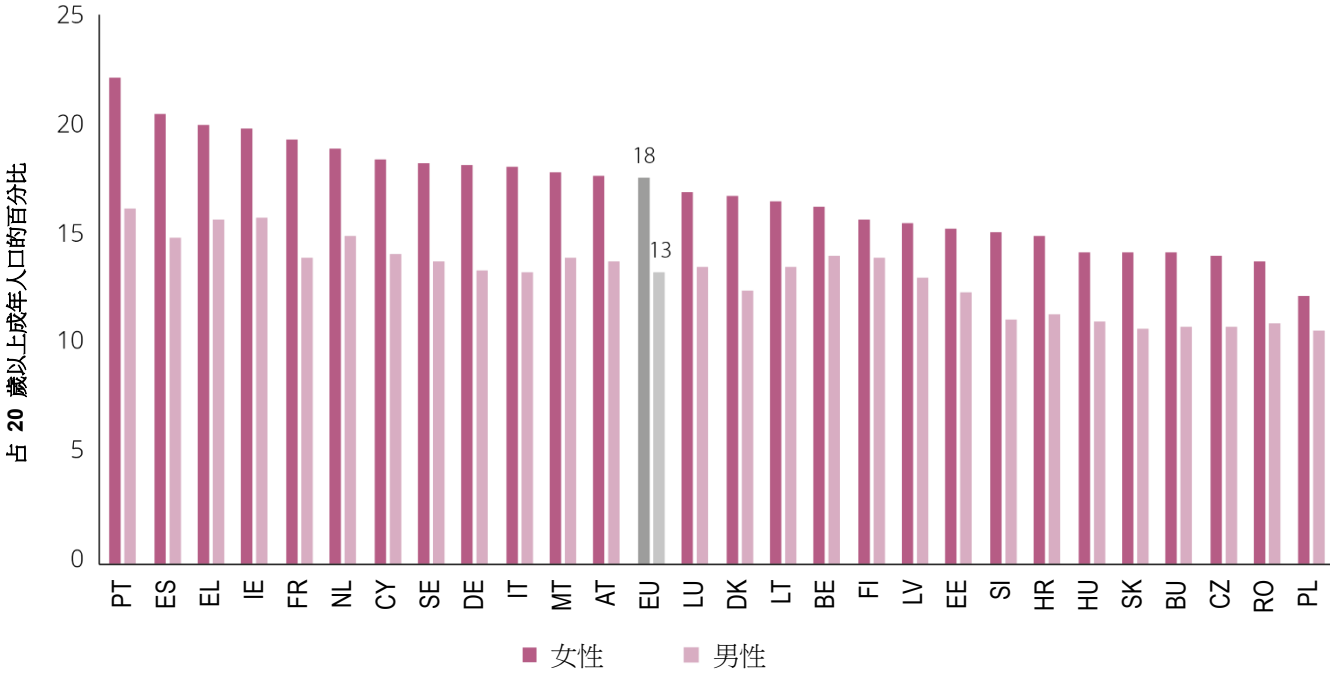
全球疾病負擔研究 (GBD) ([78]) 資料分析顯示，2019 年歐盟 20 歲以上的群體中，有 3,670 萬女性和 3,410 萬男性患有心理障礙 ([79])。這些數字分別代表成年女性和男性總人口的 20% 和 18%。

GBD 資料顯示各國女性和男性內化型心理障礙的分佈，從中可見內化型和外化型心理健康障礙的盛行率具有重要的性別差異 (圖 31)。在所有歐盟國家中，心理障礙成年患者 (不含 SUD) 的女性比例高於男性。女性盛行率介於葡萄牙、西班牙和希臘的 20% 以上到波蘭的 12%。各國之間的男性差異較小，從葡萄牙、愛爾蘭和希臘的 16% 到東歐多個國家的 11% 左右 (圖 31)。西歐國家的女性心理障礙盛行率最高，且性別落差最大；這並不表示東歐的心理健康負擔較低。影響結果的因素包括心理健康照護與涉及尋求專業協助的污名化，這兩者在不同國家/地區可能有所差異。如圖所示圖 31，北歐和中歐國家的女性比其他地區的女性和男性更頻繁求助於心理衛生專業人員。

([78]) 全球疾病負擔研究 (GBD) 資料集彙整廣泛資料，包括國家健康登記檔案庫的資料以及健康相關調查證據，http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019。

([79]) 精神障礙包括精神分裂症、憂鬱症、雙相情感障礙、焦慮症、進食障礙、自閉症譜系障礙、注意力不足過動症、品行障礙、自發性發育型智力障礙、其他心理障礙以及 SUD。

圖 31. 歐盟各會員國受心理障礙 (SUD 除外) 影響的女性和男性占總人口比例 (%，20 歲以上，2019 年)



備註：此資料記錄的心理障礙不包括 SUD。

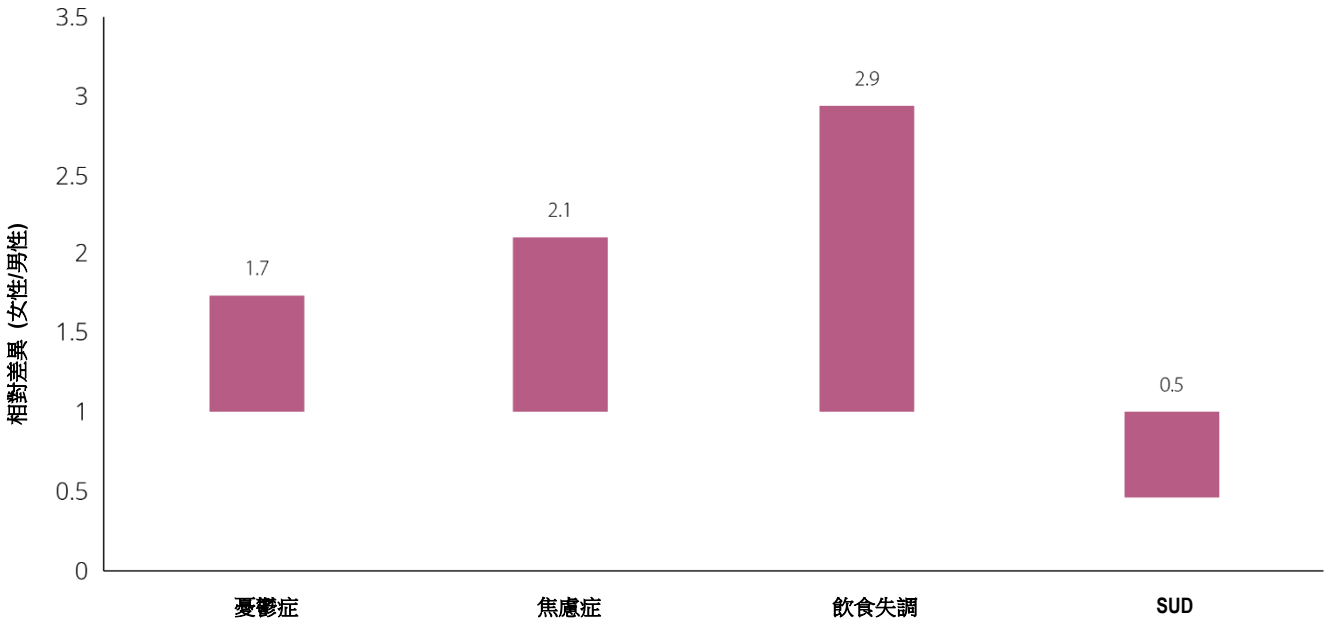
資料來源：2019 年 GBD 研究。作者的計算。

老年群體具有罹患特定類型心理障礙的風險 (例如失智症)，而阿茲海默症占所有失智症病例的 60% 至 70% (Mielke，2018)。據估計，歐盟 60 歲以上民眾有 5% 罹患失智症，女性患失智症的可能性是男性的 1.6 倍 (Wittchen 等人，2011)。這種性別落差部分是由於預期壽命所致，因為女性的壽命比男性長。由於東歐女性的預期壽命相對較短，因此失智症在東歐的發病率低於歐洲其他地區 (Wittchen 等人，2011)。然而，在考慮預期壽命的差異後，目前尚不清楚女性患失智症的風險是否高於男性。雖然憂鬱症、低學歷等特定風險因素在女性中更為常見，但其他風險因素在男性中更為普遍，包括睡眠呼吸中止 (Mielke，2018)。這表示失智症的性別落差可能部分取決於性別差異，而不僅是性別不平等。

心理障礙的性別差異

如上所述，心理疾病在女性和男性中的表現往往不同，其中內化型和外化型障礙之間的區別尤其重要。

圖 32. 女性和男性各類型心理障礙盛行率的相對差異 (%，20 歲以上，歐盟，2019 年)



資料來源：2019 年 GBD 研究。研究結果、作者的計算。

GBD 資料顯示，歐盟女性的憂鬱症盛行率是男性的 1.7 倍 (圖 32)，而女性的焦慮症盛行率則是高出 2 倍。飲食失調的性別差異甚至更大，患有這種疾病的成年女性幾乎是男性的 3 倍 ([80])。在 SUD 的案例中，性別落差呈現逆轉情形，男性的盛行率高出 2.1 倍。此結果與早期的發現一致，即內化型心理健康障礙在女性中較常見，而 SUD 則是在男性中較常見。

憂鬱症是歐盟最普遍的心理疾病 (Wittchen 等人，2011)。有些學者估計，女性的盛行率大約是男性的 2 倍 (Kuehner，2017；Van de Velde 等人，2013；Wittchen 等人，2011；Yu，2018)。在女性損失的所有健康生命年之中，有 1/10 是因為憂鬱症所致，在男性中大約是 1/20。

男性更容易患有酒精、類嗎啡藥物和大麻依賴症，男女比例分別為 3.3:1、1.4:1 和 2.5:1。酒精使用失調是男性最大的心理健康疾病負擔 (Wittchen 等人，2011)。然而近期若干研究顯示，SUD 的性別落差可能正在縮小，尤其是在青少年中 (Thibaut，2018)。

特定性別的 (gender-specific) 心理健康障礙，對於整體健康狀態具有不同的影響。整體而言，心理健康不良會增加疾病的整體負擔，包括非傳染性疾病 ([81])。

雖然歐盟 20 歲以上的女性和男性因心理障礙而損失的健康生命年百分比 ([82]) 幾乎相同 (分別為 9 % 和 8 %)，但男性因 SUD 損失的健康生命年

([80]) 在歐盟 27 國，2019 年有超過 90 萬成年女性 (20 歲以上) 患有飲食失調症，是男性 (31.7 萬) 的 3 倍 (GBD 2019 資料)。

([81]) 一般認為心智健康是非傳染性疾病的重要影響因素，世界衛生組織的統合分析顯示，心智社會因素會影響歐洲境內非傳染性疾病的態勢，特別指出「在排除其他因素的條件下，心智社會壓力也可能對非傳染性疾病 (例如冠狀動脈心臟病) 產生直接影響」(Pikhart 和 Pikhartova，2015)。

([82]) 「損失的健康生命年」是指因早逝和身心障礙而損失的年數，其計算是以預期壽命為準。

比例較高。平均而言，由於 SUD 而損失的所有健康年數中，有 37% 是因酒精或藥物濫用所致。波羅的海國家、丹麥和波蘭的此一數字最高，超過 50%。相較之下，SUD 僅占歐盟女性整體健康生命年損失成因的 13%。這項比例在歐盟各國有所不同。其範圍從愛沙尼亞和波蘭的 24-25%，到南歐國家和荷蘭的低於 10%。此發現與分析結果一致，亦即酒精和藥物濫用對於男性早逝具有極大影響。

性別規範和關係影響了心理健康

全球各地的研究發現，社會中的性別不平等程度與其對女性個體心理健康的影響息息相關。Chen (2005) 等人採用女性政治參與、經濟獨立、就業和 SRHR 的衡量指標來評估性別平等程度，進而發現性別平等分數較低與女性憂鬱症狀程度較高有關。這種相關性在特定女性群體中尤其顯著，亦即年輕、未婚和非白人女性群體。Van de Velde 等人 (2013) 在歐盟也有類似發現，宏觀層面的性別平等有助於女性和男性維持良好心理健康狀態。在性別平等的特定層面，某些群體受到格外顯著的影響。在歐洲的其他研究也主張，各國的性別平等程度 (由全球性別落差指數衡量) 會影響各年齡層心理健康的性別落差。例如在性別不平等國家中的高齡女性，其心理健康狀態通常不如性別較平等的國家 (Bracke 等人，2020)。這可能表示劣勢處境 (例如身為性別不平等國家的女性居民) 的影響會在一生中持續累積，並導致更明顯的健康不平等情形。這一點與先前的研究發現一致，亦即嚴格的性別規範與老年認知能力低下有關 (Bonsang 等人，2017)。

性別暴力 ([83])

暴力和權力失衡對女性和男性受害者的心理健康產生不利影響 (Bhui，2018)。例如，暴露於人際暴力會增加年輕人和青年的自殺風險 (Miranda-Mendizabal 等人，2019)。由於女性較可能面臨性別暴力和權力失衡，她們也較可能遭受心理健康問題 (Oram 等人，2017)。因此，在心理健康不良的性別差異方面，暴力是一項重要成因。

([83]) 目前甚少文獻探討心理健康與其他類型性別暴力之間的關係。研究顯示，人口販賣的女性受害者通常患有高度憂鬱、焦慮、創傷後壓力症、心智障礙和 SUD (Oram 等人，2015，2016；Ottisova 等人，2016)。肢體暴力與性暴力都會增加心理健康問題的風險，這與經歷人口販運的持續時間和嚴重程度有關。受害者即使在逃離販運者之後，心理健康問題仍可能長期存在，也可能因社會支援不足而惡化 (Abas 等人，2013；Kiss 等人，2015)。研究顯示，遭受女陰殘割的女性除了生理健康問題外，也較可能出現心理健康問題，例如焦慮、憂鬱、軀體化、創傷後壓力症和自卑 (Berg 等人，2010；Knipscheer 等人，2015)。

性別暴力的定義不一，取決於各國法律綱領和行動範圍等因素 (FRA，2014)。性別暴力也有多種形式：家庭暴力、親密關係暴力、性暴力、強迫婚姻和早婚、「名譽」犯罪 ('honour' crimes)、女陰殘割和人口販運。然而，親密伴侶和性暴力是全球最常見的性別暴力形式 (Sian Oram 等人，2017)。在歐盟，由現任或前任伴侶或配偶施加的身體和性暴力是最普遍的性別暴力形式 (FRA，2014)。超過 1/5 的女性 (22%) 曾遭受這種痛苦。在全球，不同形式的性別暴力持續導致一系列心理疾病，包括焦慮、憂鬱、自殺、創傷後壓力和藥物濫用 (Escribà-Agüir 等人，2010；Ferrari 等人，2016；Riedl 等人，2019)。FRA 最新的基本權利調查顯示，與性相關的事件尤其對受害者造成深遠的長期心理影響：50% 的女性受害者感到焦慮、49% 感到脆弱、39% 失去信心、36% 感到沮喪。其他影響包括 35% 的女性受害者患有睡眠困難、33% 的女性受害者經歷恐慌發作 (FRA，2021)。

針對**親密關係暴力** (身體、心理和性方面) 受害者的研究顯示虐待對心理健康問題發展的影響。其中包括創傷和壓力相關疾病、飲食和成癮障礙、失眠、憂鬱和自殺傾向 (Campbell 等人，2002；Halim 等人，2018；Sarkar，2008)。親密關係暴力受害者罹患憂鬱症的風險增加 3 倍，罹患焦慮症的風險增加 4 倍。然而，創傷後壓力症 (PTSD) 是親密關係暴力女性受害者最常見的心理健康問題，風險增加了 7 倍 (Chandan 等人，2019；Ferrari 等人，2016；Shen 和 Kusunoki，2019)。在一生中，使用精神藥物的機率以及心理困擾都會隨著暴力持續時間延長而增加 (Bonomi 等人，2006；Ruiz-Pérez 和 Plazaola-Castaño，2005)。雖然女性較可能成為親密關係暴力的受害者 (此為造成心理健康性別落差的主因之一)，但遭受此類暴力的男性會也受到相似影響 (Sian Oram 等人，2017)。

近期經驗過嚴重暴力事件的女性，通常會經歷較高程度的心理困擾 (Hegarty 等人，2013)；這些程度會隨著時間降低，與是否為女性提供治療無關 (Coker 等人，2012；Sullivan 和 Bybee，1999)。部分受害者多年後仍然經歷高度的心理困擾和創傷相關症狀 (Riedl 等人，2019)，這顯示親密關係暴力對心理健康的持久影響 (Campbell 等人，2002)。

衛生服務機構應將心理疾病症狀視為既往或現行親密關係暴力或非伴侶家庭暴力的潛在指標 (Ferrari 等人，2016)。在對親密關係暴力與心理健康之間的關係進行任何分析時，也需要納入若干「風險因子 (risk factors)」：性別、社經地位、年齡、社交和家庭網絡、既往心理健康問題和童年時期的受虐經驗 (Abramsky 等人，2011；Finkelhor 等人，2007；Hughes 等人，2017；Jewkes，2002)。因此，心理健康服務單位必須瞭解女性與男性經歷和施加的人際暴力，並提供具有性別敏感度的跨領域服務來解決這類問題 (Sian Oram 等人，2017)。

針對 LGBTI 群體的仇恨動機暴力對個體受害者造成重大而持久的影響。在肢體攻擊與性攻擊對健康和福祉的影響方面，受訪者最常提及的兩項是「心理問題」和「懼怕外出」，報告比率分別是 49% 和 30% (FRA，2020b)。在遭受肢體攻擊和性攻擊的受害者中，跨性別者和雙性者的心理問題發生率較高，其中包括憂鬱或焦慮 (FRA，2020b)。LGBTI 群體報告持久心理或情緒問題 (自殺意念和企圖、藥物濫用和故意自殘) 的可能性是一般群體的 2 到 3 倍 (歐盟執委會，2017)。例如一項統合分析 (meta-analysis) 顯示，女同性戀和女雙性戀者嘗試自殺的可能性將近是女異性戀者的 1.82 倍 (M. King 等人，2008)。

職場暴力和騷擾也會導致心理健康不良(Eurofound，2015)。職場性騷擾是一種經常被忽視的性別暴力形式，尚未得到充分有組織的回應。超過 1/3 的女性是這類暴力的受害者 (O'Neil 等人，2018)。她們很可能出現憂鬱、焦慮和創傷後壓力症等心理問題 (Sojo 等人，2016)。即使威脅消失，受害者也可能在數年後表現出心理困擾 (Nielsen 和 Einarsen，2012)，因為性騷擾是一種慢性壓力源。

隨著數位化的興起，新型態的性別暴力也由此衍生。**針對女性的網路暴力 (cyber-violence against women)** 正在增加和蔓延，在攻擊者匿名身分的助長下，使他們在施暴同時更容易規避懲處(Cuenca-Piqueras 等人，2020)。身為社交媒體的主要使用者，年輕女性受到的影響尤為嚴重(WHO，2020f)。網路暴力包括網路跟蹤、駭客攻擊、冒充頂替、網路霸凌、性騷擾以及影像相關的性暴力 (image-based sexual abuse) (Faith 和 Fraser，2018)。上述每一項都可能具有多種形式。例如，影像相關的性暴力包括復仇式色情 (revenge porn)、掀裙 (拍攝私密、侵犯性隱私的照片)、色情合成影像 (sexualised Photoshopping)，以及性勒索和偷窺 (McGlynn 等人，2017)。新冠疫情期間網路活動增加，網路暴力也隨之急遽上升 (EIGE，2020g；WHO，2020f)，進而降低受害者的自尊心，並加劇他們網路人際互動時的心理困擾。網路暴力的受害者因此出現注意力不集中、壓力、焦慮、憂鬱和恐慌發作，並對未來感到無助、悲觀，以及無法控制自己的生活 (歐洲議會，2021)。

工作壓力源

有償工作者的工作環境通常會導致慢性壓力，並可能導致倦怠和憂鬱症狀。長期承受壓力的勞工可能同時出現嚴重的身體健康問題，例如心血管疾病或肌肉骨骼疾病 ([84])。由於勞動市場根深蒂固的性別隔離、女性在不穩定職業中的比率過高，以及有償工作和無償工作之間的銜接困難等因素，工作相關壓力源可能對女性和男性產生不同的影響。例如，女性占全球醫護人力的 70%，並且大量投入新冠疫情的第一線工作。他們的工作時間、輪值分配和高度暴露於感染源，導致極度的心理困擾和對風險的精疲力竭 (WHO，2020c)。新冠肺炎疫情對勞工，尤其是被視為「必要工作者 (essential workers)」的心理健康影響可能十分深遠，相關分析請見第 9.2.2 節。

根據診斷標準，嚴重的職業倦怠在歐洲相當罕見(低於 5%)，而在不同的跨領域研究中，15% 至 25% 的受訪者表示較輕度且主要是自評形式的職業倦怠 (Eurofound，2018b)。Eurofound 的該項研究發現，在比利時、捷克、德國和荷蘭，女性比男性更容易受到職業倦怠的影響。在其他國家，例如奧地利、芬蘭和斯洛維尼亞，似乎沒有顯著的性別落差。然而，女性和男性可能會經驗不同的倦怠。例如，女性通常在工作中感到較為身心疲憊和過度勞累，而男性則變得更具有「去個人化(depersonalised)」的傾向，這可能表現在他們與客戶和同事保持心理距離的行為上 (Purvanova 和 Muros，2010)。與預期結果相反，職業不會緩和性別特異的倦怠模式。

([84]) 有關社會心理風險和工作壓力的綜合資訊，請參見 EU-OSHA 網站 https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress。

相當比例的歐洲在職群體 (22% 的女性和 19% 的男性) 曾通報憂鬱症狀，且有研究認為工作相關的憂鬱症狀風險因素具有性別特異性 (Ardito 等人，2014)。在女性群體中，高程度的心理需求與中等程度的情緒需求，都會顯著提高罹患憂鬱症狀的風險。

相對的，高階的決策權力、主管的支持、同事適度支援、正向的社交氛圍、工作獎勵和保障制度等因素，都具有保護作用。在男性群體中，暴露於中等程度的心理需求與隱藏情緒的高度壓力下，則出現憂鬱症狀的相對風險顯著增加。然而，多樣化的工作內容、運用和發展技能的機會、同事和主管的支持以及工作上的獎勵和保障制度等因素，皆可大幅降低風險。

工作與生活平衡的衝突

工作與生活的平衡和衝突，是影響勞工群體心理健康的其他重要層面 (Eurofound，2017，2018b)。工作影響家庭的衝突 (加班並減少與家人相處的時間) 以及家庭影響工作的衝突 (即因家庭義務而影響工作時間) 都與倦怠密切相關 (Purvanova 和 Muros，2010)。一項統合分析 (meta-analysis) 顯示，女性較可能經歷家庭影響工作的衝突，而男性則更常面臨工作影響家庭的衝突 (Byron，2005)。OECD 關於有償和無償工作時間的統計數據顯示，男性從事有償工作的時間較多 ([85])。相比之下，女性無償工作時間較多，但有償和無償工作相加的總時間也更多。

EIGE (2021d) 強調無償照顧工作對女性構成持續負擔，無論她們是否就業皆然；研究也顯示，從事不穩定工作的女性比從事穩定工作的女性面臨較高的時間需求。然而，少有分析將無償照顧的需求視為影響心理健康的社會決定因素。近期一項性別敏感度文獻回顧探討了工作不穩定對心理健康的影響，其所涵蓋的 1,522 篇論文中，無一將家庭工作的分配納入考量 (Valero 等人，2020)。

在新冠肺炎疫情期間，無償照顧方面的性別差異有所擴大。學校、育兒和其他服務機構的關閉，使負有照顧責任的女性承受特別沉重的壓力 (EIGE，2021d)。對於單親媽媽而言，失去育兒支援和相關經濟後果 (例如收入損失) 對身體、經濟和心理健康的影響格外重大 (Bauer 等人，2021)。

強調男性氣質的傳統規範

傳統的性別角色期望男性成為家中唯一的經濟來源。性別平等的進步和勞動市場的重大變化，可能使雙薪家庭模式，鼓勵男性接受更具照顧功能的男性氣質和角色 (EIGE，2019c)，但男性照顧者的傳統形象會影響男性的自尊感 (Gough 和 Novikova，2020)。

若要減輕心理障礙對個人和社會造成的負擔 (包括自殺死亡率)，則必須加強鼓勵身處困境者尋求幫助。相較於女性，男性尋求心理健康協助的可能性較小 ([86])。年輕男性最不可能就心理健康問題求助於朋友或醫療專業人員 (Biddle 等人，2004；Oliver 等人，2005)。

較少追求健康的行為，已證實與男性氣質的社會建構和文化表徵有關 (Baker，2019；Brown 等人，2019；Gough 和 Novikova，2020)。男性對傳統男性氣質規範的遵從，會以多種方式影響他們的健康行為，其中包括無法識別憂鬱症狀、表現出非典型症狀 (如暴力、憤怒和藥物濫用) 以及不願尋求專業協助 (除非作為最後手段)，以及在認定無法接受的狀況下不願使用藥物等治療 (Seidler 等人，2016)。世界衛生組織認為，遵守傳統男性氣質規範 (包括自力更生、情緒控制、反女性氣質、剛毅強悍) 的男性較可能迴避談論心理健康問題，也較不會尋求相關協助 (Gough 和 Novikova，2020)。這種規範和態度通常在職場更加強化，尤其是在男性主導的部門，這些場所不鼓勵表現出柔弱，而是鼓勵同齡人之間競爭，有時甚至容忍暴力。

([85]) OECD 時間使用情形資料庫，https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54757。

([86]) 歐洲健康訪問調查 (EHIS) 資料分析顯示，女性比男性更頻繁求助於心理衛生專業人員 (基於心理師、心理治療師或精神科醫師等心理醫護專業人員的自述諮商)。在歐盟 27 國中，4% 的男性和 7% 的女性表示曾求助於心理醫護專業人員。

影響求助行為的常見因素包括：傾向自己處理問題、對於需求的感知甚少，以及心理健康素養偏低(Andrade 等人，2014 年；Schnyder 等人，2017)。對於「接受協助」的污名化，導致當事人產生內部羞恥和尷尬感，進而阻礙所有群體中的個人尋求協助。可能會極度影響少數群體、年輕人、男性以及軍事單位和衛生部門的從業者 (Clement 等人，2015)。正如第 9.1.2 節所強調，懼怕揭露的心態、文化規範以及對心理健康的污名化，都是導致男性(尤其特定群體)較不可能尋求協助的原因(Gough 和 Novikova，2020；Han 等人，2018；Magaard 等人，2017)。

身體形象導致心理健康不良，對年輕人影響尤甚

世界衛生組織 2017-2018 年學齡兒童健康行為(HBSC) 調查顯示，女童報告的心理健康程度不如男童。近 1/2 的女童 (47%) 每週至少通報一次心理健康問題，而男童的這項比例為 34%。女童和年輕女性心理健康問題發生率較高的部分原因，可能與不滿意外表和身體 (包括體重) 的長期擔憂有關。世界衛生組織指出，進食障礙通常出現在青春期和青年時期，而且主要影響女童 (WHO，2020a)。雖然男童較可能超重或肥胖，但女童更常報告認為自己的身體太胖並正在減肥。性別差異會隨著年齡的成長而增加 (Inchley 等人，2016；Inchley 等人，2020)。隨著對身體形象日漸不滿，青少年報告心理健康不良的比例顯著增加 ([87])。相較之下，實際體重指數或客觀肥胖對心理健康沒有強烈影響。因此，個人超重與否不具相關性；然而，研究認為超重與憂鬱症狀和自殺風險增加有關。無論研究地點、參與者年齡或性別為何，都已觀察到這種關聯(Haynes 等人，2019)。

正如 EIGE (2019b) 所強調，青春期女童對外貌的顧慮與她們的社交媒體用量高度相關。網路空間強化了「美貌迷思」，使女童和女性奉行無法企及的美貌標準，並藉由與其他女性競爭的方式，以在自卑和自信之間取得平衡 (EIGE，2019b)。在社交媒體上與同儕和專業模特比較的行為 (Carey 等人，2014) 與青春期少女的身體形象問題有關，而社交媒體在其中扮演著中介角色 (Tiggemann 和 Slater，2013，2014)。

9.1.2. 健康和風險行為已明顯性別化

世界衛生組織將健康行為定義為「個人為促進、保護或維持健康而進行的任何活動，無論其實際或認知的健康狀態如何，亦無論此類行為是否客觀有效」(Nutbeam，1998)。健康行為和健康狀態彼此相關，因為形塑前者的活動會影響後者的結果。健康行為具有不同的特性和目標。即使人們有意支持健康促進行為以保護並維持健康狀態，但仍可能忽視有害後果而從事高風險行為 (Nutbeam，1998)。性別平等指數監測兩種類型的健康行為。健康保護行為的指標包括飲食和運動，而健康風險行為包括酗酒和吸菸等活動 ([88])。

([87]) HBSC 研究，2013-2014 年，作者的計算。備註：缺少賽普勒斯和立陶宛的資料。

([88]) 必須注意的是，此指數調查了「不從事健康風險行為」的群體比例，藉此取得一致的衡量標準，來反映健康促進行為的現況。因此，健康行為指數得分越高，就表示參與體能活動和健康飲食的人口比例越高，而飲酒和吸菸的比例越低。

性別是健康的重要社會決定因素，其塑造並再現了女性和男性參與健康行為的方式。研究經常描述女性從事健康促進行為，而男性則從事更多高風險行為 (Courtenay，2000)，這種模式在歐盟相當明顯。然而，雖然世界衛生組織已提出建議，但**平均而言，歐盟人口的體能活動量不足，且無論何種性別皆未攝取足量水果和蔬菜。**

女性體能活動較少，但飲食較健康

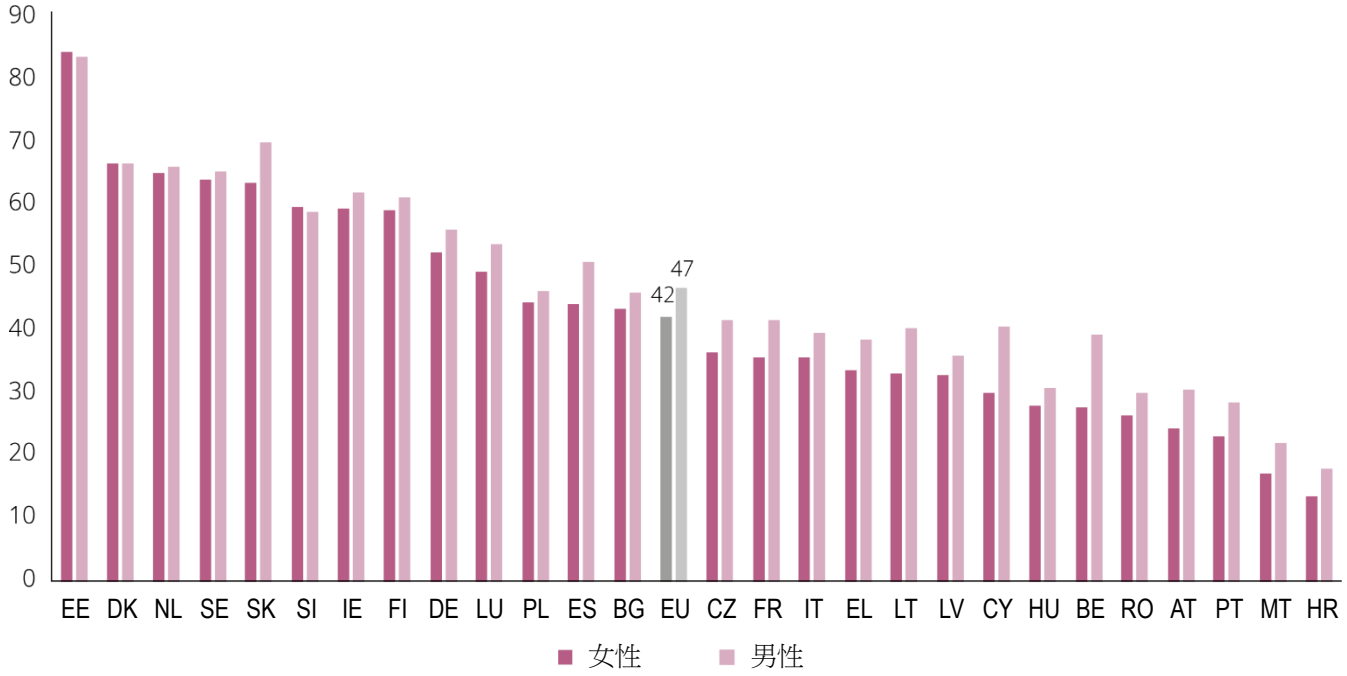
體能活動是構成健康行為的重要因素，對於所有年齡層和生命週期各階段 (包括孕期和產後) 皆有益處。運動的健康效益包括提升認知和心理健康，改善心血管活動，進而降低全因死亡率 (all-cause mortality rates)。世界衛生組織建議所有 18 至 64 歲的成年人每週至少進行 150 至 300 分鐘的中等強度有氧運動或 75 至 150 分鐘的高強度有氧運動 (WHO，2020 小時)。

平均而言，大約超過半數的歐盟成年人未達到每週 3 小時的目標 (圖 33)。歐盟各地體能活動的性別落差達 5 個百分點，情況有利於男性。愛沙尼亞是唯一從事體育活動的女性略多於男性的會員國，也是運動人口比例最高 (85%) 的國家 ([89])。比利時的男女每週運動量落差最大 (11.7 個百分點)，而丹麥是唯一沒有性別落差的會員國。在整個生命週期 (16-75 歲以上)，50 歲到 64 歲之間體育活動的性別落差保持最低，僅 1 個百分點。最大的性別落差是年輕人 (16-24 歲) 和老年人 (75 歲以上)。在這兩種情況下，性別落差都是 10 個百分點，而此情況不利於女性 ([90])。

([89]) 愛沙尼亞的數值為估計值。資料的可靠性有限。

([90]) 根據歐盟統計局的 EIGE 計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch07。

圖 33. 歐盟女性和男性每週工作之餘進行至少 180 分鐘體能活動的比例，按照性別和歐盟會員國區分 (%，16 歲以上，2017 年)



資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch07。

備註

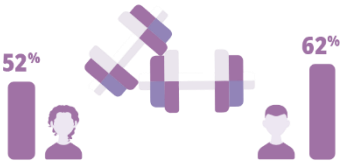
EU：歐盟統計局估計，EE、LT、SK：可靠性低。

在歐盟，體能活動的性別落差發生於成年之前。世界衛生組織強調運動對兒童和青少年的重要性，建議在此人生階段從事更多日常運動，以利此階段的生理和心智發育 (WHO 歐洲區域辦事處，2020a)。HBSC 調查資料顯示，兒童運動程度在 11 至 15 歲之間趨於下降，尤其是女童 (WHO，2016a，WHO 歐洲區域辦事處，2017 年)，父母收入是決定兒童參加體育活動的關鍵因素 (Richter 等人，2009)。在 11 歲、13 歲和 15 歲的青少年中，男童比女童更常報告每天至少進行 60 分鐘的中等至高強度運動。在這種情況下，歐盟的性別落差為 7 個百分點西班牙的性別落差最大，為 14 個百分點，奧地利、芬蘭和愛爾蘭皆為 11 個百分點每週至少進行 4 次高強度體能活動的女童和男童的比例落差更加明顯。在此項目中，歐盟的性別落差增加 1 倍，達到 15 個百分點，再次不利於女童。法國和盧森堡的差距最大，為 23 個百分點 ([91])。青少年時期的運動尤為重要，因為定期從事體育活動 (例如學校的高強度運動方案) 可以提高骨質並預防骨質疏鬆症。這種疾病影響所有高齡女性的半數，但男性的這項比例只有 1/5 (Xu 等人，2016)。青春期養成體能活動習慣也會持續到成年期 (Currie，2016)。

([91]) HBSC 2017/2018 年調查、作者的計算。備註：EU：非加權平均。

體能和社交活動已證實與更佳健康狀態呈正相關(Roychowdhury，2020)。然而，女性和男性的社交活動模式不同，閒暇時間的數量和用途也不同(EIGE，2020g) ([92])。數位化逐漸消弭工作與私人生活的時間界限，有償工作日益侵占休閒時間，處於不穩定就業狀態的女性尤其如此 (EIGE，2020g；歐洲議會，2016a；Wajcman，2015)。

健康行為中的性別不平等



在 16-24 歲的群體中，男性較可能每週至少運動 3 小時

研究顯示，體能活動較少的女性通常報告更多的運動障礙 (ES Edwards 和 Sackett，2016)。由於女性一般承擔大部分的育兒和家務勞動，因此她們用於體能活動的空閒時間少於男性 (《柳葉刀公共衛生》(The Lancet Public Health)，2019)。環境和社經因素也決定了女性和男性參與體能活動的情況。Eurofound 一項關於社會不安全感和復原力的研究顯示，女性和男性在入夜後對戶外環境的風險認知不同。生活在最貧窮城市環境中的女性，在其社區中感到最不安全 (Eurofound，2018a)。對她們而言，戶外的體能活動存在安全風險，這一點使她們不願運動，包括步行或跑步。

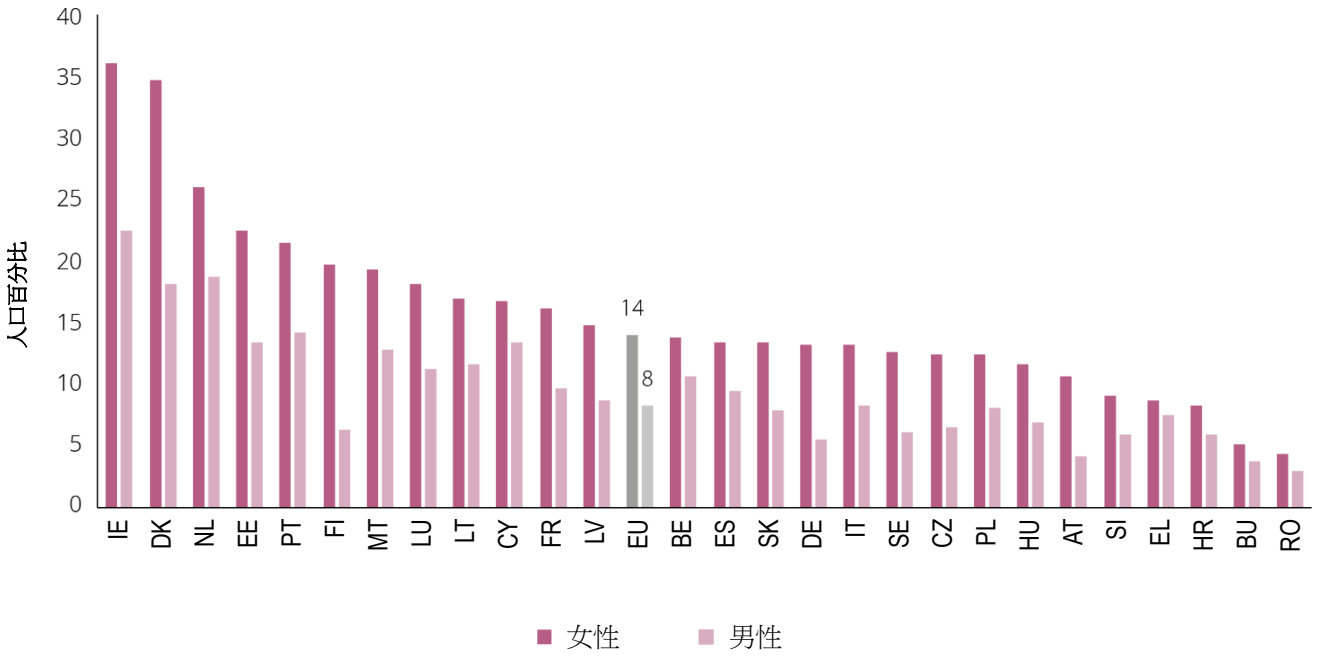
雖然要知道新冠疫情對運動程度的長期影響為時過早，但已有跡象顯示體能活動發生了性別化的改變。疫情開始時的封鎖措施導致男性 (尤其年輕人) 減少體能活動。克羅埃西亞 (Sekulic 等人，2020) 和義大利 (Giustino 等人，2020) 的研究顯示，這是因為年輕男性更依賴戶外和團隊運動，這些運動受到社交距離禁令的限制比女性經常從事的居家個人運動更嚴重。一項系統性回顧研究發現，疫情之前定期運動的人在封鎖期間的體能活動有所增加，而原本不運動的人則更加久坐不動 (Khan 等人，2021)。

健康飲食是預防或延緩糖尿病、高血壓、癌症和骨質疏鬆症等非傳染性疾病的關鍵 (WHO，2003)。這在新冠肺炎疫情期間尤為重要，因為非傳染性疾病使個人感染後面臨更大的嚴重健康後果和死亡風險。疫情期間男性死亡率較高的部分原因是罹患非傳染性疾病程度較高 (見第 9.2.2 節)。

對於成年人而言，健康飲食包括以至少 400 克 (或 5 份) 水果和非澱粉類蔬菜作為每日目標 (WHO，2020d)。雖然各會員國的確切細分、製備方法和重量有所不同，但所有會員國都已實施世界衛生組織準則，並在其國家膳食準則中建議每天至少食用 5 份水果和蔬菜 (歐盟執委會，2021f)。

([92]) 正如 EIGE (2020g) 所強調，時間領域資料顯示在某些國家中，在職成年人定期出門參與體育、文化和休閒活動的比率極低，女性尤其如此。定期外出從事社交活動的在職女性比例差異甚大，從低至高依序是羅馬尼亞 (6%)、葡萄牙和賽普勒斯 (各 10%)、保加利亞和希臘 (各 11%)、丹麥 (53%)、荷蘭 (56%) 和芬蘭 (60%)。

圖 34. 歐盟會員國女性和男性每天至少食用 5 份水果和蔬菜的比例 (%，15-64 歲，2014 年)



資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_fv3e。

歐洲健康訪問調查 (EHIS)(2014) 的資料顯示，只有 1/10 的成年人達成這些建議目標，而且歐盟各地在健康飲食方面存在巨大的性別落差。平均而言，每天食用建議的 5 份水果和蔬菜的女性比例幾乎是男性的 2 倍 (圖 34)。達到每日目標的女性比例在東歐和東南歐的會員國最低，在愛爾蘭和丹麥最高。愛爾蘭符合世界衛生組織建議的男性人數也最多，近期有關歐洲生活條件的資料證實了這一點([93])。雖然愛爾蘭、丹麥和荷蘭有更多男性食用每日所需的水果和蔬菜，但與女性相較的性別落差仍然顯著。整體而言，男性較可能攝取不良飲食並從事飲食風險行為，50 歲以上的男性尤其如此。東歐男性因飲食不良而損失健康生命年的比率最高，但西歐男性也表現出明顯的不健康飲食行為模式，較少食用水果、堅果和蔬菜 (WHO 歐洲區域辦事處，2018)。

在整個年齡光譜上，都存在健康飲食行為的性別差異。例如「青少年營養健康生活型態 (HELENA)」研究調查了 10 個會員國青少年的健康飲食行為。相較於男童，女童擁有更多種類的健康飲食模式、家中可取得較多水果，並且更瞭解健康飲食的意義 (González-Gil 等人，2019)。此外，作者指出健康的飲食模式取決於父母提供的食物選擇，無論性別如何。兩項觀察結果(水果消費方面的性別落差和父母對青少年健康飲食行為的影響)也出現在世界衛生組織的學齡兒童健康行為報告中 (Inchley 等人，2016)。報告也顯示，收入和家庭富裕程度是健康飲食行為的驅動因素。生活在較富裕家庭的青少年更可能與家人共餐，且有更多的機會取得水果。來自較不富裕家庭的青少年，尤其是女童報告含糖飲料攝取量更高。這些發現突顯健康飲食(如水果和蔬菜)的重要性，必須讓所有年齡層皆可負擔、可得且可及，並且避免將攝取此類食物的行為女性化。

([93]) EU-SILC，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch11 (2017 年)。

對新冠肺炎疫情期間飲食行為的系統性回顧得出結論：性別和低收入是體重增加的決定因素 (Khan 等人，2021)。這些因素在單親媽媽的健康行為中發揮尤其重要的作用，她們很可能極高比例的收入花在為子女提供健康食品，並因不進食或做出廉價、不健康的選擇而忽視自己的健康，且通常導致體重增加 (Martin 和 Lippert，2012)。截至 2015 年，芬蘭是唯一為學生從幼兒園到高中提供免費午餐的國家 (Polish Eurydice Unit，2016)。雖然所有會員國都為低收入家庭提供部分校園營養午餐折扣，但新冠疫情期間學校停課，導致較不富裕背景的學齡兒童和青少年陷入糧食不足的處境 (Nicola 等人，2020)。

女性在疫情期間的飲食行為發生變化，但男性則未必如此。在對 3 個會員國 (丹麥、德國和斯洛維尼亞) 的研究中，Janssen 等人(2021) 指出，女性在 2020 年封鎖的第一個月內增加了水果和蔬菜的攝取量，與男性形成對比。作者將水果和蔬菜攝取量持續增加歸因於健康方面的更廣泛性別化模式，因為女性較可能控制自己的健康飲食行為，並預防或減輕可能的新冠肺炎感染。

男性更容易吸菸及飲酒

社會文化規範與性別化態度決定了參與健康促進或高風險行為的意願。對男性氣質的有害看法限制了男童和男性進行自我照護，並為健康的生活和福祉帶來阻礙。女性和男性接受的健康行為規範會以兩種方式來建構男性的健康。首先，對於通常被視為女性氣質的健康促進行為，社會性別規範通常不鼓勵男性參與其中，包括使用防曬霜 (Courtenay，2000)、素食 (Bogueva 等人，2020) 或接受心理諮商 (Seidler 等人，2016)。其次，社會較能接受男性從事特定的高風險健康行為，包括無保護的性行為、過度使用有害物質、極限運動、暴力、吸菸和酗酒 (Baker，2019；Courtenay，2000)。

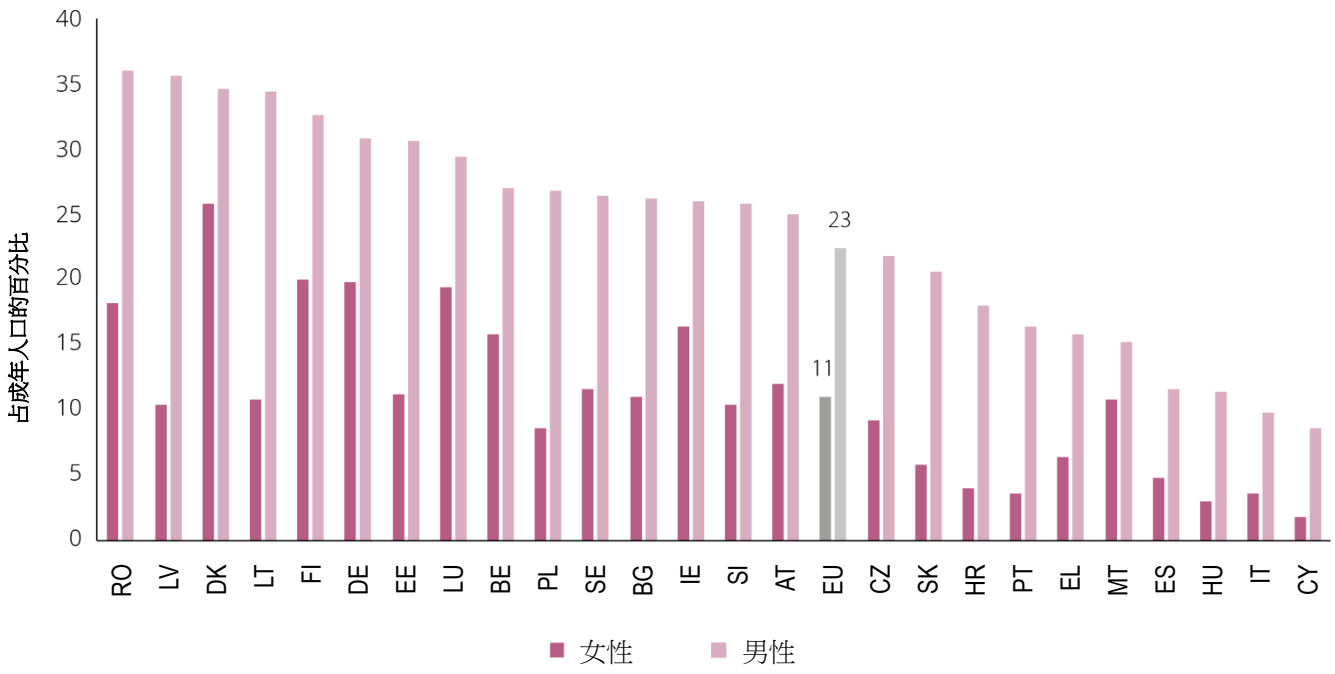
2003 年至 2005 年間，吸菸和有害飲酒在 30 個歐洲國家的死亡率性別落差中占顯著比例。在所有接受調查的國家中，與吸菸相關的死亡率占此性別落差的 40-60%；與酒精相關的死亡率在東歐占此落差的 20-30%，在歐洲其他地區占 10-20% (G. McCartney 等人，2011)。雖然 15 歲的女童比同齡男童吸菸的可能性略高 (19% 與 17%)，但成年人的趨勢呈現逆轉 (OECD/European Union，2020)。

2014 年，26 個會員國每天吸菸的男性多於女性，瑞典是唯一的例外 (歐盟統計局，2020)。就各國而言，男性的每日吸菸率從瑞典的 7.5% 到賽普勒斯的 37.3%，乃至於從羅馬尼亞的 8.3% 到奧地利的 22% 不等。若干研究得出吸菸與女性不良健康結果之間的相關因素，包括生物學、遺傳和激素因素、社經決定因素、職業暴露、工作壓力、個人生活方式、二手菸，或上述因素的組合 (Syamlal 等人，2014)。此外，女性比男性更難戒菸。收入和學歷較低的年輕女性尤其如此，她們也較可能在懷孕期間繼續吸菸 (WHO 歐洲區域辦事處，2021a)。同一份報告發現，菸草包裝上只有 11% 的警告圖片以女性為特徵，表示女性在健康預防措施中的代表性仍有性別落差。

世界衛生組織歐洲分部已宣布電子煙的使用日增，青少年情況尤甚，對於公共衛生構成威脅。雖然歐盟 27 國沒有完整的資料集，但青少年使用電子煙盛行率較高的國家是波蘭 (23.4%)、拉脫維亞 (18%) 和義大利 (17.5%) (WHO 歐洲區域辦事處，2020b)。如同吸菸，電子煙的使用情形也呈現性別化的模式。一項涵蓋世界衛生組織歐洲區域的系統審查發現，男性、青少年和年輕人、吸菸者和曾吸菸者使用電子煙的比率較高 (Kapan 等人，2020)。雖然需要進一步研究，但一項針對 7 個會員國 14 至 17 歲青少年的研究發現，男童比女童較可能只使用電子煙 (Kinnunen 等人，2021)。同一項研究也顯示，同時吸食菸草和電子煙的男童多於女童。

一般認為，飲酒是導致糖尿病、癌症、心血管疾病、癲癇等非傳染性疾病的四大因素之一。酗酒是一種危險的健康行為，會產生性別化的影響。醉酒狀態會導致性別暴力，阻礙有效的避孕措施，並導致胎兒酒精症候群等不良妊娠問題 (WHO，2019d)。根據世界衛生組織歐洲報告，無論何種性別，歐洲的酒精攝取量都是全球最高 (WHO 歐洲區域辦事處，2018)。然而，重度間歇性飲酒 (又稱暴飲) 的平均值呈現明顯的性別差異 ([94])。男性從事這種行為的頻率是女性的兩倍 (圖 35)。在每月至少酗酒一次的男性比例方面，最低者為南歐和地中海會員國的少於 1/5，而拉脫維亞和立陶宛則有超過 1/3 的男性酗酒。

圖 35. 歐盟會員國每月至少酗酒一次的女性和男性 (%，18-64 歲，2014 年)



資料來源：歐盟統計局，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_al3e。FR 和 NL 沒有可用資料。

([94]) 重度間歇性飲酒 (heavy episodic drinking) 的定義是每月至少飲用 60 公克以上的純酒精 (WHO，2019d)。

在考慮各種社經因素時，酒精攝取模式會有所不同。根據 OECD (2015) 的數據，收入較低的男性比收入較高的男性酗酒更多，而女性則呈現相反模式。男性主要藉由飲酒來緩解困擾，有此行為的女性遠少於男性。男性的心理困擾會提高酗酒程度，包括酒精依賴、暴飲、危險飲酒以及酒精中毒 (de Goeij 等人，2015)。

對 15 個歐盟會員國和瑞士 50 至 64 歲群體的研究顯示，大多數國家男性危險飲酒的盛行率明顯高於女性。同樣，男性成為危險飲酒者的風險是女性的 1.69 倍 (Bosque-Prous 等人，2015)。性別賦權衡量指標 ([95])「經濟政治參與度和經濟資源掌控權」的評值較低與失業率較高等因素，皆與此類飲酒行為的性別差異擴大有關。作者認為這可以歸因於性別化模式，因為失業男性飲酒較多，失業女性飲酒較少，進而擴大了整體差距 (Bosque-Prous 等人，2015)。在危險飲酒行為方面性別差異最大的國家，同時也是日常生活中性別不平等最嚴重的國家，而性別差異較小的國家似乎與女性攝取量較高有關 (Bosque-Prous 等人，2015)。作者指出，在性別較平等的國家，女性較高的飲酒量可能與較進步的性別規範有關，這使得女性更容易成為酒精廣告的目標，而且她們的高風險飲酒行為較容易為社會所接受。

針對 25 年經濟危機期間酒精攝取量的系統性回顧研究也揭示了性別差異。情緒壓力導致男性飲酒較多，而經濟限制導致女性飲酒較少 (De Goeij 等人，2015)。在波蘭，一項關於新冠疫情期間健康行為變化的研究發現，男性的整體飲酒量有所增加。女性飲酒量與以前相同，但飲用的酒精類型不同 (Sidor 和 Rzymski，2020)。目前仍缺乏強而有力的證據，主要以各國研究資料為準。

9.1.3. 健康服務管道的性別和交織型不平等

及時取得優質、可負擔的醫療照護 (預防和治療) 對於維持身體健康至關重要，這是公認影響健康的重要社會決定因素 (WHO，2019e)。在歐盟境內，取得健康相關服務已是公認的權利，且是《歐洲社會權利支柱行動計畫》的一項關鍵原則。在 EIGE 的一項調查中，受訪者依據自身參與不同日常活動的程度，對 9 項公共服務進行排名 ([96])。無論男女受訪者，都將醫療服務列為最重要的公共服務類型，也是在促進社會性別平等方面最具變革潛力的服務，其創造各種機會，可供民眾參與教育、就業和休閒活動 (EIGE，2020d)。

雖然歐盟在其人口的健康覆蓋率方面在工業化地區中脫穎而出 (OECD，2019)，但尚未實現普遍的健康相關服務管道，且歐盟各地的普及水準差異甚大 (Burns 等人，2019)。少數族裔群體和移民人口在健康覆蓋缺乏或不足的群體中所占比率過高 (OECD，2019)。本節分析健康相關服務管道可及性落後的群體，並探討其背後的若干原因。

([95]) 性別賦權衡量指標已納入聯合國開發計畫署的性別不平等指數之中，http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii。

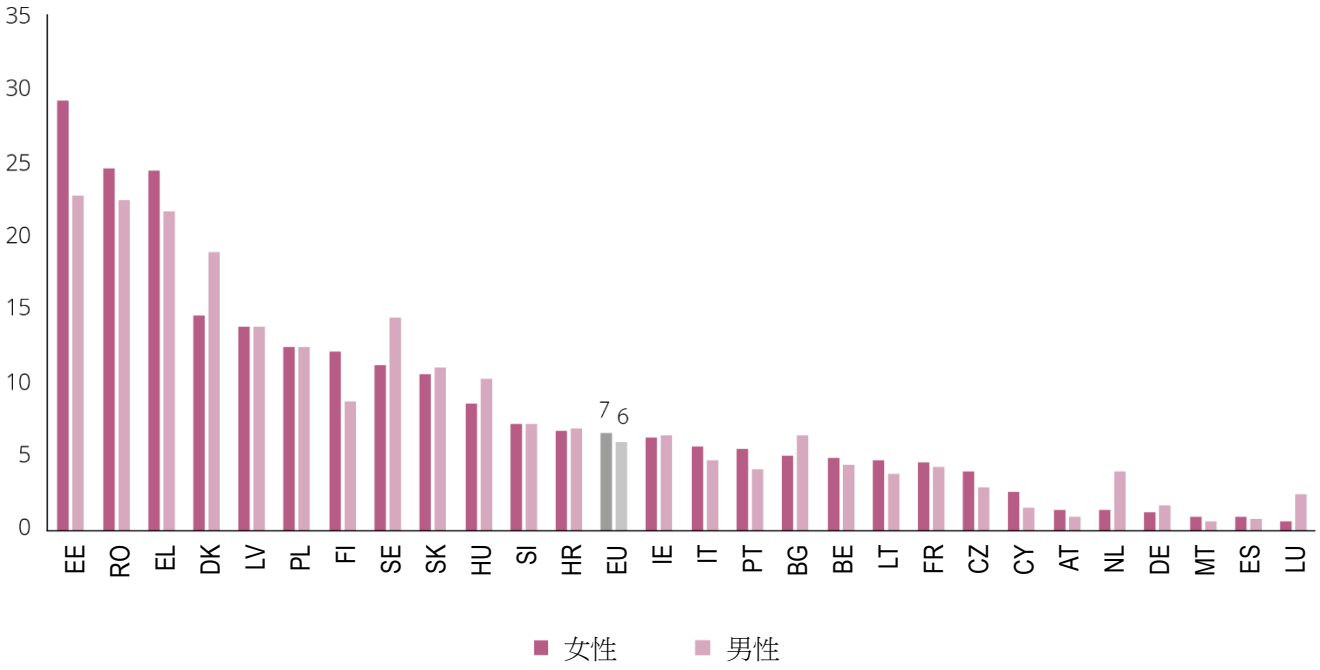
([96]) 一般認為，醫療服務有助於個人參與就業、家務勞動、休閒和教育等活動。醫療服務和醫療中心有助於民眾從事各種活動，但對於女性和男性在程度上有所不同。大多數女性認為醫療服務和醫療中心對於參與教育、從事家務和照顧工作，以及參與就業非常重要；持這類看法的男性比例較低

性別與其他社會地位的交織作用阻礙了醫療資源可近性

性別不平等與性別規範、社經條件、地理和文化因素交互作用，並對取得醫療服務的管道造成結構性障礙 (WHO，2019a)。正如健康領域章節所強調 (圖 22)，若干人口群體，例如單親家長、老年人、移民、身心障礙者等，均特別容易受到醫療需求未滿足的影響，其中又以女性尤甚。性別是影響醫療資源取得和使用情形的重要決定因素。性別社會化通常會阻礙男性尋求診斷和治療，導致男性比女性較不可能就醫。英國一項研究發現，即使排除因生殖方面的理由而看診，男性就醫的可能性也比女性低 8% (Wang 等人，2013)。女性往往較為熟悉衛生和社會服務體系，此事實通常歸因於她們將更多時間用於育兒和長期照護。

在全球，身心障礙者無法平等取得醫療服務，因此較一般群體有更多未滿足的醫療需求 (WHO 和世界銀行，2011)。在歐盟各國，有 7% 的女性和 6% 的男性身心障礙女性表示醫療服務需求未滿足，但愛沙尼亞 (女性 29%，男性 23%)、羅馬尼亞 (女性 25%，男性 23%) 和希臘 (女性 25%，男性 22%) 的數據遠高於平均。大多數國家的性別落差不大，但愛沙尼亞除外 (6 個百分點)。在丹麥、瑞典、匈牙利、保加利亞、荷蘭和盧森堡，身心障礙男性比女性更可能發生醫療需求未滿足的情況。

圖 36. 歐盟會員國身心障礙女性和男性的未滿足醫療服務需求 (百分比，16 歲以上，2019 年)



資料來源：作者採用微觀資料進行計算，EU-SILC，2019 年 (IE，IT，2018)。

高齡身心障礙者和高齡農村居民難以取得適當的交通工具前往醫療照護機構 (Gibson 和 O'Connor，2010)。身體上或結構性的阻礙使身障女性 (尤其是農村居民) 難以取得醫療服務，減低她們參加子宮頸癌或乳癌篩檢的意願 (Ramjan 等人，2016)。此外，身心障礙者可能難有機會參與健康促進和疾病預防計畫，這導致身障女性接受乳癌和子宮頸癌篩檢的可能性低於非身障女性，而身障男性接受攝護腺癌篩檢的可能性也較低 (WHO 和世界銀行，2011)。近期通過的「2021-2030 年身心障礙者權利策略」適用範圍包括醫療資源的供應管道 ([97])。歐盟執委會也遵照《聯合國身心障礙者權利公約》目標，基於包容性、可及性、以人為本的醫療照護 (person-centred healthcare)，以及自由和知情同意等原則，據以擬定有關醫療資源供應管道的方針。

除了醫療服務，長期照護服務的取得管道對於身心障礙和健康缺陷者的自主生活和福祉也至關重要，這一點在歐盟人口高齡化的趨勢下尤其顯著 (EIGE，2020f，2021d)。正如 EIGE (2020f) 所示，取得專業家庭照顧服務的阻礙對女性的影響極大，因為她們在亟需幫助的群體中比例甚高。在歐盟，2016 年約有 29% 的家庭報告對專業家庭照護服務的需求未獲滿足 (EIGE，2019d)。在完成調查的女性中，報告家務需求未滿足的可能性 (30%) 略高於男性 (28%)。在除了 5 個會員國 (盧森堡、荷蘭、奧地利、葡萄牙和瑞典) 和英國之外的所有會員國中，女性較男性更可能報告對專業家庭照護服務的需求未獲滿足。對專業家庭照護服務需求最大的會員國是葡萄牙 (85% 的女性和 86% 的男性)、希臘和賽普勒斯。

將近 1/4 的女性和男性處於依賴非正式照護的家庭，這對於照顧者或被照顧者而言，皆可能是不充分或並非最合適/首選的安排。

在歐盟各地，取得緩和療護或臨終關懷的機會也極度失衡。由於緩和療護的宗旨在於緩解疼痛以及減輕患者和家屬的身心痛苦，因此是公認維持人類尊嚴的基本措施 (歐洲理事會，2018)。歐洲理事會強調，在高齡化和身心障礙負擔增加的背景下，緩和療護服務需求勢必隨之提高，而這一點必須納入考量。該組織特別提出一項擔憂：「無法取得適當的疼痛緩解措施，導致患者遭受數月甚至數年的痛苦，並且在原可避免的痛苦中死去」。有限的緩和療護服務具有深遠的性別化影響，不僅女性患者首當其衝 (如圖 26 所示，女性較可能受到健康缺陷之苦，尤其是老年群體)，連同女性非正式照顧者的福祉和經濟獨立性也會因照顧工作負擔而面臨風險 (EIGE，2019c，2020e；Eurofound，2020；Gott 等人，2020)。

需求未滿足和醫療服務未充分利用的原因

本節探討醫療服務管道的 3 種主要阻礙因素，亦即與醫療服務相關的費用、被歧視的經驗以及與文化敏感度和缺乏性別敏感度相關的問題。

雖然醫療服務需求未滿足是一種自述衡量標準，因此可能反映出特定偏見，但藉由探討個人無法取得所需醫療服務的原因，有助於指出特定重要的決定因素和不平等現況，以及其如何影響特定群體。

([97]) 平等聯盟：2021-2030 年身心障礙者權利策略 (易讀版)：就業、社會事務和包容性：歐盟執委會，https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_810。

費用

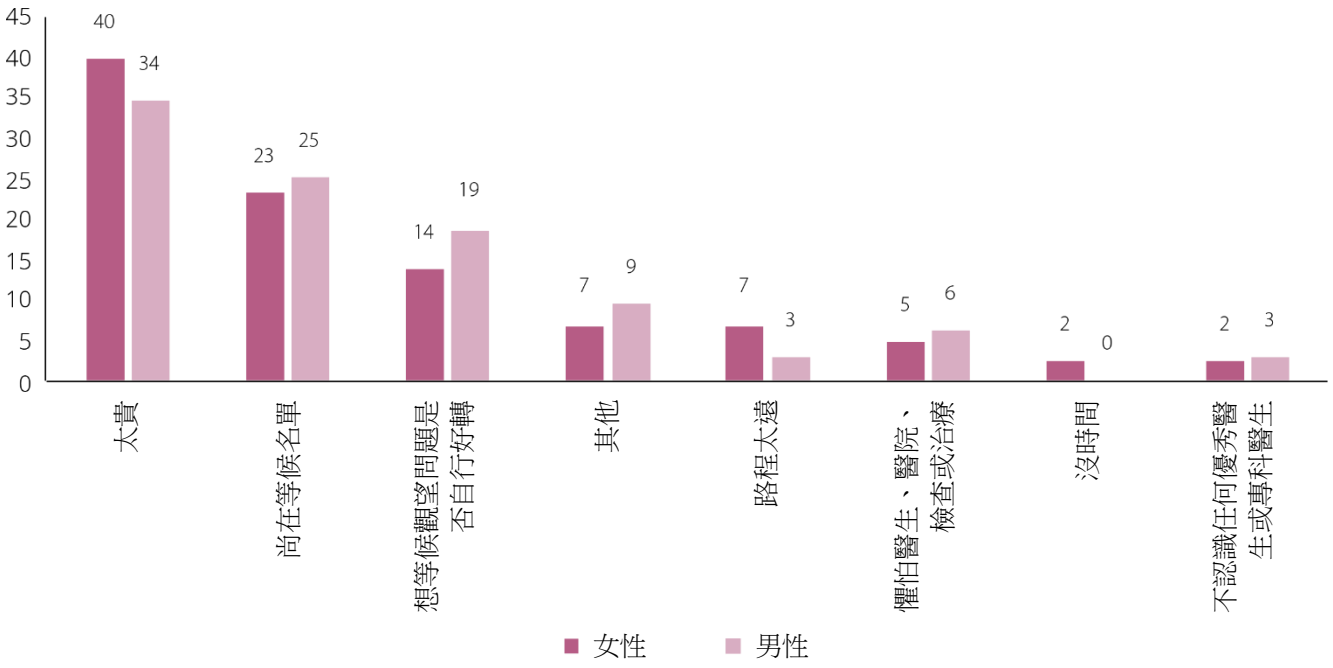
根據 EU-SILC 資料，在報告醫療需求未滿足的個人當中，約有 1/4 表示費用是無法取得醫療服務的原因（「負擔不起（太貴）」）。醫療需求未滿足的其他最常見原因包括「想等待觀望問題是否會自行好轉」、時間不足（「因為工作、照顧子女或他人而無法抽出時間」），以及等待時間過久。在牙科醫療方面，因經濟條件而未滿足需求的比例要高得多：半數受訪者將此當作理由。對於醫療或牙科醫療，女性比男性更可能提到費用是無法就醫看診的主要原因（Chaupain-Guillot 和 Guillot，2015）。同樣，對於經濟不穩定的女性（例如遊民）而言，醫療費用過高是避免接受照護服務的原因之一（Kneck 等人，2021）。

正如第 7.2 節關於健康領域的說明所強調，65 歲以上女性較一般女性更可能具有未滿足的醫療服務需求（[98]）。在愛沙尼亞（女性為 22%，男性為 15%）、羅馬尼亞和希臘（男性為 18%，女性為 13%）（[99]），65 歲以上女性和男性的需求未滿足的比例最高。老年人取得醫療照護的困難涉及下列事實：女性老年時比男性面臨更高的貧困或社會排除風險（EIGE，2020g），這反映出經濟不平等在整個人生中的累積。這一點尤其重要，因為女性比男性更可能在老年時出現健康問題（Ogg 和 Rašticová，2020）。在 65 歲以上的群體中（尤其是女性），醫療需求未獲滿足的主要原因是負擔能力，其次是因為還在等候名單上。男性比女性較可能抱持「健康問題會自行解決」的希望而延後體檢（圖 37）。

([98]) 在歐盟境內，4% 的 65 歲以上女性和 3% 的同齡男性報告醫療服務需求未獲滿足，而所有成年人口中的這項比例是 3%。

([99]) 作者採用微觀資料進行計算，EU-SILC，2019 年（IE，IT，2018）。

圖 37. 65 歲以上女性和男性體檢需求未獲滿足的原因 (%，歐盟，2019 年)

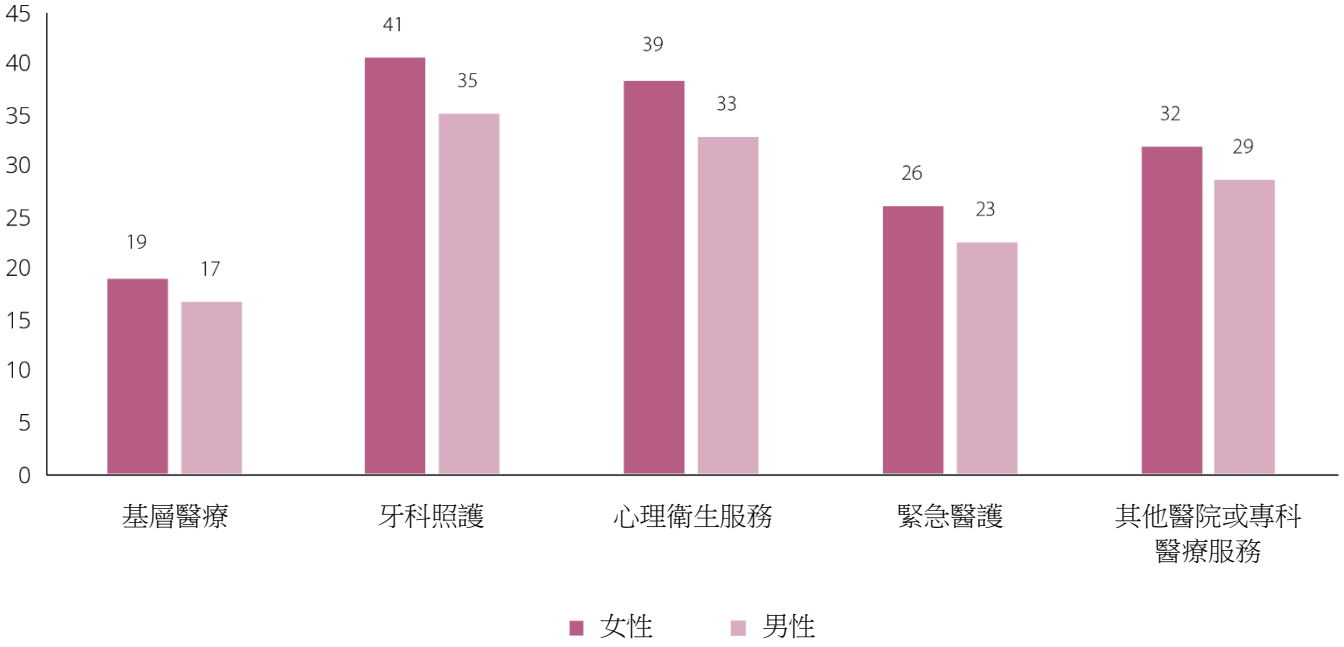


資料來源：作者依據 Eurostat 的數據進行計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_14。

65 歲以上民眾較一般大眾更常表示醫療費用是可近性的障礙 (65 歲以上女性和男性分別占 40 % 和 34 %，相較之下，整體成年人口中女性占 33 %，男性占 29 %)。

這並不表示其他群體在負擔醫療照護方面沒有困難。資料顯示，大部分歐盟人口將難以支付非預期的牙科醫療費用 (41% 的女性和 35% 的男性)、心理衛生服務 (39% 的女性和 33% 的男性) 以及其他醫院或專科醫療服務 (32% 的女性和 29% 的男性) (圖 38)。

圖 38. 支付非預期醫療費用的困難程度，按性別和醫療服務類型區分 (相當困難或非常困難，%，18 歲以上，歐盟，2016 年)



備註：調查針對各類醫療服務向受訪者問及「如果明天就需要使用，負擔下列各項服務的費用對您而言容易或是困難？」。所選答案：「相當困難」和「非常困難」。

資料來源：EQLS，2016。

醫療費用的財務影響 (尤其對於低收入群體) 可以藉由 2 項指標來體現，分別是「超額醫療支出 (catastrophic health spending)」，即家庭將大部分資源用於自費支付醫療照護，以及「致貧性醫療支出 (impoverishing health spending)」，即家庭因醫療支出而跌至貧窮線以下或更加貧窮的情況 (OECD，2019)。雖然致貧性醫療支出影響高達 6% 的家庭，但超額醫療支出在歐盟各地更為普遍，比例從從斯洛維尼亞、捷克和愛爾蘭的約 1% 到立陶宛的 15% 不等 (WHO，2019b)。在歐盟各地，處於收入階層底部的家庭 (其中女性和單親媽媽的比率過高) 所受影響遠大於平均。

歧視和其他系統性阻礙

取得醫療服務的行為涉及患者和醫療工作者之間的社會互動，其中的社會權力關係決定了患者的經驗 (WHO 歐洲區域辦事處，2016b)。世界衛生組織 2019 年度「全球基層醫療監測報告」闡明了性別相關規範和權力如何影響醫療服務管道的可及性。報告發現，性別相關規範和權力關係會影響女性取得醫療服務和及時診斷的管道，而有害的男子氣概觀念會增加男性的冒險精神，並降低他們使用醫療服務的意願 (WHO，2019f)。

年齡、財富、婚姻狀況、種族、宗教、種姓、身心障礙、教育程度、無家可歸和移民狀態，都會導致遭受污名和歧視，從而影響健康服務的取得和使用 (WHO，2019a)。

FRA 的一項調查發現，16% 的受訪者在過去 12 個月內曾因 LGBTI 身分而受到醫療或社會服務人員的歧視 ([100])。跨性別和雙性群體受到影響最大，34% 的受訪者表示在健康方面受到歧視，其次是女同性戀 (16%)、雙性戀女性 (14%)、男同性戀 (11%) 和雙性戀男性 (10%)。LGBTI 群體成員有時仍拒絕醫療服務或遭受歧視，其中許多人感到無法向醫療專業人員公開性向、性別認同及雙性者的身分。在歐盟 27 國及英國，46% 的 LGBTI 受訪者表示醫療服務提供者不知道自己的 LGBTI 身份。但此數字因國家而異，從丹麥的 28% 到立陶宛的 82% 不等 ([101])。LGBTQI 個體所經驗的歧視行為包括污名化、否定和拒絕醫療照護，以及口頭或身體虐待。知識和教育水準、信仰和宗教影響醫療提供者對 LGBTQI 患者的態度，並可能導致恐同行為 (Ayhan 等人，2020)。異性戀、跨性別恐懼症和恐同症，都是取得醫療照護服務的阻礙；這些現象屬於系統性因素而不僅是個人行為，且可能導致 LGBTQI 群體避免接受治療 (Smalley，2018)。

大量文獻探討非歐盟移民的健康狀況與健康需求的落差，結果可能與歐洲一般人口的差距甚大 (Fair 等人，2020；Keygnaert 等人，2015、2014a、2014b)。與歐盟一般人口相較，非歐盟移民女性取得計畫生育、避孕資源以及性與生殖健康 (SRH) 服務的機會較少 (Abubakar 等人，2018；Fair 等人，2020)。

移民女性可能因性別、社經地位和移民狀況的交織作用，而在特定取用管道方面遭遇更嚴重的阻礙。這些障礙可能包括健康資訊管道不足、文化和宗教信仰，對他們的社會、勞動和行政狀況、住房和迫切經濟需求感到恐懼，以及社會和家庭支持網絡的不足或缺乏 (Sánchez-López 和 Limiñana -Gras，2017)。與男童相較，移民女童使用醫療服務的頻率可能較低，這取決於學習環境和種族；然而，必須對移民兒童的醫療使用情形進行深入的性別相關分析，因為造成差異的原因大致尚未研究 (Pulver 等人，2016)。許多研究著眼於心理醫療服務的脈絡，關注基於西方文化概念的醫療照護實務如何影響移民和難民女性，但尚無大量研究探討社會支持、性別、制度和組織結構如何阻礙女性追求健康的行為 (O'Mahony 和 Donnelly，2010)。文化障礙加劇其他可及性的障礙，尤其是適用於難民或尋求庇護者等特定邊緣群體的心理健康服務 (Satinsky 等人，2019)。

新冠肺炎疫情進一步加劇在歐盟取得醫療服務的障礙，原因是特定醫療處置的延遲及降低優先順序，或對於感染的恐懼。尤其，Eurofound 新冠肺炎電子問卷調查 (2021c) 發現 21% 的受訪者在疫情期間遺漏了體檢或治療。自疫情開始以來，這項比例在歐盟境內一直保持穩定，其中拉脫維亞、匈牙利和葡萄牙的比例最高。2021 年春季，18%的受訪者面臨無法取得治療的健康問題 (Eurofound，2021c)。

([100])資料來源：作者在調查前 12 個月內根據 FRA、EU-LGBTI II 2019 對 EU-27 進行計算。調查向受訪者問及下列問題：「在過去的 12 個月中，您是否曾因為具有 LGBTI 的身份，而受到醫療照護或社會服務人員 (例如接待人員、護理師或醫生、社工) 的歧視？」。

([101])調查向受訪者問及「您向多少醫務人員/醫療照護提供者公開表示自己是 LGBTI？」資料來源：FRA，EU-LGBTI II 調查，2020 年。

9.2. 關注健康面向

以下關於性與生殖健康及權利 (SRHR) 的重點介紹特定女性和男性群體在嘗試取得資訊和服務時面臨的若干具體障礙。

9.2.1. 權利、取得管道和結果：以性與生殖健康為焦點

「良好的性與生殖健康是一種狀態，在涉及生殖系統的各個層面上，都能實現良好的生理、心理和社會福祉。這表示人們擁有滿意和安全的性生活、生育能力，以及充分的自由，得以決定是否、何時與多久一次進行生殖活動」(UNFPA，2021)。

1994 年國際人口與發展會議 (ICPD) 將性與生殖健康 (SRH) 訂為一項基本人權。奠基於開羅 ICPD 會議和北京第 4 次世界婦女大會 (1995) 的里程碑式協議，各國政府和倡議者都致力實現和擴展有關性與生殖健康的國際承諾。此後，不帶任何歧視地保護和促進性與生殖健康，同時解決此議題相關的性別不平等問題，已列入聯合國議程並納入永續發展目標。

性別不平等顯著影響性與生殖健康的結果。其型態和結構符合社會上的性別規範和不平等的權力關係，並可能剝奪女性和男性控制其性與生殖健康及權利 (SRHR) 的能力。然而，生理性別決定了個人可以取得性與生殖健康的程度。女性尤其受制於性與生殖方面的控制，身體自主權也因此遭到限縮 (UNFPA，2021)。基於年齡、失能與否、種族、族裔、移民身份、性取向以及性別所衍生的不平等，皆會影響取得性與生殖健康的機會。本節專門介紹計畫生育和節育、性傳播感染 (STI) 和性傳染病 (STD)，以及墮胎和懷孕等現況；同時探討新冠肺炎疫情期間性與生殖健康的發展。一般認為，性別暴力是導致性與生殖健康不良的促成因素，本文將在相關部分列出具體調查結果。

對性與生殖健康採取具性別敏感度的方法是促進公共衛生的關鍵

女性和男性各有不同的性與生殖健康需求，而具特定性別的性與生殖健康及權利 (SRHR) 因應方法強調了特定性別的疾病，例如乳癌或攝護腺癌。此領域特有的挑戰，對於女性和男性健康構成了限制。

女性可能會經歷一連串影響性與生殖健康的婦科疾病。經痛、子宮內膜異位症等與女性生殖週期 (從初潮到更年期) 相關的問題尤其常見。女性和女童面臨的其他性與生殖健康問題包括子宮肌瘤、間質性膀胱炎、多囊卵巢症候群、各種原因導致的不孕症、墮胎機會有限以及性暴力的影響。意外懷孕、妊娠和分娩併發症、不安全墮胎、性別暴力、性傳播感染、性傳染病和生殖系統癌症不僅威脅女性福祉，也危及男性和家庭的福祉 (Starrs 等人，2018)。

男性生殖健康問題包括男性因素不孕、缺乏雄激素、隱睪丸症、睪丸腫塊、陰囊疾病、包莖 (phimosis)、先天性脊索瘤、佩羅尼氏病 (Peyronie's disease)、早洩和性功能障礙，以及對避孕、人類免疫缺乏病毒 (HIV) 感染以及性傳播感染的擔憂 (Wessells，2021)。

自 1994 年國際人口與發展會議 (ICPD) 以來，各界持續建議政府鼓勵並支持男性對其性行為和生殖行為負責。Hawkes 和 Hart (2000) 指出，必須從一開始就瞭解男性生殖問題與其女性伴侶無關，並且認知到全球各地的「男性」並非具有相同需求和顧慮的同質群體。如同女性，男性的特徵不僅在於他們的性徵和性別，也在於年齡、種族、性取向、教育狀況、收入和職業、地理位置、在家中的地位，以及獲取和使用資訊的能力。

Wessells (2021) 雖然指出男性泌尿系統疾病的負擔在 45 歲之後才會變得顯著，但仍建議提早數十

年瞭解男性的健康風險，並鼓勵他們增進自己的健康。然而，男性在其一生中有不同的優先要務，而且控管健康風險的方式與女性不同。即使症狀明顯，男性也經常不願就醫，一般要等到問題不容忽視後，才會聯繫醫療專業人員 (Pell，2021)。

將特定性與生殖健康狀況視為僅影響單一性別，可能會有害於健康結果，並加劇健康方面的性別不平等。世界衛生組織 (2011) 認為，具有性別變革效果的健康介入措施必須正視性別差異，並挑戰和改變有害的性別規範、角色和關係現狀。

基於性別的 (sex-based) 生殖健康方法側重於子宮頸癌和乳癌，因其也是女性最常見的癌症。然而，女性癌症不僅適用於女童和婦女。例如，子宮頸癌是由人類乳突病毒 (HPV) ([102]) 所引起，其也會導致舌癌和扁桃腺癌，無論個人的性別或性傾向認同如何，兩種癌症皆可能影響到每個人。雖然高風險的人類乳突病毒型別在女性的盛行率較高，而且女性整體比男性更容易因 HPV 感染罹患癌症 (Wendland 等人，2020)，但舌癌和扁桃腺癌在男性中更為常見 (Näsman 等人，2020)。

性與生殖健康處遇的性別變革策略，包括為男童和男性提供 HPV 疫苗接種，義大利是率先如此行動的歐盟會員國 (Audisio 等人，2016)。為男童和女童接種疫苗，不僅可以保護他們免於扁桃腺癌和舌癌的侵害，亦可減少病毒在男性群體中的傳播，從而降低性交過程中傳染女性以及子宮頸癌的風險。此外，為所有人接種 HPV 疫苗以預防性與生殖健康不良的做法已被證實具有成本效益，並已明確建議所有會員國採取此措施 (ECDC，2020b)。然而，根據世界衛生組織 2019 年提供的資料，只有 14 個會員國將男童納入 HPV 疫苗接種的主要群體，其中只有 10 個會員國資助男童的 HPV 疫苗接種 (Bonanni 等人，2020)。

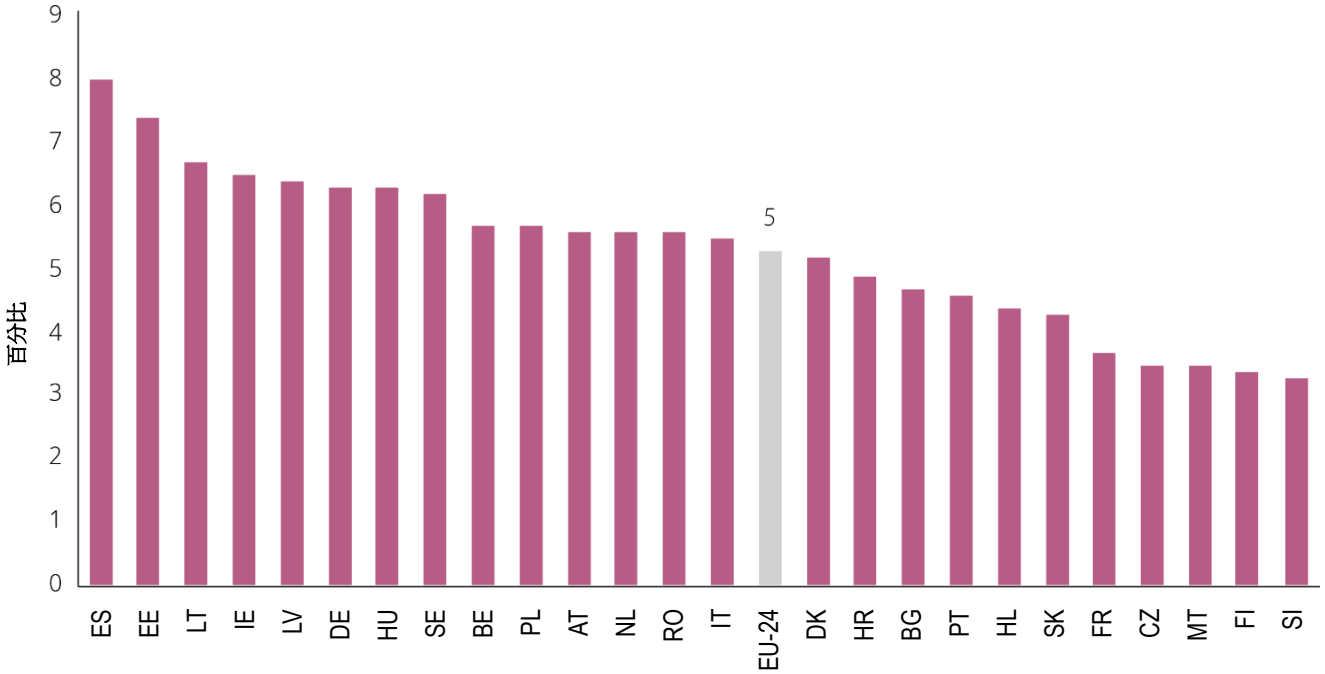
帶有性別偏見的生殖健康政策經常忽視男性

藉由諮商、資訊和服務的取得管道，以及節育方法來避免意外懷孕，有助於民眾在性生活中做出明智的選擇。Starrs 等人 (2018) 指出，現代化的避孕技術堪稱 20 世紀對性與生殖健康最具革命性的處遇，其促進了性與生殖的脫鉤，並使伴侶和個人得以選擇生育子女的數量和時間。

平均而言，歐盟女性幾乎有 95% 的計畫生育需求獲得滿足，但會員國之間仍然存在差異。在斯洛維尼亞，只有 3% 的女性和女童報告計畫生育需求未獲滿足，但西班牙這項數字 (8%) 高達 2 倍有餘 (圖 39)。

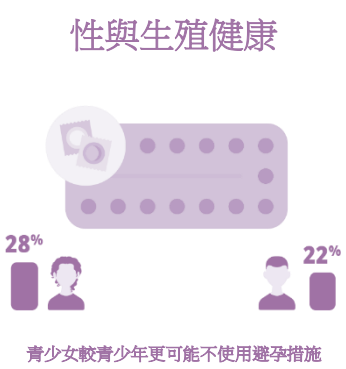
([102]) 人類乳突病毒 (HPV)：一種性傳染病，是子宮頸癌和生殖器疣的主要原因 (ECDC，2020)。

圖 39. 歐盟會員國報告計畫生育需求未滿足的女性 (%，15-49 歲，2017 年)



備註：希望停止或延遲生育但未採用避孕方法的育齡女性 (15 -49 歲) 百分比。

資料來源：聯合國資料庫計畫生育指標，https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators (2017 年)。



歐洲及全球各地的研究顯示，計畫生育和節育方法大致仍是女性責任，男性經常排除在避孕決策過程之外 (de Irala 等人，2011；Dereuddre 等人，2017)。雖然避孕選項中包括男性適用的方法，其中有些需要他們的參與，但計畫生育方案主要以女性為重點。避孕選項和方法的設計遵循性別二元 (gender-binary) 方法，主要涉及男性保險套和女性荷爾蒙避孕法，例如口服避孕藥或注射。女用保險套已經問世數十年，但相較於男用保險套鮮為人知，或被認為過於昂貴 (Peters 等人，2010)。同樣，男性荷爾蒙避孕藥仍在研發階段，先前的臨床試驗因頭暈、憂鬱和體重變化等副作用而中斷 (Yuen 等人，2020)。

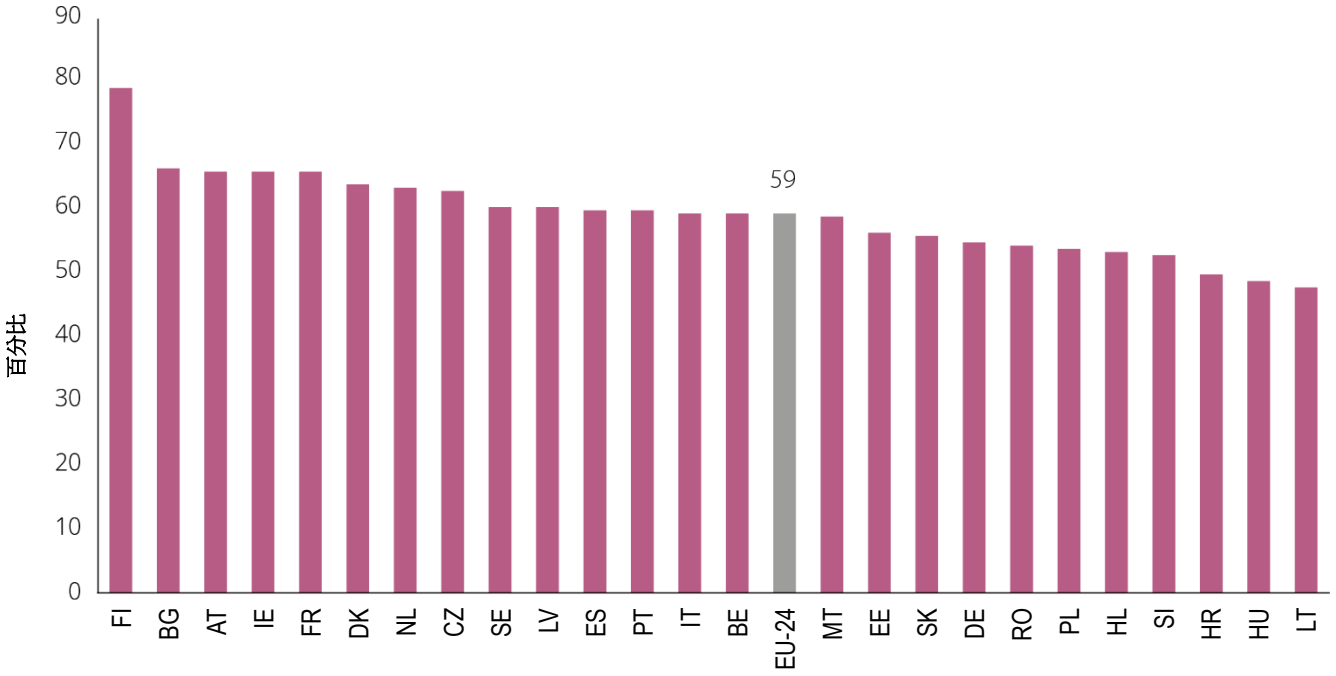
在涵蓋歐洲、加拿大和美國的文獻回顧中，Gold 等人 (2021) 發現對懷孕的矛盾心理、性伴侶之間或醫病雙方的溝通不良，都會增加女性在避孕措施使用上的不一致行為。對男性避孕行為的研究仍然有限，但法國的研究結果顯示，與伴侶的溝通不良似乎也是意外懷孕的原因之一。半數未採取避孕措施導致意外懷孕的男性調查受訪者表示，他們以為女性伴侶當時有使用避孕措施 (Kågesten 等人，2015)。

避孕措施的有效性和可近性並非採用的唯一標準。可靠的供應和低成本的處遇是其他影響性與生殖健康結果的關鍵因素。在羅馬尼亞，羅姆族女性可以取得並瞭解避孕藥、注射劑和子宮內避孕器等避孕措施，但她們未必能夠長期負擔相關費用。由於交通成本或醫療人員向羅姆族女性索賄，她們經常停止參與或無法負擔免費的性與生殖健康計畫 (Kühlbrandt，2019)。

整體而言，聯合國估計歐盟 59% 的女性可以滿足避孕需求，其中芬蘭的表現優於所有其他會員國(圖 40)。然而，目前缺少男性與特殊性別認同群體的避孕盛行率資料。

男性保險套和女性荷爾蒙避孕是歐盟青少年使用的最普遍的避孕方法。平均而言，65% 的 15 歲青少女和青少年報告在最近一次性交時使用男用保險套，28% 使用避孕藥 (WHO 歐洲區域辦事處，2020a)。1/4 的青少年在性交時不使用任何避孕方法，而在克羅埃西亞、立陶宛、馬爾他和斯洛伐克超過 1/3 受訪者表示未使用任何避孕措施 (Inchley 等人，2020)。會員國之間避孕措施的取得、供應、可負擔性和問責制差異甚大。根據最新的歐洲避孕地圖 (2020) ([103])，只有 7 個會員國訂有全面的避孕政策 (比利時、德國、法國、盧森堡、荷蘭、葡萄牙和瑞典)。東歐會員國 (捷克、立陶宛、匈牙利、波蘭和斯洛伐克) 表現最差，然而只有波蘭在過去 4 年進一步管制了避孕資源的取得管道。但是應注意的是，取得避孕資源管道有限與生育率增加無關：避孕率最低的 10 個國家的生育率低於避孕措施率最高的 10 個國家。

圖 40. 歐盟各會員國女性使用任何避孕方法的估計盛行率 (%，15-49 歲，2020 年)



備註：目前正在使用任何避孕方法的育齡女性 (15-49 歲) 百分比聯合國經濟和社會事務部人口司 (2021)。採用模型計算的 2021 年計畫生育指標估計值和預測值、網站獲取的自定義資料

資料來源：聯合國資料庫，2020 年。

([103])歐洲避孕地圖 https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas 自 2017 年起由歐洲議會性與生殖權利論壇製作，該論壇是由歐洲各地議員組成的網路組織，致力於保護性權利和生殖權利。Atlas 使用紅綠燈的顏色，對 46 個歐洲國家的避孕用品、計畫生育諮商和線上資訊的存取情況進行分層。

女性和男性對於阻止性傳播疾病都扮演關鍵角色

避孕方法不僅有助於預防懷孕，而且保險套等屏障方法亦可限制性傳染病及性傳播感染擴散，進而使性行為更加安全。歐盟最常見的性傳播感染是披衣菌，在許多情況下，女性和男性都會發生無症狀的感染。因此，更安全的性行為習慣和檢驗是阻止披衣菌傳播的重要方式。24 歲以下女性的感染率最高 (ECDC，2020a)，但社會污名化可能導致年輕女性經常規避接受披衣菌檢測 (Balfe 等人，2010)。然而，瞭解男性的高風險行為，對於防止披衣菌傳播具有重要作用。一項針對接受性傳染病測試的瑞典年輕男性的研究揭示了各種性風險行為以及不同亞群不使用保險套的原因。整體而言，移民男性報告較多無保護性行為和較多的性伴侶人數；而與男性發生性行為的男性報告，較容易在脅迫下進行無保護性行為 (Helsing 等人，2021)。因此，單憑檢驗和較安全的性行為並無法預防披衣菌。預防政策亦需考慮外部因素，例如性別暴力及與性別相關的社會污名化。

根據 WHO (2016c) 和 ECDC (2019) 的資料，歐洲的淋病對常規抗生素的抗藥性越來越強。雖然這會增加所有人的健康風險，但仍必須注意對不同性別的影響。雖然不孕症是女性和男性未治療淋病感染的嚴重後果，但此疾病也與不良妊娠問題有關。淋病的母嬰傳播可導致新生兒失明 (WHO，2016b)。由於淋病大多無症狀 (尤其是女性)，因此應篩檢確診患者的女性伴侶。預防工作也應包括男女保險套的供應 (Ndowa 等人，2012)。

跨領域研究得出適用於特定情境的縝密證據，可用於改善性與生殖健康及權利 (SRHR) 政策，同時考慮到全球、區域和地方的多樣性。例如，就人類免疫缺乏病毒而言，此類研究有助於政策制定者超越個別關注焦點，進而考慮人類免疫缺乏病毒感染的多重根本原因，例如帶有偏見或性別盲目的醫療體系、預防計畫欠缺資金或設備不足等。諸如吸毒、貧困、健康素養偏低等共同因素，以及不同因素之間的關係都會影響健康不平等的狀態 (Hankivsky，2012)。

與 HIV 相關的性別不平等決定了預防措施的可及性和治療結果，對於女性和女童尤其如此。年齡較小、懷孕、性別暴力、交通不便、財務資源匱乏，以及缺乏身體自主權等因素，都會使女性和女童面臨人類免疫缺乏病毒風險 (Ghanotakis 等人，2012；UNFPA，2021)。基層醫療服務不僅必須因應人類免疫缺乏病毒的影響，也應開始解決人類免疫缺乏病毒的潛在性別化問題，以利對不同群體採用更有效的處遇。例如，人類免疫缺乏病毒預防措施主要是針對男男性行為者設計，然而有 30-40% 的新病例是被女性感染的異性戀男性 (Weber 和 Castellow，2012)。

雖然男性之間的性行為是歐盟人類免疫缺乏病毒傳播的主要驅動因素，但整體而言，異性戀人類免疫缺乏病毒傳播是第二常見的模式。在愛沙尼亞、法國、義大利、拉脫維亞、盧森堡、葡萄牙、羅馬尼亞、芬蘭和瑞典等 9 個會員國的新感染病例最多 (ECDC/WHO，2019)。由此可見，所有性取向的女性和男性都必須列為人類免疫缺乏病毒的衛教宣導對象，與性傳播感染和性傳染病相關的其他處遇和政策也是如此。ECDC 持續倡導記錄性別、年齡、HIV 感染狀況和其他特徵，取得更理想的資料，以利因應歐盟的性傳播感染和性傳染病 (ECDC，2021)。

歐盟各地的墮胎、懷孕和孕產婦照護差異

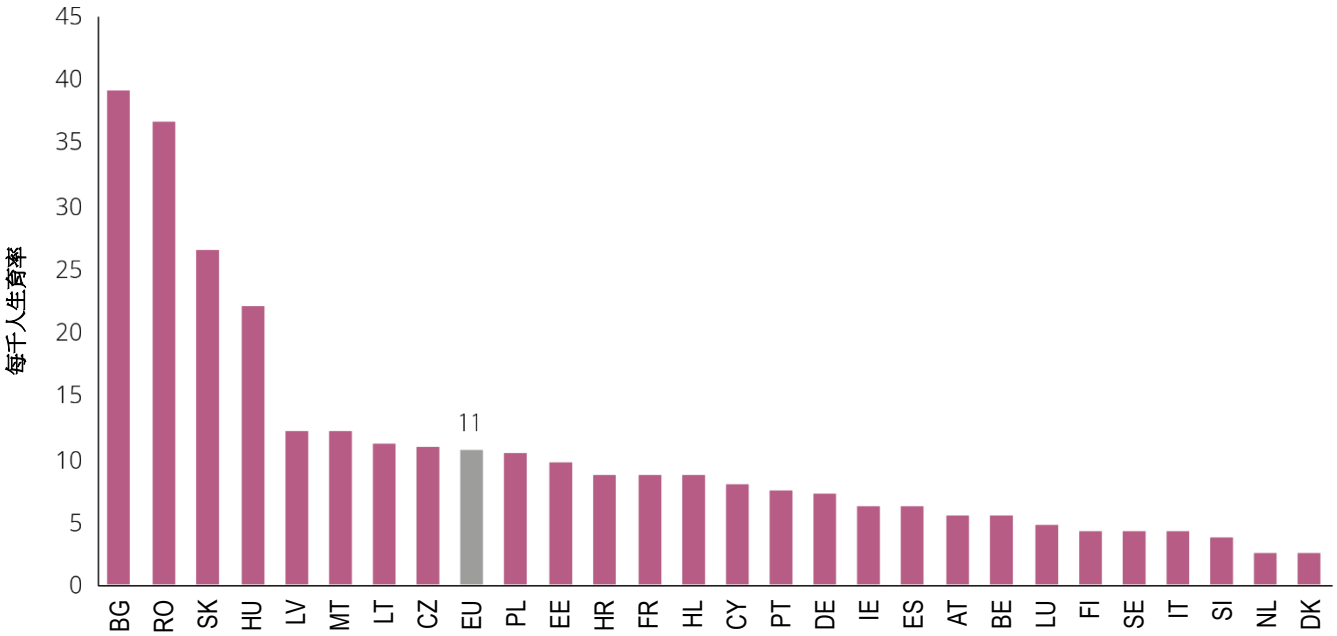
估計顯示，全球幾乎半數 (48%) 的懷孕皆是非預期後果 (Bearak 等人，2020)。這表示墮胎服務和照護是公共衛生的重要環節，可確保女性和女童具有高品質的性與生殖健康 (WHO，2012)。單憑手術的醫療安全性，並無法保障墮胎女性和女童的身心健康。

唯有在不受刑事或法律制裁、污名化、壓力或孤立風險的情況下，人們才認為墮胎是安全的 (Starrs 等人，2018)。關於墮胎服務管道的法律和政策，以及對服務使用者生殖健康的影響，在歐洲各地差異甚大。雖然歐盟各地對合法墮胎的限制不同，但除了一個會員國外，其餘所有會員國都允許在特定條件下從事此行為。馬爾他禁止所有墮胎行為 (IPPF，2019)。

比利時、德國、愛爾蘭、西班牙、義大利、拉脫維亞、盧森堡、匈牙利、荷蘭、葡萄牙、斯洛伐克等 11 個會員國規定一段強制性的等待期。比利時、德國、義大利、立陶宛、匈牙利、荷蘭和斯洛伐克規定墮胎前必須進行諮詢。唯一不需要第三方同意 (例如父母同意) 即可對未成年兒童施行墮胎的國家是比利時、愛爾蘭、荷蘭、葡萄牙和芬蘭 (IPPF，2019)。法律規定可能發生雙向的變化：愛爾蘭近期採取較自由的墮胎政策 (UNFPA，2021)，而波蘭在 2020 年進一步緊縮原已十分嚴格的墮胎法令。整體而言，東歐會員國的意外懷孕最多，當地 66% 的意外懷孕以流產告終 (Bearak 等人，2020)。他們在避孕地圖 (2020) 中的排名也很低，顯示性與生殖健康及權利 (SRHR) 政策不足的情況。根據世界衛生組織最新的可用資料 (2015-17) ([104])，歐盟中墮胎最少的地區是墮胎法規最嚴格的會員國：愛爾蘭 ([105])、馬爾他和波蘭。

最後，許多人工流產是在未登記的情況下完成，且可能由醫務人員或完全在醫療體系之外進行，因此 2010 年至 2014 年間歐洲地區有 11% 的人工流產經認定為不安全 (Ganatra 等人，2017)。同一項研究也發現，相較於法律限制較少的國家，墮胎法律和政策較嚴格的國家不安全墮胎比例更高。

圖 41. 歐盟會員國的青少年生育率 (每 1,000 人，15-19 歲，2018 年)



資料來源：聯合國永續發展目標 3.7.2.，https://unstats.un.org/sdgs/unsdg (2018 年)。

([104])世界衛生組織，歐洲健康資訊門戶，https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#cyDZ8PKNUc (2018 年)。
([105])愛爾蘭 (2018) 墮胎法令的最新變化尚未反映在資料中。

性教育對於預防青春期意外懷孕至關重要。年輕人需要接受全面的性教育，以瞭解並行使他們的健康、福祉和尊嚴權。在各會員國取得性與關係教育的機會各不相同 (EIGE，2020a)。德國聯邦健康教育中心 (BZgA) ([106]) 在 2010 年制定適用於歐洲的性教育標準，決策者、教育和衛生主管機關以及專家的參考綱領 (WHO 歐洲區域辦事處和 BZgA，2010)。2018 年進行的一項評估 (BZgA 和 IPPF EN，2018) 發現，歐盟國家之間和各國境內的性教育實施情況差異甚大。雖然大多數會員國 (保加利亞、義大利、賽普勒斯、立陶宛、波蘭和羅馬尼亞除外) 的性教育具有強制性質，但允許基於信仰和道德理由給予豁免 (EIGE，2020a)。不適當的性教育及缺乏取得避孕措施的管道等因素，都可能導致青少年生育率提高。在歐盟，此群體生育率以東歐會員國為最高，其中保加利亞、匈牙利、羅馬尼亞和斯洛伐克的出生率是歐盟平均水準的 2 倍有餘 (圖 41)。這些國家的性教育為選修性質，學生在學校開始瞭解性健康問題的時間，也晚於其他會員國的同齡群體(Picken，2020)。

孕產婦照護的不平等持續發生，其中移民受影響尤甚

雖然歐盟的孕產婦和兒童死亡率持續穩定下降，但懷孕仍然存在健康風險 (WHO，2017)。某些健康相關病況僅在懷孕期間或之後發生，必須從性別知情 (gender-informed) 的角度進行評估。長期以來，學者和醫師都忽視了產前和產後的若干健康相關病況，而這些領域中的照護品質有待改進。例如妊娠劇吐或慢性孕吐影響約 2-4% 的懷孕，且可能造成致命後果 (McCarthy 等人，2014)。然而醫療專業人員經常未能辨識這類問題，並將其歸類為女性患者想像或誇大的現象 (Jansen 等人，2020)。同樣，分娩期間暴力 (又稱產科暴力) 對歐盟的孕產婦健康構成威脅 ([107])。

聯合國兒童基金會資料顯示，2017 年 27 個會員國的孕產婦死亡率 (以每 10 萬活產分娩為單位) 介於義大利和波蘭的 2 到拉脫維亞和羅馬尼亞的 19 不等。在移民、難民、尋求庇護者、身心障礙女性、囚犯和販運受害者等邊緣化和弱勢群體中，孕產婦死亡率和照護資源不平等程度更高。歐盟孕產婦醫療服務和助產服務的取得管道受到衛生體系、法律、政策、社經因素、醫療照護專業人員以及使用者態度之間交互作用的影響。

在歐盟只有 11 個會員國 (比利時、德國、愛沙尼亞、希臘、西班牙、法國、義大利、荷蘭、葡萄牙、羅馬尼亞和瑞典) 訂有法律，規定為無證移民提供免費或補貼的孕產婦照護 (Center For Reproductive Rights，2020)。然而，各國未必會自動實施法律綱領。希臘、西班牙和義大利接收超過半數的地中海移民，雖然現行政策允許提供醫療資源，但仍不利於有證和無證移民的孕產婦健康結果 (Grotti 等人，2018)。在德國、克羅埃西亞、斯洛維尼亞和瑞典，懷孕的無證移民擔心在尋求醫療協助時會被驅逐出境，因為這些國家的醫護人員必須通報患者的移民身份 (Make Mothers Matter，將於 2022 年出版)。但是，不僅是無證移民較難取得孕

([106])自 2003 年以來，BZgA 已獲指定為 WHO 性與生殖健康協同合作中心。BZgA 與 IPPF EN 具有密切的合作關係。

([107])欲瞭解更多資訊，請見歐盟性別平等與健康報告的第 3.2.2 節，其中詳述歐盟的產科暴力情況，https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5b59409f -56e4-11eb-b59f-01aa75ed71a1。

產照護資源，外籍勞工的簽證狀態也決定了他們獲取性與生殖健康及權利 (SRHR) 的機會。在某些會員國，從事保母工作的女性必須未婚且沒有子女，這是取得簽證的先決條件。互惠生 (Au pair) 一旦懷孕，實際上將被撤銷居留許可，因此也就喪失醫療照護的使用權利 (PICUM，2016)。

相較於歐盟會員國的大多數族群，羅姆族女性取得孕產護理的管道也較不理想 (Franklin 等人，2021)。這一點尤其令人擔憂，因為大量羅姆族居住在孕產婦死亡率較高的會員國 (FRA，2016)。英國詳實記錄了其他涉及孕產婦死亡率的種族不平等現象，該國非裔母親分娩時死亡的機率是白人母親至少 4 倍，亞洲母親的這項機率則是白人母親的 2 倍 (MBRRACE-UK，2020)。

9.2.2. 新冠肺炎疫情加劇並導致健康不平等

2021 年夏季上旬，大多數歐盟國家都在對抗第三波新冠疫情，並積極推出大規模疫苗接種計畫。曾實施各種級別的管制措施，且已逐步解除。在撰寫本文時，歐盟通報超過 3,300 萬例確診數，以及至少 73 萬例與新冠肺炎相關的直接死亡 ([108])。法國、德國、義大利、西班牙和波蘭的病例數最多：從波蘭的近 300 萬到法國的超過 570 萬 ([109])。若以大約 7% 歐盟總人口的感染率來計算，人口較少的國家 (捷克、斯洛伐克、斯洛維尼亞和盧森堡) 病例比例最高，從盧森堡的 11% 到捷克的 16% ([110])。在一年多的時間內，如此驚人的生命損失，以及出現如此眾多遭受新冠肺炎長期影響的人口，其後果將在未來數年內逐漸明顯。

這種流行病對歐盟各地的長期影響呈現極度不均的情形。在 2020 年春季的第一波疫情中，西歐和南歐會員國比中歐國家受到更大影響。相較之下，第二波和第三波疫情使波羅的海國家、捷克、波蘭和羅馬尼亞等中歐和東歐國家受到更大影響 (OECD/歐盟，2020)。

疫情對於不同群體的影響和程度不一，此取決於多種因素，包括暴露病毒的程度和原先的健康狀態。例如 Bambra 等許多作者(2020b) 指出，新冠肺炎感染率和死亡率的差異突顯既存的社經不平等，以及各群體慢性病的負擔不平等情況。有些作者將現況描述為一種「共病 (syndemic)」：在社經條件差異顯著的背景下，疫情和非傳染性疾病的交互作用加劇彼此的影響，導致群體大部分成員面臨不利結果 (Bambra 等人，2020b；Horton，2020)。

本節介紹疫情期間蒐集的死亡率、發病率、疫苗接種和疫苗猶豫的相關資料，並且從性別的角度分析疫情對健康造成的 3 項具體影響：心理健康不良、性別暴力增加以及在危機中提供性與生殖健康 (SRH) 服務。

新冠肺炎對男性較為致命，而女性較可能受「新冠肺炎長期症狀 (long COVID)」影響

各國提供資料的情況截然不同，例如各國接受測試的人數差異甚大。部分國家對個人進行多次檢驗並提供檢驗次數統計資料，部分國家提供檢驗人數統計資料，而其餘國家僅對重病或住院患者進行檢驗 (Rozenberg 等人，2020)。此外，有關檢驗、盛行

([108])歐洲疾病預防和控制中心 (ECDC) 新冠肺炎監測更新資訊，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea，資料存取於 2021 年 7 月 7 日。

([109])歐洲疾病預防和控制中心 (ECDC) 新冠肺炎監測更新資訊，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea，資料存取於 2021 年 7 月 7 日。

([110])作者根據 ECDC 每日資料進行的闡述，https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea，資料存取於 2021 年 5 月 19 日；並以 2020 年人口資料為準。

率和死亡率的資料未必按性別區分，有證據顯示報告各種性別長期資料的國家數量並未增加，甚至有所減少 ([111])。根據「全球健康 50/50 計畫 (Global Health 50/50 initiative)」追蹤 119 國各種性別的新冠肺炎資料，最常通報的資料與確診病例 (68%的國家) 及死亡人數 (55%的國家) 有關 (Global Health 50/50，2020)。

在疫情初期，女性比男性較可能接受檢驗，因為醫護和居家照顧工作者被安排優先受測：這兩類族群主要由女性組成。在撰寫本文時，所有會員國都無法取得按性別和年齡區分的新冠肺炎病例資料，導致難以對疫情死亡人數進行完備的性別分析。

男性更可能發生嚴重後果

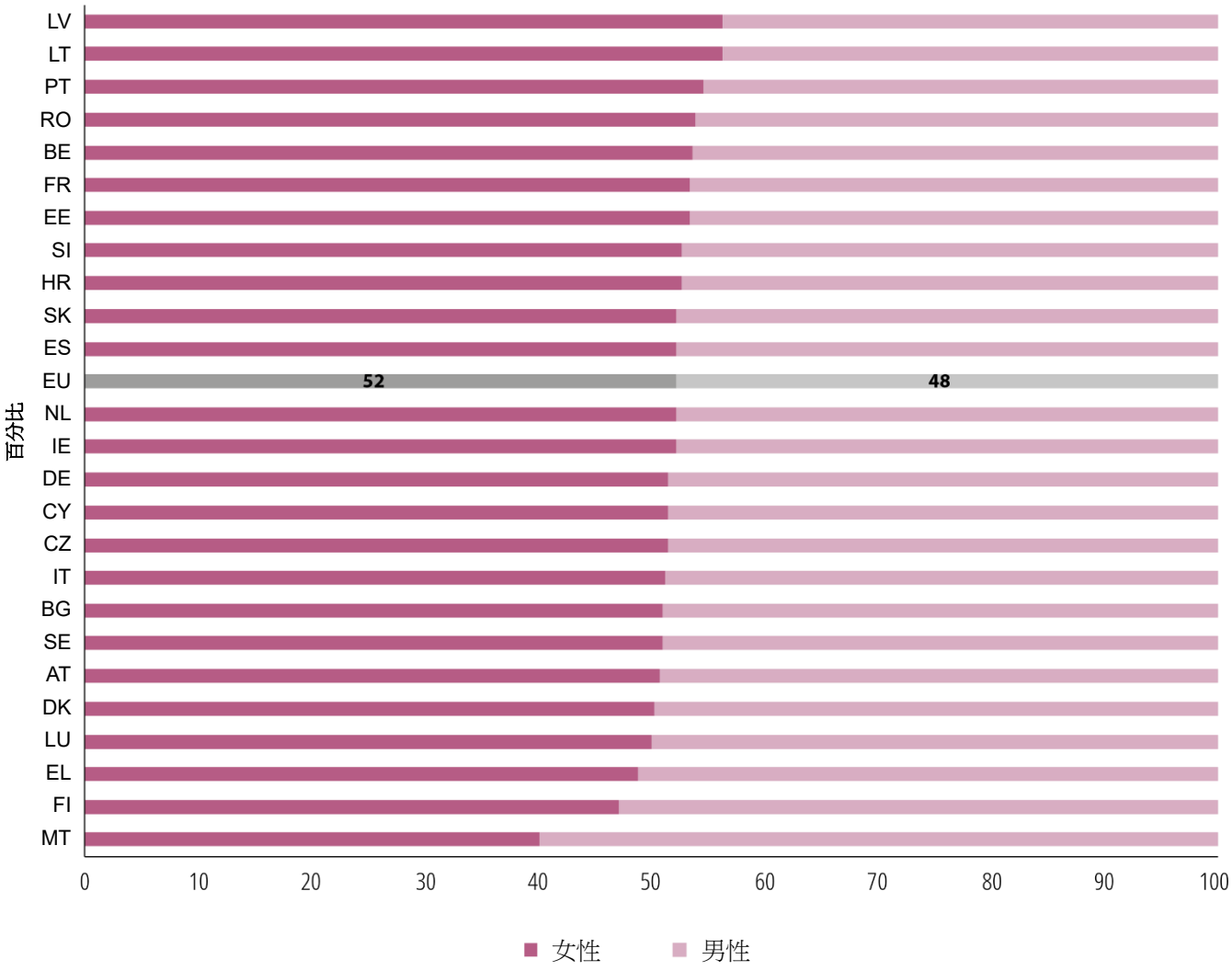
在疫情早期，歐盟國家的女性和男性的整體感染率呈現相當 (Rozenberg 等人，2020)。同樣，在撰寫本文時，在可取得資料的歐盟國家所有案例中，女性僅略多於半數 (52%) (圖 42)。只有 3 個會員國 (希臘、馬爾他和芬蘭) 的男性新冠肺炎感染率較高。

如果將年齡考慮在內，病例數量會顯示較大的性別差異。一項針對歐盟 7 個會員國在內的 10 個歐洲國家的研究 ([112]) 發現，在工作年齡 (即直到 60 歲左右) 的群體中，女性感染人數遠超過男性；在較高齡群體中，男性感染更為常見。男性感染率最高的年齡層在 70 至 79 歲之間。女性感染率較高可能是由於她們從事照顧工作，尤其是任職於醫護產業所致 (Tomáš Sobotka 等人，2020)。此現象與報告發現一致，即惡劣的工作條件 (包括缺乏適當的職業健康安全措施及工作不穩定的情況) 導致以女性為主的第一線部門感染率偏高 (OECD，2020b；Pelling，2021；Shallcross 等人，2021)。

([111])依性別分類的新冠肺炎資料追蹤工具：4 月更新報告，全球健康 50/50，https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/April-2021-Data-tracker-update.pdf。

([112])比利時、捷克、丹麥、德國、義大利、挪威、葡萄牙、西班牙。

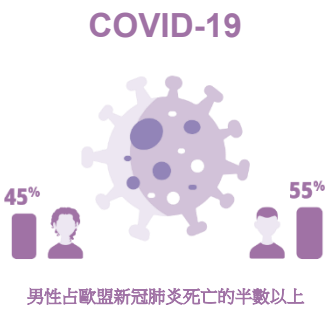
圖 42. 歐盟新冠肺炎病例人數，按性別和會員國區分 (%，2021 年 6 月)



資料來源：性、性別和新冠肺炎專案、全球健康 50/50、非洲人口與健康研究中心和國際女性研究中心。EU：作者的闡述 (BG、CY、HR、MT 無可用資料)。更新於 2021 年 6 月 21 日。資料擷取於 2021 年 6 月 25 日。

有證據顯示，男性較女性更可能因新冠肺炎併發症而患重症或死亡 ([113])，這方面的性別差異通常甚大 (Parra-Bracamonte 等人，2020；Rozenberg 等人，2020)。2020 年春季，歐洲男性與新冠肺炎感染相關的死亡率明顯高於歐洲女性 (Pérez-López 等人，2020)。男性在確診新冠肺炎和入住重症加護病房後 30 天內的全因死亡率也較高 (Kragholm 等人，2020)。

在全球，2021 年 4 月的「全球健康 50/50 (Global Health 50/50)」資料顯示健康結果存在明顯的性別差異。雖然女性較可能接受檢驗 (女性占新冠肺炎檢驗總數的 57%) 但女性和男性受到的影響程度相似。在全球確診病例中，女性占 51%，男性占 49% ([114])。



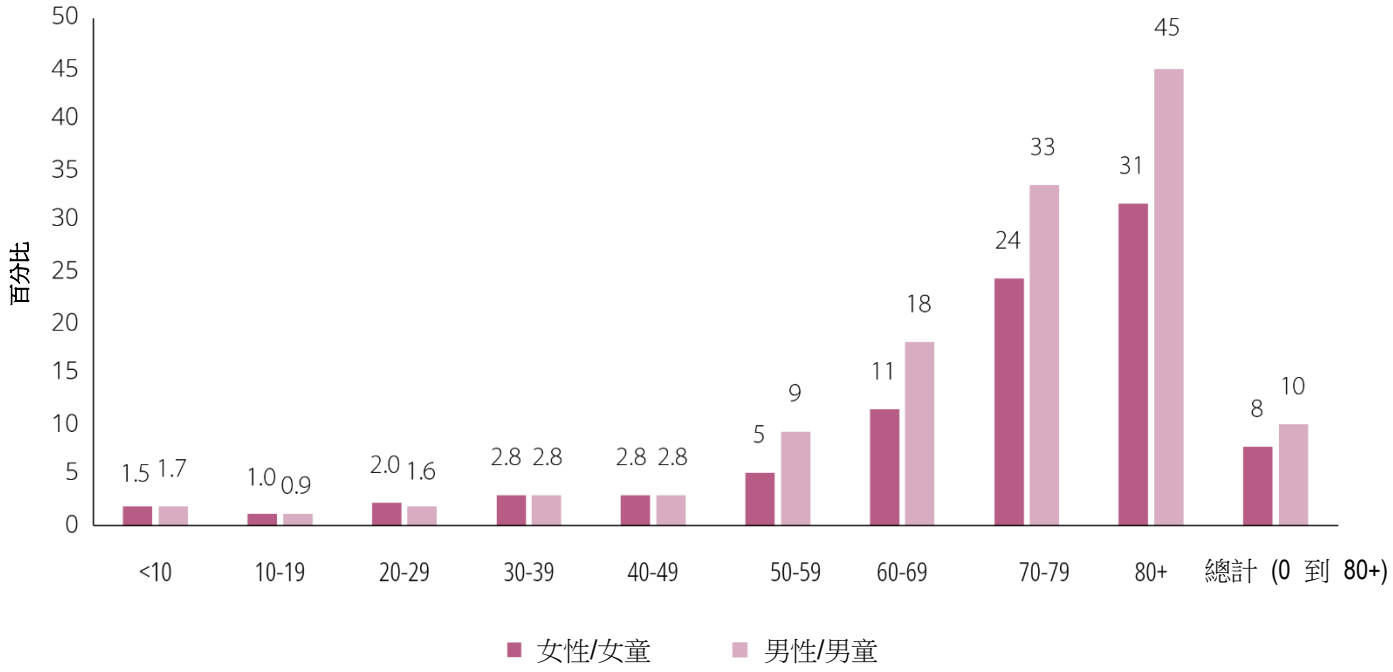
([113])此結果與其他傳染病的研究發現一致，即男性感染性敗血症的死亡率比女性高 70%。男性死於嚴重急性呼吸系統症候群 (SARS) 和中東呼吸症候群 (MERS) 的可能性也高於女性 (21.9 % 對 13.2 %) (Rozenberg 等人，2020)。

([114])依性別分類的新冠肺炎資料追蹤工具：4 月更新報告，全球健康 50/50，https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en。

然而，男性較可能住院和入住重症加護病房 (占住院患者的 53%及需要重症加護患者的 64%)。

ECDC 的 10 個歐盟會員國統計資料反映類似趨勢，即男性因新冠肺炎而患重症 (以住院需求衡量) 和死亡的風險較高，且性別差異隨著年齡而增加 (圖 43)。整體而言，在感染新冠肺炎的患者中，8% 的女性和 10% 的男性需住院治療；然而，在感染新冠肺炎的 70-79 歲群體中，有 24% 的女性和 33% 的男性住院。在 80 歲以上的患者中，女性住院率為 31%，男性為 45%。

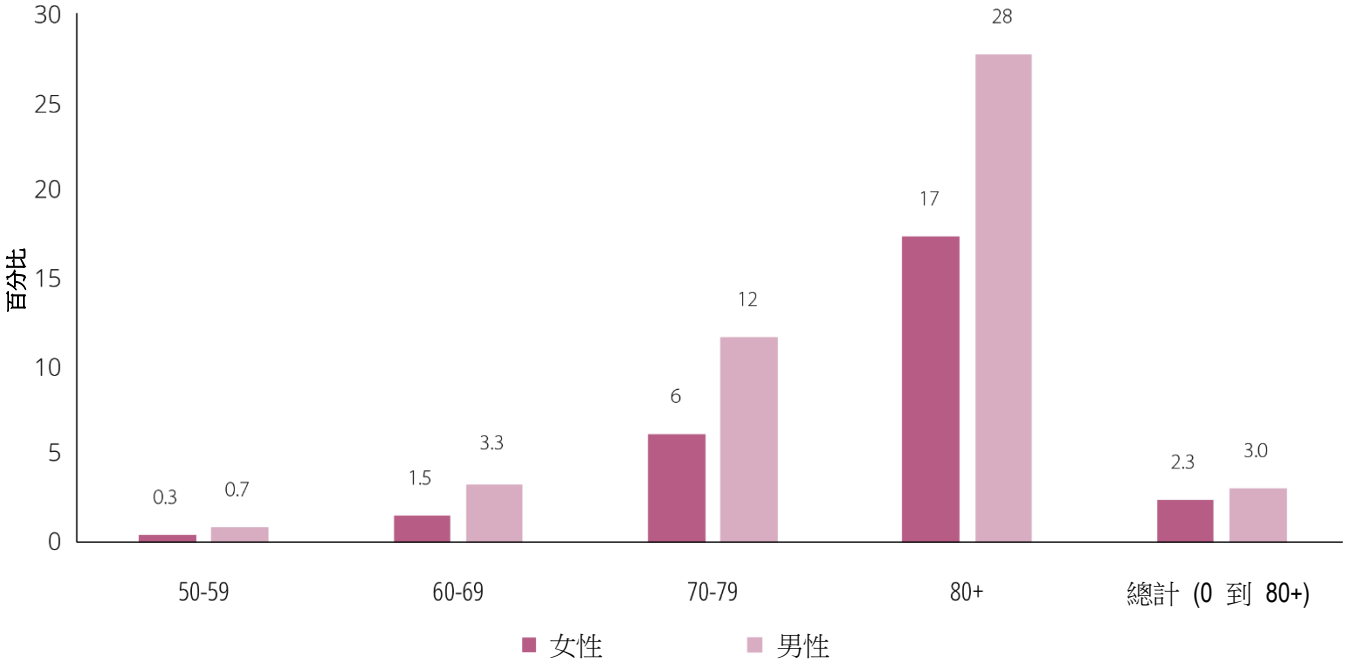
圖 43. 截至 2021 年第 23 週，所有病例中按年齡和性別區分的住院率 (%，10 個歐盟會員國)



資料來源：ECDC、10 個歐盟會員國 (CZ、DE、IT、CY、LU、MT、AT、PL、SK、FI 和 SE) 的資料。資料擷取於 2021 年 6 月 17 日。

同樣，因新冠肺炎死亡的統計資料顯示，在依年齡和性別區分報告資料的 10 個歐盟會員國中，大約 2% 的新冠肺炎檢驗陽性的女性和女童病歿，男童和男性則為 3%。依年齡群體分類顯示，70-79 歲患者 (女性為 6%，男性為 12%) 和 80 歲以上患者 (女性死亡率為 17%，男性為 28%) 的整體死亡率和性別差異遠高於其他年齡層 (圖 44)。

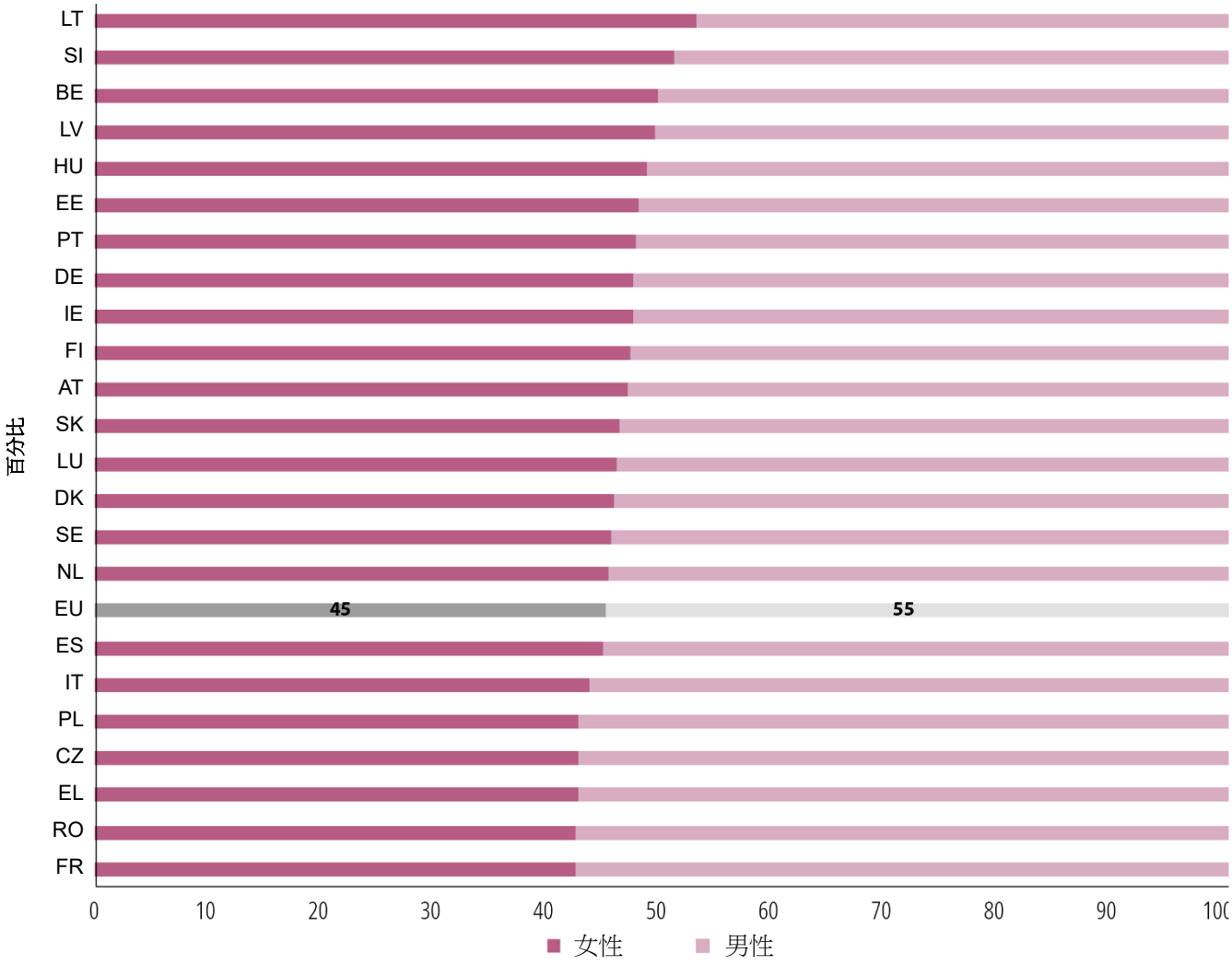
圖 44. 截至 2021 年第 23 週，所有病例中按年齡和性別區分的死亡率 (%，10 個歐盟會員國)



資料來源：ECDC、10 個歐盟會員國 (CZ、DE、IT、CY、LU、MT、AT、PL、SK、FI 和 SE) 的資料。資料擷取於 2021 年 6 月 17 日。

整體而言，歐盟男性占新冠肺炎死亡人數的 55%。在幾乎所有可取得資料的歐盟國家中，除立陶宛和斯洛維尼亞外，皆面臨較高的死亡風險。

圖 45. 歐盟新冠肺炎死亡人數，按性別和會員國區分 (%，2021 年 4 月)



資料來源：性、性別和新冠肺炎專案、全球健康 50/50、非洲人口與健康研究中心和國際女性研究中心。EU：作者的闡述 (BG、CY、HR、MT 無可用資料)。更新於 2021 年 6 月 21 日。資料擷取於 2021 年 6 月 25 日。

圖 44 列出各群體的死亡率，即死亡人數除以新冠肺炎確診病例數。此資料可顯示不同群體感染的嚴重程度，但由於病例數和死亡人數皆可能低估 (例如由於檢驗不足) 因此仍可能產生誤導。有研究建議死亡率 (圖 44) 和新冠肺炎死亡數據 (圖 45) 應連同超額死亡率一併解讀，據此得出最準確的死亡人數 (Hantrais，2021；Islam 等人，2021)。

在歐盟，2020/2021 年男性平均每週死亡率較往年高 17%，女性則高出 14% (圖 46)。2020/2021 年男性的超額死亡率在捷克、波蘭和斯洛伐克最高，分別為 30%、26% 和 25%。相同的 3 個國家也具有歐盟最高的女性超額死亡率，分別為 22%、22% 和 23% (圖 46)。

這些發現證實世界衛生組織的資料，亦即登記在案的新冠肺炎死亡人數分析低估了疫情的總死亡人數 ([115])。對 29 個高收入國家進行類似分析，得出結論為：超額死亡率 (excess mortality) 估計值大幅超過許多國家報告的新冠肺炎死亡人數。男性超額死亡率 (每 10 萬人) 最高的是匈牙利、義大利、立陶宛、波蘭和西班牙；女性這項比例最高的是比利時、匈牙利、立陶宛、斯洛維尼亞和西班牙 (Islam 等人，2021)。

新冠肺炎疫情對療養院住民造成特別慘重的影響。Miralles 等人(2021) 發現，6 個歐盟國家療養院的新冠肺炎死亡率最高，介於 26% 到 66% 不等。嚴重新冠肺炎感染和相關死亡率的性別差異通常可歸因於共病症、行為習慣和生物學因素，包括免疫系統的差異 (Kragholm 等人，2020；Rozenberg 等人，2020)。吸菸等健康行為以及男性較常見的心血管疾病、高血壓和糖尿病等共病症，皆與新冠肺炎死亡率增加有關。這可能是部分性別差異的成因 (Franklin 等人，2021；OECD，2020a；Rozenberg 等人，2020)。有證據顯示，女性比男性較可能遵循手部衛生習慣 (Baker，2019)、遵守社交距離和其他公共衛生建議，例如戴口罩 (Capraro 和 Barcelo，2020；Galasso 等人，2020)，並尋求預防保健 (Sharma 等人，2020)，這些做法都可以降低感染率並改善健康結果。

圖 46. 與 2016-2019 年相較，2020-2021 年按性別和歐盟會員國區分的死亡率過高 (總人口百分比，最新可用資料)



備註：超額死亡率是相較於基準點期間的單週新增死亡人數 (2020-2021 年平均值)，以百分比表示。基準點為 2016-2019 年平均單週死亡人數。此數值相較於基準點越高，就表示額外死亡人數越多。(1) 2021 年可取得資料的最後一週。EU 使用第 4 週計算，適用於所有會員國。*僅包含 26 個會員國 (IE 資料無法取得)。資料詳載於附件 4 的 表 20。

資料來源：作者根據歐盟統計局每週各性別死亡人數計算，https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/demo_r_mwk_ts，資料擷取於 2021 年 4 月 27 日 (2021 年臨時資料)。

([115])新冠肺炎的真實死亡人數：全球超額死亡率估計值，https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality。

若要瞭解疫情的全面影響，除了性別與年齡之外，也必須分析其他受影響最大的群體。

性別與職業、年齡、移民狀態等因素交織作用，進而提高感染風險

新冠肺炎爆發導致了轉向遠距工作的空前趨勢，此舉措目的在於減緩病毒傳播 (ILO，2020)。然而，並非所有員工都能平等使用遠端辦公設備。能夠遵守「待在家中」命令的員工，與仍需親自到場工作的員工，兩者之間存在關鍵的性別差異 (EIGE，2021c)。歐盟的大多數政府都制定了公認「重大」、「必要」或「關鍵」的職業清單 (EIGE，2021c)。在大多數情況下，這些職業涉及公認對國家社經運作不可或缺且無法遠端執行的職務。這些工作主要在醫療照護、受害者支援服務、執法、教育、農產工業、超市、藥房和銀行。

女性在必要工作者 (essential workers) 中的比率過高。歐盟統計局的資料顯示，歐盟國家女性占歐洲個人照顧工作者的 88%、清潔工和幫傭的 84%、教育工作者的 73% 和衛生專業人員的 72% ([116])。Fasani 和 Mazza (2020) 估計，移民勞工占所有必要勞工的 13%，且在某些低度技能的必要工作中比例也過高，例如個人看護、司機、運輸和倉儲工人以及食品加工員。正如國際移民組織所強調，在 2021 年 3 月 1 日統計新冠肺炎感染人數最多的某些歐盟國家境內，也具有最多外國出生的醫護工作者，其分別是捷克、德國、西班牙、法國和義大利 ([117])。

第一線防疫工作人員可能更頻繁與公眾接觸，包括可能的感染者 (OECD，2020b；Pelling，2021；Shallcross 等人，2021)。這既增加他們感染的風險，也放大其所承受的生理和心理壓力 (King 等人，2020)。一項社交距離風險指數將住宿、食品服務、批發和零售貿易以及社會和個人服務認定為勞工面臨新冠肺炎暴露風險最大的產業，因他們必須經常進行人際溝通、團隊合作和客戶服務任務 (Pouliakas 和 Branka，2020)。其也估計，弱勢勞工群體，如女性、高齡僱員、外國人和低學歷者在工作中面臨感染風險的可能性更大。工作時間較長、在多個地點或在狹小工作場所工作的群體也面臨較高風險 (Pouliakas 和 Branka，2020)。

在德國、義大利、西班牙和美國，醫護工作人員約 70% 的確診感染發生於女性 (Rozenberg 等人，2020)。截至 2021 年 4 月，全球女性約占醫護人員新冠肺炎病例的 72% ([118])。EU-OSHA 的初步資料顯示，醫療和社會照護部門的社會心理風險急遽增加。勞動力短缺 (部分是因為醫護人員請病假或處於自我隔離狀態) 導致工作繁忙、工作日長、無法請假，以及持續難以平衡工作與生活 (EU-OSHA，即將發布，2022)。這些發現支持一項假設，即工作年齡女性的感染風險和心理社會風險較高與職業風險有所關聯 (Tomáš Sobotka 等人，2020)。

移民勞工 (尤其是女性) 特別容易感染新冠肺炎，因為她們在照護和家務工作中的比率過高，且社經地位較低。影響少數族裔和社經弱勢群體的結構性

([116])EIGE，新冠肺炎網頁，https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/essential-workers。資料取自 EU-LFS (2018 年)。

([117])國際移民組織，移民資料入口網站「新冠肺炎疫情相關移民資料」，https://migrationdataportal.org/themes/migration-data-relevant-covid-19-pandemic，資料存取於 2021 年 5 月 19 日。

([118])依性別分類的新冠肺炎資料追蹤工具：4 月更新報告，https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/April-2021-Data-tracker-update.pdf，全球健康 50/50。

不平等，進一步加劇工作中既有的感染風險，因為擁擠的住所和長時間的通勤，使維持物理距離和自我隔離變得困難 (Bhala 等人，2020)。

女性更容易罹患「長期新冠肺炎 (long COVID)」

新出現的證據顯示，大量新冠肺炎患者在感染病毒後數週甚至數月仍繼續出現症狀 (Dennis 等人，2020)。症狀的強度未必反映初始感染的嚴重程度。症狀可能持續存在、首次發生或惡化 (Gousseff 等人，2020)。雖然盛行率和風險因素尚不清楚，但這種稱為「長期新冠肺炎 (long COVID)」或「後新冠肺炎症候群 (post-COVID-19 syndrome)」的症狀會影響多重器官並導致糖尿病等長期健康問題 (Nalbandian 等人，2021) .

疫情發生 1 年多以來，對於長期新冠肺炎盛行率的估計值逐漸出爐，若干研究發現此現象可能在 14 週後影響半數的新冠肺炎倖存者 (Moreno-Pérez 等人，2021)，其中 3/4 的新冠肺炎患者在 6 個月後出現至少一種持續症狀 (Huang 等人，2021)。長期新冠肺炎已被稱為等待發生的重大公共衛生危機。英國國家統計局數據顯示，有 100 萬人在首次感染後 4 週出現自述症狀，而一年後仍有近 40 萬人通報症狀 (Ayoubkhani，2021)。處於工作年齡的女性、身心障礙者、貧窮地區居民和專業照護人員最可能受到長期新冠肺炎的影響 (Ayoubkhani，2021)。大多數受訪者表示，症狀會對他們的日常活動產生不利影響。

英國一項研究發現，50 歲以下女性自述從感染中完全康復的可能性，比男性和年長女性低 5 倍。她們報告較嚴重疲勞的機率是同齡男性 2 倍，報告呼吸急促的機率是同齡男性 7 倍，並且通常更容易遭遇困難或新的失能狀況。超過半數新冠肺炎患者表示在初始症狀發生 7 個月後仍未完全康復，其中年輕女性受影響最大。原先健康的個體更常發生長期結果 (Sigfrid 等人，2021)。

英國另一項研究強調，大多數住院患者在 5 個月後仍未完全康復，其中白人中年女性出現超過 9 種持續症狀 ([119])。

患者協會指出，健康和社會保護體系未充分認識與長期新冠肺炎相關的特定嚴重健康限制，在將長期新冠肺炎歸類為職業病的脈絡下尤其如此。

疫苗的接種和猶豫

在歐盟各國政府規劃的疫苗接種計畫中，醫護專業人員和最可能出現嚴重後果的年齡群體皆列為優先施打對象。來自不同國家的研究顯示，公眾廣泛支持這種方法 (Duch 等人，2021；Persad 等人，2021)，可能是認知到醫護人員扮演了關鍵的防疫角色。一般認為，高疫苗接種率是結束疫情的必要條件。對於高度優先群體的疫苗接種也是如此 (Zintel 等人，2021)。

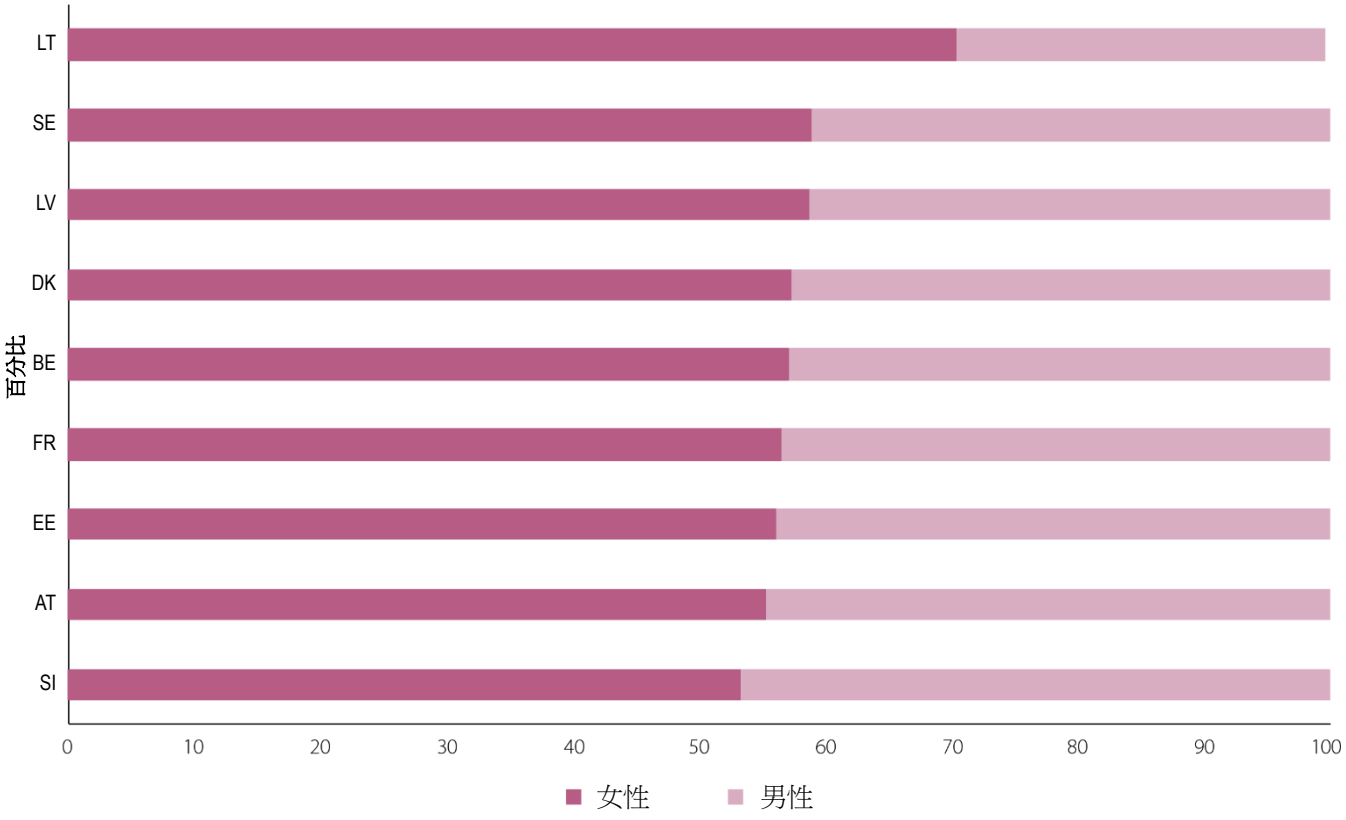
如前所述，根據年齡、共病症 (comorbidities) 和職業暴露等因素，即使僅在一定程度上，女性和男性受到感染的影響仍有不同。雖然工作年齡女性的感染人數超過男性，但死於新冠肺炎的男性更多。

([119])每位參與者平均報告 9 種持續症狀，例如肌肉疼痛、疲勞、睡眠品質減損和短期記憶喪失。

2021 年 1 月針對疫苗接種意圖性別差異的系統性回顧研究顯示，男性比女性較可能自述希望接種疫苗 (Zintel 等人，2021)。相較之下，2021 年 2 至 3 月 Eurofound 新冠肺炎電子問卷調查報告指出，29% 的男性受訪者皆有「疫苗猶豫 (vaccine hesitant)」心態，而女性受訪者的這一比例為 25% (Eurofound，2021c)。按國家區分的結果呈現顯著的東西方差異。大多數西歐會員國的疫苗接種意願高於 60%。東歐國家這項比例要低得多，介於羅馬尼亞的 59% 到保加利亞的 33%。這些數據顯示，歐盟 (尤其人口稀少地區) 的自雇者或失業者、病患或身心障礙者，以及使用社交媒體作為主要資訊來源或花費大量時間在社交媒體上者，都呈現出顯著的疫苗猶豫心態 (Eurofound，2021c)。歐盟民調處 2021 年 5 月的調查證實東西歐在疫苗猶豫方面的分歧：表示不想接種疫苗的受訪者比例介於保加利亞的 23% 到西班牙和葡萄牙的 4% 不等。然而性別落差很小：整體而言，歐盟 9% 的女性表示永遠不想接種疫苗，而 8% 的男性做出同樣的回覆 (歐盟執委會，2021e)。

就歐盟的實際接種情況而言，在 2021 年 6 月所有可取得資料的會員國中，女性比男性較可能完整接種疫苗 (圖 47)，在立陶宛占 70%，在瑞典和拉脫維亞占 59%，在比利時、丹麥和法國占 57%，在愛沙尼亞占 56%，在奧地利占 55%，在斯洛維尼亞占 53%。

圖 47. 完整接種新冠肺炎疫苗的成年人比例，按性別和歐盟會員國區分 (%，2021 年 6 月)



資料來源：性、性別和新冠肺炎專案、全球健康 50/50、非洲人口與健康研究中心和國際女性研究中心。EU：作者的闡述 (BG、CY、HR、MT 無可用資料)。更新於 2021 年 6 月 21 日。資料擷取於 2021 年 6 月 25 日。

疫情伴隨著心理健康的危機

正如指數領域章節所示，新冠肺炎疫情的全部影響仍在逐漸顯現，但初步調查結果顯示歐盟各地的社會和經濟後果嚴重不平等。壓力社會孤立、害怕自己和親人感染、喪親和經濟困難都是巨大的壓力源。這些後果對心理健康影響的證據逐漸浮現，不同群體的多種描述顯示出更多心理困擾跡象，如創傷後壓力症、自殺、飲食失調和倦怠。這些表現可能加劇既有的心理健康不良程度及其對特定性別的影響，如第 9.1.1 節所述。本節主要關注公眾和醫護專業人員的心理健康。

心理健康水準處於疫情爆發以來的最低點

疫情的封城措施導致孤獨感增加，已成為全球主要的公共衛生問題。在疫情之前和疫情期間，風險最高的群體幾乎相同：年輕人、女性、學歷或收入較低者、失業者、獨居者以及城市居民 (Bu 等人，2020)。

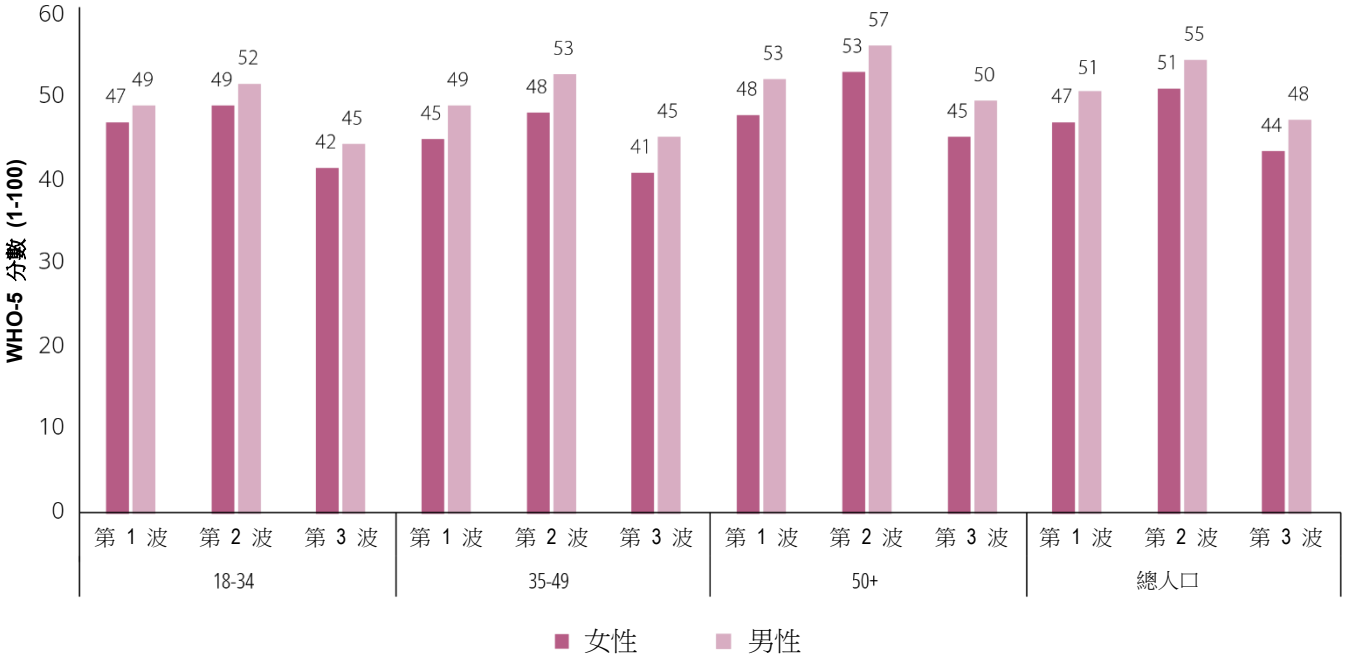
眾所週知，封城和其他社交距離措施對從事體能活動的機會產生重大影響，如第 9.1.2 節所述。一項關於英國成年人社交距離的研究發現，有運動習慣的人整體心理健康狀態較佳，亦即憂鬱和焦慮症狀更少，具有更良好的心理福祉 (Jacob 等人，2020)。

在義大利，疫情期間所有年齡群體的總體能活動量都顯著減少，尤其是男性。體力活動總量的下降對心理健康和幸福感產生了深遠的負面影響 (Maugeri 等人，2020)。

Eurofound 近期對新冠肺炎影響的一項調查測量三波疫情的心理健康水準：2020 年 4 月、2020 年 7 月和 2021 年 2 至 3 月 (Eurofound，2021c)。使用 WHO-5 衡量的女性、男性以及所有年齡群體的心理健康狀態均顯著低於 2016 年 (圖 29 和 圖 30)。雖然因為採用不同方法得出的結果無法直接比較，但其確實顯示歐盟的心理健康狀態令人擔憂，大部分人口有患憂鬱症的風險 (圖 48)。

平均而言，雖然疫情早期有所改善，但在 2020 年夏季和 2021 年春季的第 2 輪和第 3 輪電子問卷調查之間，歐盟各地 27 國的心理健康狀態有所下降。在三波疫情浪潮中，女性的心理健康狀態始終較低 (圖 48)，第三波的最低水準是 18-34 歲 (42 分) 和 35-49 歲 (41 分) 的女性。這可能是由於社交隔離、學校關閉或行動限制導致的無償工作量增加 (EIGE，2021c)。正如在時間領域的章節所強調，當支持服務和社會網絡被嚴重破壞時，有照顧責任的人，尤其是單親父母，在平衡有償和無償工作的需求方面面臨著嚴重的緊張局勢。

圖 48. 各年齡群體在 2020 年 4 月/5 月 (第 1 波)、2020 年 6 月/7 月 (第 2 波) 和 2021 年 2 月/3 月 (第 3 波) 的自述心理健康指數，採用 WHO-5 分數表示 (在滿分 100 中的得分，歐盟)



資料來源：Eurofound (2020)，「生活、工作和新冠肺炎資料」，https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19，都柏林

備註：資料顯示歐盟 27 國受訪者回答問題時的平均值。WHO-5 是 WHO 的心理健康指數，量表分數介於 0-100。WHO-5 得分 50 以下者即視為有患憂鬱症的風險。

第 3 輪電子問卷調查發現，50 歲以上群體較年輕人的心理健康得分更高。然而，從 2020 年夏季到 2021 年春季，此年長群體的平均心理健康狀態也呈現大幅下降。

Eurofound (2021c) 強調，在 2021 年春季，歐盟大多數社會群體的負面情緒整體增加，包括緊張、焦慮、孤獨和憂鬱。此情形在年輕男性和女性中增加了 13 個百分點。50 歲以上女性的孤獨感躍升幅度最大，相較於 2020 年夏季的調查結果增加了 13 個百分點。研究結果也顯示，年輕女性既有的焦慮和憂鬱症程度有所增加 (見第 9.1.1 節)，包括因飲食失調轉診到醫院的人數激增 (Solmi 等人，2021)。Almeida 等人 (2020) 發現孕婦、產後或流產婦女在疫情期間較可能承受心理健康問題。這些關於心理福祉的陳述令人震驚 (尤其在年輕人中)，且可能導致更多人訴諸濫用藥物等不健康的應對機制，而這在年輕人中已經很普遍。研究也警告，危機對心理健康的影響可能會持續很長時間，在疫情消退後才會達到高峰值 (Costanza 等人，2020；歐盟執委會，2021h；Meherali 等人，2021；Standish，2021)。

照護人員面臨嚴重心理困擾

越來越多證據顯示，疫情對第一線工作人員，尤其是照護產業的從業人員造成巨大的心理健康損失。學者們指出，即使在正常情況下，醫護工作者就已面臨較高的心理健康不良風險。這種風險會隨若干因素升高，包括新冠肺炎、衛生體系防疫準備不足的壓力 (Mortier 等人，2021)、因被迫選擇優先照護對象和目睹患者受苦或死亡而心理創傷 (Greenberg 等人，2020)、休息不足和過度勞累，以及懼怕感染或傳染他人。

心理症狀包括高度壓力、憂鬱、焦慮和失眠。醫護人員與直接接觸受影響患者的工作者都報告了創傷後壓力症和心理困擾 (Kisely 等人，2020)。系統性的文獻回顧顯示，第一線醫護人員與既存心理健康疾病的患者，較其他人面臨更高的心理健康不良風險 (Bekele 和 Hajure，2021)。

在西班牙，衛生體系在第一波疫情期間承受巨大壓力，30 天資料顯示大約 8% 的醫院員工 (主要是男性) 有自殺意念和行為 (Mortier 等人，2021)。來自法國的證據顯示，社會照護部門有半數員工因面臨居民死亡而經歷創傷後壓力症 (EU-OSHA，預計於 2022 發布)。

由於醫療領域的從業人員流失 (尤其是女性占主導地位的職業)，醫護從業人員經歷了更多的高度心理困擾。女性占護理師等基層職位醫務人員的大宗，而職業隔離是女性護理師離開該產業的關鍵原因之一 (WHO，2019c)。由於大量接觸染疫患者、社會支援體系較少，以及不同的應對機制等因素，女性比男性更容易因疫情而罹患創傷後壓力症 (Carmassi 等人，2020)。

根據國際護理協會 (ICN) 指出，全球護理人員在新冠疫情之前就已缺工，全球共計短缺 600 萬人，而疫情更是加劇了護理人員的流失。女護理師比男性更常通報職業危害，例如不合身的個人防護設備 (PPE) (Regenold 和 Vindrola-Padros，2021)。EU-OSHA 指出：「在 2020 年 4 月，幾乎半數護理人員沒有足夠的個人防護裝備，1/5 的護理人員考慮因缺乏個人防護裝備而辭職」(歐盟執委會，2021h)。在瑞典的調查顯示，7% 的護理師曾經考慮完全離開該產業 (ICN Policy Brief，2021)。在丹麥，一項針對區域和市政機關任職護理師的調查發現，88% 受訪者正在考慮尋找新工作，37% 的受訪者希望從事護理專業以外的工作 (DSR，2020)。國際護理協會認為，疫情引起的健康危機正在加劇護理師普遍經歷的性別不平等、性別暴力和社會污名化 (ICN，2021)。

性別暴力的疫情

2020 年初，全球 142 個國家/地區的政府實施封城措施 (Hale 和 Webster，2020)，導致全球親密關係暴力激增 (Graham-Harrison 等人，2020；WHO，2020b)，進而造成了「影子疫情 (shadow pandemic)」(聯合國女性署，2020)。強迫同居、經濟和勞力不穩定等因素，已知是與親密關係暴力增加有關的壓力源 (Buller 等人，2018；Buttell 和 Ferreira，2020；Jarnecke 和 Flanagan，2020)；這些因素在疫情之下變本加厲，再結合封城導致的心理困擾惡化 (SK Brooks 等人，2020 年；Gillespie 等人，2021)，導致親密關係暴力的風險增加 (Clemens 等人，2019；Curtis 等人，2019；Straus 和 Douglas，2019)。

例如在西班牙，封鎖 3 個月內的親密關係暴力發生率升高 24%。升高的可能原因包括封鎖措施本身，以及經濟壓力、健康問題、在壓力下工作、學校關閉和照護需求增加 (Arenas-Arroyo 等人，2020)。隔離措施產生的壓力源，以及在無處可逃的處境下被迫與攻擊者同住，會加劇伴侶成員之間的暴力衝突 (Hsu 和 Henke，2020 年；Hussein，2020)。正如暴力領域章節所述，封鎖管制導致求助更加困難，進而加劇緊張局勢，並導致暴力增加 (Hsu 和 Henke，2020)，包括殺害女性 (Townsend，2020；Vagianos，2020)。普遍認為，結束封鎖病不會減少親密關係暴力行為；隨之而來的經濟不穩定，極有可能加劇原已嚴重的暴力程度 (Arenas-Arroyo 等人，2020)。

研究人員也注意到，疫情導致新型態的控制手段逐漸浮現 (Peterman 等人，2020)。加害者會以「懼怕感染新冠肺炎」為藉口來控制伴侶的行動，並阻止伴侶聯繫支援網絡 (Gearing，2020) 以及接觸服務機構、家人或朋友 (Smyth 等人，2021)。這類持續的控制會破壞受害者的自主權，導致恐懼病喪失對自己生活的掌控權 (Weil，2020)。因此，許多親密關係暴力案件仍未通報 (聯合國女性署和 WHO，2020)。

封城措施可能加劇了針對身心障礙女性、女性遊民、無證移民或持臨時簽證移民、社經地位低下家庭、育有子女家庭和 LGBTIQ* 伴侶等弱勢群體的暴力風險 (Arenas-Arroyo 等人， 2020；De Schrijver 等人，2021；Flatau 等人，2020；Pleace 等人，2021；Segrave 和 Pfitzner，2020；Zero 和 Geary，2020)。雖然證據仍然稀少，但導致臨時庇護所關閉的封城措施可能使女性遊民面臨更大的暴力風險。即使在疫情之前，遊民收容所也無法完全解決性別暴力受害女性的複雜問題 (Bretherton 和 Mayock，2021)。已有更多證據證實新冠肺炎對性少數群體 (sexual minorities) 的影響 (ILGA Europe，2020；Phillips 等人，2020)。缺乏社會支援等壓力源 (Song 等人，2020)，尤其是未向家人告知自身性取向/性別認同，或所屬家庭反對其性取向或身份者 (ILGA Europe，2020)，可能會提高親密關係暴力的發生機率。比利時的研究顯示，在封城最初 6 週內，1/3 的 LGBTIQ* 群體在家中經歷特定形式的暴力 (De Schrijver 等人，2021)。

新冠肺炎對性與生殖健康的服務品質形成挑戰

越來越多證據顯示，疫情對女性、女童和其他邊緣化群體的性與生殖健康及權利 (SRHR) 造成嚴重影響。

由於馬爾他的墮胎禁令及防疫旅行限制阻止女性出國墮胎，導致馬爾他的墮胎藥進口量激增 (Caruana-Finkel，2020)。在疫情期間，波蘭通過了額外的限制性法令，而匈牙利是唯一公立醫院在疫情壓力下暫停流產手術的會員國。在比利時、德國、拉脫維亞、盧森堡和斯洛維尼亞，針對新冠肺炎檢驗陽性或有症狀患者採行更長的墮胎等待期 (Moreau 等人，2020)。

封城措施導致孕婦在分娩期間被隔離，因為父親和生育伴侶不允許陪產。這可能會對親子關係產生長期影響，並增加產後憂鬱症的發生。在其他地區，預估諮詢計畫的中斷將導致未來十年女陰殘割案件增加 200 萬例 (UNFPA，2020)，而學校停課通常會限制年輕人取得性生殖健康資訊的機會。

在性與生殖健康較正向的發展是，新冠疫情促使遠距醫療 (telemedicine) 更加普遍 (Porter 等人，2020)。有了在線上或透過傳訊應用程式接受性與生殖醫療的選項，行動不便或因照顧責任而無法離家的群體更容易取得醫療服務。

10.結論

健康方面的性別不平等

無論女性或男性，其生活、工作、時間運用的條件會影響健康。性別及年齡、教育、種族、經濟條件、性取向或身心障礙等其他因素，也會影響女性和男性可取得的資源、所面臨的環境風險、治療疾病和接受公共機構支援的選擇。

男性較低的平均餘命，以及女性較差的心理健康，都反映出性別不平等和性別規範對健康的影響，此現象導致了對疾病的暴露與脆弱性、健康相關行為及照護服務管道的差異。就業狀態攸關民眾身心健康，影響因子包括工作條件、收入和社會地位；而帶有性別偏見的衛生研究和醫護體系會加劇和重演性別不平等的現象。

在後新冠疫情時代，健康相關不平等將繼續累積，並對無償工作和低收入群體產生最大影響，例如低學歷女性、身心障礙女性和男性。雖然歐盟的醫療照護相當普及，但這些群體健康不良的可能性最高，並且難以取得醫療照護服務。由於費用和等待名單是 2019 年醫療需求未滿足的最常見原因，因此任何與疫情相關的經濟危機和失業，都可能嚴重限制更多人取得醫療照護的機會。歐盟人口正在高齡化，表示可負擔、高品質的長期照護供應管道變得日益重要。《歐洲社會權利支柱行動計畫》反映了這一點。在新冠肺炎疫情之下，歐盟更加迫切需要以堅定承諾實施《歐洲社會權利支柱行動計畫》建議 (尤其是與長期照護需求有關的項目)。

健康不良的形成途徑具有性別化特質

性別會影響**非傳染性疾病**風險因素和條件的發展和過程，其中規範和行為對終生健康產生深遠的影響。新冠肺炎疫情對已患有非傳染性疾病的女性和男性造成了特別重大的損失。我們有必要重新致力全面實施 WHO 在 2016 年和 2018 年通過的女性和男性健康策略，以減輕性別不平等對公共衛生的影響 (WHO 歐洲區域辦事處，2016a，2018b)。

心理健康障礙對個人的學習和工作能力、家庭和社會生活，以及對整體社會的衍生後果都有深遠的影響。未經治療的精神疾病會降低生產力和損失健康生命年數，進而對社會造成重大的經濟成本 (Mackenbach 等人，2011；Stefko 等人，2020)。其中年輕人的發病率和死亡率特別值得關注。

已有充分的證據顯示，社經地位低下與身心健康狀態不佳之間有所關聯。普遍認為，減少社經不平等有助於改善整體人口健康 (Allen 等人，2014；Cairns 等人，2017；Reiss，2013；Silva 等人，2016)。透過全民健康覆蓋 (universal health coverage) 減少性別和收入不平等的社會政策、提供照顧假以改善工作與生活平衡，以及擴大教育機會，也都可以減少心理健康發病率和死亡率方面的性別不平等 (Cairns 等人，2017；Patel 等人，2018)。防範所有類型的女性受暴，是最有效和最具影響力的身心健康處遇之一 (Bhui，2018)。提供治療和支持同等重要。衛生服務機構觀察到的心理疾

病症狀，應視為既往或現行親密關係暴力或非伴侶家庭暴力的潛在指標 (Ferrari 等人，2016)。因此，心理健康服務單位必須瞭解發生在女性與男性中的這類暴力，並提供具有性別敏感度的跨領域支援來解決這類問題 (Sian Oram 等人，2017)。

有害的性別規範，例如不良的男性氣質和無法達到的美顏標準，對心理健康也有同樣深遠的負面影響。這一點體現在年輕男性的高自殺率、LGBTI 群體心理健康不良，以及年輕女性焦慮和飲食失調的高盛行率。在心理健康問題方面，污名化仍是求助的阻礙，而且對男性的影響大於女性 (Clement 等人，2015)。衛生政策應將減少心理健康污名化列為優先要務，如此可鼓勵更多人尋求協助，減少心理健康治療落差，並改善全球心理健康水準 (Wainberg 等人，2017)。

性與生殖健康及權利

性別不平等削弱了女性和男性掌控自身性與生殖健康及權利 (SRHR) 的能力，並且產生重大後果。避孕措施的可及性、取得管道、成本和污名化問題對性與生殖健康 (SRH) 形成障礙，在年輕族群中尤其如此與此同時，歐盟各地的法律、政策和完整的性教育各不相同。許多會員國的課程側重於性與生殖健康及權利的生物學層面，因此在關鍵領域的知識留有不足之處，例如性愉悅、性合意、性別暴力、接受墮胎手術的管道 (BZgA 和 IPPF EN，2018；Picken，2020)。這種差距導致青少年生育率提高 (UNFPA，2021)。墮胎服務和照護是公共衛生的重要環節，而且是確保女性和女童性與生殖健康結果良好的關鍵 (WHO，2012)。歐盟各地的墮胎法律和服務也不盡相同。由於人員和貨物的自由流動是歐洲單一市場的基礎，墮胎旅遊 (Mecinska 等人，2020) 和墮胎藥跨境銷售 (Calkin，2021) 使女性和女童能夠取得其他管道無法提供的服務。然而，年齡、失能與否、種族、族裔、移民狀態和性取向都攸關性與生殖健康的取得管道，這表示特定女性群體遭受極大的影響。

性與生殖健康的相關資料普遍呈現落差，尤其是在男性避孕措施使用與未滿足計畫生育需求等方面。性與生殖健康資料的範圍和人口統計必須更加廣泛，使其明確成為攸關所有人的公共衛生課題，而非僅限於女童和女性。有關保障女性和男性平等取得性與生殖健康服務和教育資源的法律和法規，在大多數會員國皆有資訊不足的狀況，而這項永續發展目標指標對於監測性與生殖健康至關重要 (UNFPA，2021)。這導致較難評估和比較歐盟各地重要的性與生殖健康及權利 (SRHR) 政策領域，例如孕產婦健康和墮胎。另一項不足在於未能依性別、年齡、性取向和 HIV 狀態等因素，來對最常見的性傳播感染進行完整分類 (ECDC，2021)。若缺少此資訊，則無法瞭解疫情傳播機制和預防選項，而人類免疫缺乏病毒勢必繼續威脅公共衛生。

雖然歐盟「2020-2025 年反種族主義行動計畫」呼籲將種族列為歐盟公共政策的主流課題，但歐盟研究經常沒有記錄種族資訊。根據英國研究結果，歐盟 27 國孕產婦死亡率的種族落差很可能未獲充分探討。大多數接觸女陰殘割 (FGM) 的女性和女童都是黑人，面臨種族和性別不平等，限制了孕產婦醫護服務的取得管道和代表權。

新冠肺炎疫情

由於登記病例和死亡人數被認為有所低估，因此疫情對歐盟人口的全面影響需經過一定時間才會顯現。2020 年至 2021 年期間，男性平均死亡率比數年前高出 17%，女性則是高出 14%。除了生物學差異的影響，社會中既存的性別不平等已決定疫情對所有女性與男性健康和生活的影響。

由於非傳染性疾病與嚴重新冠肺炎的風險增加有關，因此疫情突顯出解決疾病原因的重要性，例如不健康的生活方式或高度性別化的風險行為。無論是立即或長期心理衛生服務皆應具備對性別差異的認知，這項需求已變得顯而易見。

疫情對男性造成了巨大損失。雖然女性和男性的整體感染率十分相似，但男性因新冠肺炎住院和死亡的風險要高得多。截至 2021 年 6 月，歐盟資料顯示男性占新冠肺炎相關死亡人數的 55%。老年男性、患有非傳染性疾病的男性以及從事必要和不穩定工作的男性所受影響尤甚。疫情對療養院住民也造成特別慘重的影響。

歐盟的工作年齡女性很容易受到感染，部分原因是她們在某些第一線職業中的比率過高。諸如移民女性或從事不穩定工作女性等勞工身處險境，面臨著最大的風險。越來越多的證據顯示，女性更容易受到「長期新冠肺炎 (long COVID)」的影響，這表示大部分女性人口可能受到長期影響。將新冠肺炎歸類為職業病，將有助於確保勞工能夠應對感染的長期影響，同時取得充分的社會保障。

除了病毒造成的直接健康結果外，疫情也對生理和心理健康帶來間接影響，而這些影響可能針對特定性別，並且持續很久。疫情對心理健康影響的真實程度需要時間才能顯現，專家警告可能在疫情受控許久之後才會達到高峰值。心理健康處於自疫情爆發以來的最低點，大部分群體都有罹患憂鬱症的風險 (Eurofound，2021c)。在三波疫情中，女性的心理健康程度較男性差，且心理健康程度最差者，為第三波疫情期間處於工作年齡的女性。這不僅反映社交隔離的普遍影響，也反映學校停課和封城期間的行動限制引發無償工作負擔的增加和延續 (EIGE，2021c)。

新冠肺炎疫情增加了在歐盟取得醫療照護服務的障礙，包括在性與生殖健康及權利 (SRHR) 方面亦然。此現象可能是因為部分醫療處置和治療的延遲或降低優先順序，或是因為害怕染疫而不願求助。此情況造成的長期壓力下，公共醫療體系預計將以極有限的資源解決此照護需求的債務。醫療專業人員特別容易罹患嚴重心理疾病，因此應取得適當的心理衛生服務。疫情也突顯衛生和社會照護部門工作條件惡劣和人手短缺的困境。必須對此採取緊急矯正措施，才能加強衛生體系的復原力。

全球親密關係暴力的激增是一項重大的擔憂 (Graham-Harrison 等人，2020；UNFPA，2021; WHO，2020c)，其造成的「影子疫情 (shadow pandemic)」可能在管制解除後才會達到高峰 (聯合國女性署，2020)。

在這樣的情況下，除非採行清楚的性別化方法來減緩新冠肺炎疫情的衝擊，否則在會員國內與會員國之間實施的歐盟健康計畫，以及世界衛生組織改善健康並降低健康不平等的目標將無法達成。2021 年 5 月在羅馬舉行的全球衛生峰會上，歐盟和 G20 國家承諾遵行 16 項原則作為行動方針，據以管控目前的疫情，以及為未來的衛生緊急事態做好準備 ([120])。其中包括必須投資於衛生和照護勞動力，並且針對未來的健康危機制定具有性別敏感度的公共衛生應變措施。在長期健康影響方面，必須憑藉高層級的政治意願和資源來落實應變政策，並建立富有韌性、具性別回應性 (gender-responsive) 的衛生體系，以利更有效解決所有健康不平等的問題。

([120])全球健康峰會，羅馬宣言，https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en。

References

Abas, M., Ostrovschi, N. V., Prince, M., Gorceag, V. I., Trigub, C., and Oram, S. (2013). Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC psychiatry, 13*(1), 1-11.

Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health, 11*(1), 1-17.

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Zhou, S. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet, 392*(10164), 2606-2654. doi:10.1016/S0140-6736(18)32114-7

Addati, A. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Retrieved from http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htm

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., and Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392-407. doi:10.3109/09540261.2014.928270

Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., and Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of women's mental health*, 1-8.

Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., and Tertilt, M. (2020). *The Impact of COVID-19 on Gender Equality* (w26947). Retrieved from Cambridge, MA: http://www.nber.org/papers/w26947.pdf

American Psychiatric Association. (2020). Psychiatry Online | DSM Library. Retrieved from https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., De Graaf, R. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303.

Ardito, C., D'Errico, A., and Leombruni, R. (2014). Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *Medicina del Lavoro, 105*(2), 85-99. Retrieved from https://europepmc.org/article/med/24909041

Arenas-Arroyo, E., Fernández-Kranz, D., and Nollenberger, N. (2020). *Can't Leave You Now! Intimate Partner Violence under Forced Coexistence and Economic Uncertainty*. Retrieved from https://www.iza.org/publications/dp/13570/cant-leave-you-now-intimate-partner-violence-under-forced-coexistence-and-economic-uncertainty

Audisio, R. A., Icardi, G., Isidori, A. M., Liverani, C. A., Lombardi, A., Mariani, L., Pecorelli, S. (2016). Public health value of universal HPV vaccination. *Critical reviews in oncology/hematology, 97*, 157-167.

Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., and Buzlu, S. (2020). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services, 50*(1), 44-61. doi:10.1177/0020731419885093

Ayoubkhani, D. (2021). Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 1 April 2021. Office for National Statistics, UK, 2021. Retrieved from https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/4june2021

Baker, P. (2019). Who self-cares wins: an updated perspective on men and self-care. *Trends in Urology & Men's Health, 10*(3), 19-22.

Balfe, M., Brugha, R., O'Donovan, D., O'Connell, E., and Vaughan, D. (2010). Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions. *BMC Public Health, 10*(1), 1-11.

Bambra, C., Albani, V., and Franklin, P. (2020). COVID-19 and the gender health paradox. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(1), 17-26. doi:10.1177/1403494820975604

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., and Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health, 74*(11), 964-968.

Baranne, M. L., and Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 12*(1), 19.

Barello, S., Palamenghi, L., and Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 290*, 113129.

Barnay, T. (2016). Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *The European Journal of Health Economics, 17*(6), 693-709.

Barone, G., and Mocetti, S. (2011). With a little help from abroad: the effect of low-skilled immigration on the female labour supply. *Labour Economics, 18*(5), 664-675.

Bauer, L., Buckner, E., Estep, S., Moss, E., and Welch, M. (2021). Ten Economic Facts on How Mothers Spend Their Time. Retrieved from https://www.hamiltonproject.org/assets/files/Maternal_Time_Use_Facts_final.pdf

Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., and Whiteford, H. A. (2013). Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? *PLOS ONE, 8*(6), e65514. doi:10.1371/journal.pone.0065514

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health, 8*(9), e1152-e1161. doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6

Beck, F., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I., and Renahy, E. (2014). Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research, 16*(5), e128.

Bekele, F., and Hajure, M. (2021). Magnitude and determinants of the psychological impact of COVID-19 among health care workers: A systematic review. *SAGE Open Medicine, 9*, 20503121211012512.

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., and Muntaner, C. (2014). Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annual review of public health, 35*, 229-253.

Berg, R. C., Denison, E. M.-L., and Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Bhala, N., Curry, G., Martineau, A. R., Agyemang, C., and Bhopal, R. (2020). Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19. *The Lancet, 395*(10238), 1673-1676.

Bhui, K. (2018). Gender, power and mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 212*(3), 191-192. doi:10.1192/bjp.2018.30

Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., and Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 54*(501), 248-253.

Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., and Chatterji, S. (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey

data from 59 countries. *BMC Public Health, 16*(1), 675. doi:10.1186/s12889-016-3352-y

Bogueva, D., Marinova, D., and Gordon, R. (2020). Who needs to solve the vegetarian men dilemma? *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 30*(1), 28-53.

Bonanni, P., Faivre, P., Lopalco, P. L., Joura, E. A., Bergroth, T., Varga, S., Drury, R. (2020). The status of human papillomavirus vaccination recommendation, funding and coverage in WHO Europe countries (2018-2019). *Expert Review of Vaccines, 19*(11), 1073-1083. Retrieved from https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1858057

Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., and Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(6), 458-466.

Bonsang, E., Skirbekk, V., and Staudinger, U. M. (2017). As you sow, so shall you reap: Gender-role attitudes and late-life cognition. *Psychological Science, 28*(9), 1201-1213.

Bosque-Prous, M., Espelt, A., Borrell, C., Bartroli, M., Guitart, A. M., Villalbí, J. R., and Brugal, M. T. (2015). Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social context and women's empowerment. *The European Journal of Public Health, 25*(4), 698-705. doi:10.1093/eurpub/cku234

Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders, 173*, 245-254. doi:10.1016/j.jad.2014.11.002

Bracke, P., Delaruelle, K., Dereuddre, R., and Van de Velde, S. (2020). Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medicine, 267*, 113354. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113354

Brajša-Žganec, A., Merkaš, M., and Šverko, I. (2011). Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research, 102*(1), 81-91.

Bretherton, J., and Mayock, P. (2021). Women's homelessness: European evidence review. *FEANTSA*. Retrieved from https://eprints.whiterose.ac.uk/172737/

Brooks, E., de Ruijter, A., and Greer, S. L. (2020). COVID-19 and European Union health policy: From crisis to collective action. *Social Policy in the European Union: State of Play*. Retrieved from https://www.etui.org/sites/default/files/2021-01/04-Chapter2-Covid%E2%80%9119%20and%20European%20Union%20health%20policy.pdf

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., and Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920.

Brown, J. S. L., Sagar-Ouriaghli, I., and Sullivan, L. (2019). Help-Seeking Among Men for Mental Health Problems. In J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager, & L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave Handbook of Male Psychology and Mental Health* (pp. 397-415). Cham: Springer International Publishing.

Bu, F., Steptoe, A., and Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health, 186*, 31-34. doi:10.1016/j.puhe.2020.06.036

Buller, A. M., Peterman, A., Ranganathan, M., Bleile, A., Hidrobo, M., and Heise, L. (2018). A mixed-method review of cash transfers and intimate partner violence in low-and middle-income countries. *The World Bank Research Observer, 33*(2), 218-258.

Burns, R., Aldridge, R. W., Graversen, P., Miller, A. K., Bader, C., Offe, J., and Fille, F. (2019). *2019 Observatory Report - Left Behind: The State of Universal Healthcare Coverage in Europe Burns,*

R., Aldridge, R. W., Graversen, P., Miller, A. K., Bader, C., Offe, J. & Fille, F. Retrieved from https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2020/06/dotw_2019_lowress_alt.pdf

Buttell, F., and Ferreira, R. J. (2020). The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy, 12*(S1), S197.

Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior, 67*(2), 169-198. doi:10.1016/j.jvb.2004.08.009

BZgA, and IPPF EN. (2018). *Sexuality Education in Europe and Central Asia: State of the Art and Recent Developments*. Retrieved from https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_IPPFEN_ComprehensiveStudyReport_Online.pdf

Cairns, J.-M., Graham, E., and Bambra, C. (2017). Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine, 192*, 102-111. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.034

Calkin, S. (2021). Transnational abortion pill flows and the political geography of abortion in Ireland. *Territory, Politics, Governance, 9*(2), 163-179.

Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., and Winter, S. M. (2021). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *European child & adolescent psychiatry*, 1-13. doi:10.1007/s00787-021-01739-0

Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of internal medicine, 162*(10), 1157-1163.

Capraro, V., and Barcelo, H. (2020). The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission. *arXiv preprint arXiv:2005.05467*.

Carey, R. N., Donaghue, N., and Broderick, P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers. *Body Image, 11*(1), 81-84.

Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., and Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 292*, 113312. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312

Caroli, E., and Weber-Baghdiguian, L. (2016). Self-reported health and gender: The role of social norms. *Social Science & Medicine, 153*, 220-229. doi:10.1016/j.socscimed.2016.02.023

Carretero, S., Napierala, J., Bessios, A., Mägi, E., Pugacewicz, A., Ranieri, M., Mantanari, M. (2021). *What did we learn from schooling practices during the COVID-19 lockdown?* (9276284184). Retrieved from Luxembourg: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1e0ccef2-509f-11eb-b59f-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-183562912

Caruana-Finkel, L. (2020). Abortion in the time of COVID-19: perspectives from Malta. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 1780679.

Center For Reproductive Rights. (2020). Perilous Pregnancies. Retrieved from http://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/03/Updated-GLP-EUROPE-PerilousPregnancies-2020-Web.pdf

Chandan, J. S., Thomas, T., Raza, K., Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Bandyopadhyay, S., and Nirantharakumar, K. (2019). Intimate partner violence and the risk of developing fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260519888515. Retrieved from https://doi.org/10.1177/0886260519888515

Chaupain-Guillot, S., and Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics, 16*(7), 781-796. doi:10.1007/s10198-014-0629-x

Chen, Y.-Y., Subramanian, S., Acevedo-Garcia, D., and Kawachi, I. (2005). Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine, 60*(1), 49-60.

Chiu, M., Rahman, F., Kurdyak, P., Cairney, J., Jembere, N., and Vigod, S. (2017). Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health, 71*(5), 417-423. doi:10.1136/jech-2016-208005

Chiu, M., Rahman, F., Vigod, S., Lau, C., Cairney, J., and Kurdyak, P. (2018). Mortality in single fathers compared with single mothers and partnered parents: a population-based cohort study. *The Lancet Public Health, 3*(3), e115-e123. doi:10.1016/S2468-2667(18)30003-3

Clemens, V., Berthold, O., Witt, A., Sachser, C., Brähler, E., Plener, P. L., Fegert, J. M. (2019). Child maltreatment is mediating long-term consequences of household dysfunction in a population representative sample. *European psychiatry, 58*, 10-18.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine, 45*(1), 11-27. doi:10.1017/S0033291714000129

Coker, A. L., Follingstad, D., Garcia, L. S., Williams, C. M., Crawford, T. N., and Bush, H. M. (2012). Association of intimate partner violence and childhood sexual abuse with cancer-related well-being in women. *Journal of Women's Health, 21*(11), 1180-1188.

Collings, S., Jenkin, G., Carter, K., and Signal, L. (2014). Gender differences in the mental health of single parents: New Zealand evidence from a household panel survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(5), 811-821. doi:10.1007/s00127-013-0796-6

Costanza, A., Di Marco, S., Burroni, M., Corasaniti, F., Santinon, P., Prelati, M., Ambrosetti, J. (2020). Meaning in life and demoralization: A mental-health reading perspective of suicidality in the time of COVID-19. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 91*(4).

Council of Europe. (2018). *The provision of palliative care in Europe*. Retrieved from https://pace.coe.int/en/aplist/committees/25/committee-on-social-affairs-health-and-sustainable-development

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1385-1401.

Craig, L., and Churchill, B. (2020). Dual-earner parent couples' work and care during COVID-19. *Gender, Work & Organization, n/a*(n/a). doi:10.1111/gwao.12497

Cuenca-Piqueras, C., Fernández-Prados, J. S., and González-Moreno, M. J. (2020). Face-to-face versus online harassment of European women: Importance of date and place of birth. *Sexuality & Culture, 24*(1), 157-173.

Currie, D. (2016). *Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey*: World Health Organization.

Curtis, A., Vandenberg, B., Mayshak, R., Coomber, K., Hyder, S., Walker, A., Miller, P. G. (2019). Alcohol use in family, domestic and other violence: Findings from a cross-sectional survey of the Australian population. *Drug and Alcohol Review, 38*(4), 349-358.

Cutler, D. M., and Lleras-Muney, A. (2007). Education and Health. Policy Brief# 9. *National Poverty Center, University of Michigan.*

Davies, S., and Bennett, B. (2016). A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs, 92*(5), 1041-1060.

De Goeij, M. C., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Schoenmakers, T. M., and Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Social Science & Medicine, 131*, 131-146.

De Irala, J., Osorio, A., Carlos, S., Ruiz-Canela, M., and López-del Burgo, C. (2011). Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean? *Archives of Sexual Behavior, 40*(5), 853-855. doi:10.1007/s10508-011-9779-4

De Schrijver, L., De Buyser, S., Uzieblo, K., Vandeviver, C., and Keygnaert, I. (2021). Mental Health and Domestic Violence in LGB+ Persons during Lockdown Measures in Belgium. *Tijdschrift voor Genderstudies, 24*(2), 143 - 160.

Deaton, A. (2002). Policy Implications Of The Gradient Of Health And Wealth. *Health Affairs, 21*(2), 13-30. doi:10.1377/hlthaff.21.2.13

Dennis, A., Wamil, M., Kapur, S., Alberts, J., Badley, A., Decker, G. A., Banerjee, A. (2020). Multi-organ impairment in low-risk individuals with long COVID. *medRxiv*. Retrieved from https://doi.org/10.1101/2020.10.14.20212555

Dereuddre, R., Buffel, V., and Bracke, P. (2017). Power and the gendered division of contraceptive use in Western European couples. *Social Science Research, 64*, 263-276. doi:10.1016/j.ssresearch.2016.10.004

Di Pietro, G., Biagi, F., Costa, P., Karpiński, Z., and Mazza, J. (2020). *The likely impact of COVID-19 on education: Reflections based on the existing literature and recent international datasets* (Vol. 30275): Publications Office of the European Union.

Dobash, R. E., and Dobash, R. (2015). *When men murder women*: Oxford University Press, USA.

Doyal, L. (1995). *What makes women sick: Gender and the political economy of health*. London: Macmillan International Higher Education.

Dreger, S., Buck, C., and Bolte, G. (2014). Material, psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(5).

Dreger, S., Gerlinger, T., and Bolte, G. (2016). Gender inequalities in mental wellbeing in 26 European countries: do welfare regimes matter? *European Journal of Public Health, 26*(5), 872-876. doi:10.1093/eurpub/ckw074

DSR. (2020). *Sygeplejerskers overvejelser om jobskifte*. Retrieved from https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejersker_om_jobskifte-overvejelser_.pdf

Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Silva, A. R. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health, 20*(1), 1-10.

Duch, R., Roope, L. S., Violato, M., Becerra, M. F., Robinson, T., Bonnefon, J.-F., Melegaro, A. (2021). Who should be first in line for the COVID-19 vaccine? Surveys in 13 countries of the publics preferences for prioritisation. *medRxiv*. Retrieved from https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.31.21250866v1.full.pdf

ECDC. (2019). *Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe – Results summary 2017* (2315-0947). Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Euro-GASP-2017.pdf

ECDC. (2020a). *Chlamydia infection*. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-for-2018-STI-chlamydia.pdf

ECDC. (2020b). *Guidance on HPV vaccination in EU countries: focus on boys, people living with HIV and 9-valent HPV vaccine introduction*. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-on-HPV-vaccination-in-EU-countries2020-03-30.pdf

ECDC. (2021). *Technologies, strategies and approaches for testing populations at risk of sexually transmitted infections in the EU/EEA*. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Technologies-strategies-ap-

proaches-testing-populations-at-risk-for-STIs.pdf

ECDC/WHO. (2019). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019: 2018 data*. Luxembourg: Publications Office.

Edwards, E. S., and Sackett, S. C. (2016). Psychosocial Variables Related to Why Women are Less Active than Men and Related Health Implications: Supplementary Issue: Health Disparities in Women. *Clinical Medicine Insights: Women's Health, 9s1*, CMWH.S34668. doi:10.4137/CMWH.S34668

Edwards, J. (2012). The Healthcare Needs of Gay and Lesbian Patients. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Eds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 290-305). London: Palgrave Macmillan UK.

EIGE. (2013). *Gender Equality Index - Main findings*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-main-findings

EIGE. (2015). *Gender gap in pensions in the EU: Research note to the Latvian Presidency*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-gap-pensions-eu-research-note-latvian-presidency

EIGE. (2016). *Poverty, gender and intersecting inequalities in the EU. Review of the implementation of Area A: Women and Poverty of the Beijing Platform for Action*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/poverty-gender-and-intersecting-inequalities-in-the-eu

EIGE. (2017a). *Gender Equality Index 2017: Measuring gender equality in the European Union 2005-2015*. Retrieved from https://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/gender-equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-report

EIGE. (2017b). *Study and work in the EU: set apart by gender. Review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/study-and-work-eu-set-apart-gender-report

EIGE. (2018a). *Indicators on intimate partner violence and rape for the police and justice sectors*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/indicators-intimate-partner-violence-and-rape-police-and-justice-sectors

EIGE. (2018b). Study and work in the EU: set apart by gender - Review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States. ISBN 978-92-9493-894-7. Retrieved from https://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/study-and-work-eu-set-apart-gender-report

EIGE. (2019a). *Gender equality and youth: opportunities and risks of digitalisation – Main report*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-youth-opportunities-and-risks-digitalisation

EIGE. (2019b). *Gender equality and youth: opportunities and risks of digitalisation. Beijing Platform for Action*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-youth-opportunities-and-risks-digitalisation

EIGE. (2019c). *Gender Equality Index 2019. Work-life balance*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2019-work-life-balance

EIGE. (2019d). *Gender Equality Index 2019. Work-life balance*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2019-work-life-balance

EIGE. (2019e). *Tackling the gender pay gap: not without a better work-life balance*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/tackling-gender-pay-gap-not-without-better-work-life-balance

EIGE. (2019f). *Understanding intimate partner violence in the EU: the role of data.* Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/understanding-intimate-partner-violence-eu-role-data

EIGE. (2020a). *Beijing + 25: the fifth review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States*. Retrieved from https://

eige.europa.eu/publications/beijing-25-fifth-review-implementation-beijing-platform-action-eu-member-states

EIGE. (2020b). COVID-19 and Gender Equality. Retrieved from https://eige.europa.eu/topics/health/covid-19-and-gender-equality

EIGE. (2020c). COVID-19 and Gender Equality. Essential Workers. Retrieved from https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/essential-workers

EIGE. (2020d). *Gender equality and health service infrastructures* (978-92-9482-386-1). Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-health-service-infrastructures

EIGE. (2020e). *Gender Equality and Long-Term Care at home*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-long-term-care-home

EIGE. (2020f). *Gender Equality and Long-Term Care at home: Research note to the Croatian Presidency*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-long-term-care-home

EIGE. (2020g). *Gender Equality Index 2020: Digitalisation and the future of work*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2020-report

EIGE. (2021a). *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/covid-19-pandemic-and-intimate-partner-violence-against-women-eu

EIGE. (2021b). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria

EIGE. (2021c). *Gender equality and the socio-economic impact of the COVID-19 pandemic. Research note*. Retrieved from https://eige.europa.eu/about/projects/gender-equality-and-socio-economic-consequences-covid-19-crisis

EIGE. (2021d). *Gender inequalities in care and consequences for the labour market*. Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/gender-inequalities-care-and-consequences-labour-market

EIWH. (2018). Manifesto for women's health 2018 - Background Briefing. Retrieved from https://eurohealth.ie/our-manifesto-for-womens-health-2018-a-background-briefing/?highlight=women%20and%20vaccination

Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Burkhart, Q., Abel, G. A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M. K., Roland, M. (2015). Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine, 30*(1), 9-16. doi:10.1007/s11606-014-2905-y

EPHA, E. P. H. A. (2018). *Closing the Life Expectancy Gap of Roma in Europe.* . Retrieved from https://epha.org/wp-content/uploads/2019/02/closing-the-life-expectancy-gap-of-roma-in-europe-study.pdf

Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Martín-Baena, D., and Spain, G. f. t. S. o. G. V. i. (2010). Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosomatic Medicine, 72*(4), 383-389.

ETUI. (2018). *Cancer and work: understanding occupational cancers and taking action to eliminate them*. Retrieved from https://www.etui.org/publications/books/cancer-and-work-understanding-occupational-cancers-and-taking-action-to-eliminate-them

ETUI. (2021). *Gender, working conditions and health*. Retrieved from https://www.etui.org/publications/gender-working-conditions-and-health

EU-OSHA. (2013). *New risks and trends in the safety and health of women at work: European risk observatory. Literature Review*. Retrieved from https://osha.europa.eu/en/publications/re-

ports/new-risks-and-trends-in-the-safety-and-health-of-women-at-work

EU-OSHA. (2019). *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*. Retrieved from https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe

EU-OSHA. (forthcoming 2022). Human health and social work - evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) Retrieved from www.esener.eu

EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. Retrieved from https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf

Eurofound. (2015). *Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_ef_documents/ef1473en.pdf

Eurofound. (2017). *Work-life balance and flexible working arrangements in the European Union*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2017/work-life-balance-and-flexible-working-arrangements-in-the-european-union

Eurofound. (2018a). *Social insecurities and resilience*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/publications/policy-brief/2018/social-insecurities-and-resilience

Eurofound. (2018b). *Striking a balance: Reconciling work and life in the EU*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/striking-a-balance-reconciling-work-and-life-in-the-eu

Eurofound. (2020). *The long-term care workforce: employment and working conditions*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions

Eurofound. (2021a). COVID-19: Implications for employment and working life. *Publications Office of the European Union, Luxembourg.*

Eurofound. (2021b). *Education, healthcare and housing: How access changed for children and families in 2020*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/publications/policy-brief/2021/education-healthcare-and-housing-how-access-changed-for-children-and-families-in-2020

Eurofound. (2021c). *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef21064en.pdf

Eurofound/EIGE. (2021). *Upward Convergence in Gender Equality: How close is the union of equality?* Retrieved from https://eige.europa.eu/publications/upward-convergence-gender-equality-how-close-union-equality?lang=sk

EuroHealthNet. (2020). The European Health Inequalities Portal. Retrieved from https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/new-online-portal-resources-and-information-health-inequalities

European Commission. (2015a). Improving Policy and Provision for Adult Learning in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission. (2015b). An in-depth analysis of adult learning policies and their effectiveness in Europe. *Luxembourg: Publications Office of the European Union.*

European Commission. (2017). *Heath4LGBTI. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people* Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf

European Commission. (2018). Commission staff working document: Progress of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Retrieved from https://ec.europa.eu/eip/

ageing/library/commission-staff-working-document-progress-european-innovation-partnership-active-and_en.html

European Commission. (2019). The European pillar of social rights in 20 principles. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en

European Commission. (2020a). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the european democracy action plan*. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/edap_communication.pdf

European Commission. (2020b). *A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025*. Retrieved from https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2020%3A152%3AFIN

European Commission. (2021a). *2021 report on gender equality in the EU*. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_printable_en_0.pdf

European Commission. (2021b). *Commission recommendation of 4.3.2021 on an effective active support to employment following the covid-19 crisis (EASE)*. Retrieved from https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23699&langId=en

European Commission. (2021c). *Communication From The Commission To The European Parliament And The Council. Europe's Beating Cancer Plan*. Retrieved from https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0002.02/DOC_1&format=PDF

European Commission. (2021d). *The European Pillar of Social Rights Action Plan*. Retrieved from https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/downloads/KE0921008ENN.pdf

European Commission. (2021e). *Flash Eurobarometer 494, Attitudes on vaccination against Covid-19* (978-92-76-38836-4). Retrieved from https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2512

European Commission. (2021f). Food-Based Dietary Guidelines in Europe - table 3. Retrieved from https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/food-based-dietary-guidelines-europe-table-3_en

European Commission. (2021g). *Green Paper On Ageing*. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/1_en_act_part1_v8_0.pdf

European Commission. (2021h). *Mental health and the pandemic: living, caring, acting! Conference Report*. Retrieved from: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/events/ev_20210510_en

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *European drug report 2020: trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Parliament. (2016a). *Differences in men's and women's work, care and leisure time*. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/556933/IPOL_STU(2016)556933_EN.pdf

European Parliament. (2016b). *The Gender Pension Gap: Differences between Mothers and Women without Children*. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571363/IPOL_STU(2016)571363_EN.pdf

European Parliament. (2017). Resolution promoting gender equality in mental health and clinical research. Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2017-0028+0+DOC+XML+V0//EN

European Parliament. (2018). *Cyber violence and hate speech online against women. Women's Rights & Gender Equality. A study for the FEMM commit-*

tee. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/604979/IPOL_STU(2018)604979_EN.pdf

European Parliament. (2019). *European Parliament resolution of 13 February 2019 on experiencing a backlash in women's rights and gender equality in the EU*. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0111_EN.html

European Parliament. (2020). *European Parliament resolution of 10 July 2020 on the EU's public health strategy post-COVID-19* Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0205_EN.html

European Parliament. (2021). *Combating gender-based violence: Cyber violence. European added value assessment*. Retrieved from https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/662621/EPRS_STU(2021)662621_EN.pdf

Eurostat. (2020). *Tobacco consumption statistics*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., and team, O. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS ONE, 15*(2), e0228378. doi:10.1371/journal.pone.0228378

Faith, B., and Fraser, E. (2018). What Works to Prevent Cyber Violence Against Women and Girls. *VAWF Helpdesk Research Report, UKAID DFID* Retrieved from http://www.sddirect.org.uk/media/1646/vawg-helpdesk-report-212-what-works-cybervawg.pdf

Fasani, F., and Mazza, J. (2020). Immigrant Key Workers: Their Contribution to Europe's COVID-19 Response. Retrieved from https://ec.europa.eu/migrant-integration/library-doc/immigrant-key-workers-their-contribution-to-europes-covid-19-response

Fedewa, A. L., and Ahn, S. (2011). The Effects of Bullying and Peer Victimization on Sexual-Minority and Heterosexual Youths: A Quantitative Meta-Analysis of the Literature. *Journal of GLBT Family Studies, 7*(4), 398-418. doi:10.1080/1550428X.2011.592968

Ferrante, G., Fasanelli, F., Gigantesco, A., Ferracin, E., Contoli, B., Costa, G., Minardi, V. (2019). Is the association between precarious employment and mental health mediated by economic difficulties in males? Results from two Italian studies. *BMC Public Health, 19*(1), 1-9.

Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action, 9*(1), 29890.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., and Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26.

Fish, J. A., Prichard, I., Ettridge, K., Grunfeld, E. A., and Wilson, C. (2019). Understanding variation in men's help-seeking for cancer symptoms: A semistructured interview study. *Psychology of Men & Masculinities, 20*(1), 61.

Flatau, P., Seivwright, A., Hartley, C., Bock, C., and Callis, Z. (2020). Homelessness and Covid-19: CSI Response. In: Centre for Social Impact. Retrieved from: https://apo.org.au/node/302978

Forlani, E., Lodigiani, E., and Mendolicchio, C. (2015). Impact of low-skilled immigration on female labour supply. *The Scandinavian Journal of Economics, 117*(2), 452-492.

FRA. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey*. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

FRA. (2016). *Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Roma women in nine EU Member States*. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/

fra-2019-eu-minorities-survey-roma-women_en.pdf

FRA. (2019). *Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Migrant women - selected findings* Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2019-eu-midis-ii-migrant-women_en.pdf

FRA. (2020a). *EU-LGBTI II. A long way to go for LGBTI equality*. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf

FRA. (2020b). *A long way to go for LGBTI equality*. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf

FRA. (2020c). Roma and Travellers in six countries. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-roma-travellers-six-countries_en.pdf

FRA. (2021). *Crime, safety and victims' rights – Fundamental Rights Survey.* . Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-crime-safety-victims-rights_en.pdf

Franklin, P., Bambra, C., and Albani, V. (2021). *Gender equality and health in the EU*. Retrieved from https://op.europa.eu/s/p79A

Furnée, C. A., Groot, W., and Pfann, G. A. (2011). Health and income: A meta-analysis to explore cross-country, gender and age differences. *European Journal of Public Health, 21*(6), 775-780. doi:10.1093/eurpub/ckq166

Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S., and Foucault, M. (2020). Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(44), 27285-27291.

Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet, 390*(10110), 2372-2381. doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4

Garcia-Moreno, C., and Watts, C. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization, 89*, 2-2.

Gearing, A. (2020). Coronavirus and 'domestic terrorism': how to stop family violence under lockdown. *The Conversation. 31st March*.

Gerdts, C., DeZordo, S., Mishtal, J., Barr-Walker, J., and Lohr, P. A. (2016). Experiences of women who travel to England for abortions: an exploratory pilot study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 21*(5), 401-407.

Ghanotakis, E., Peacock, D., and Wilcher, R. (2012). The importance of addressing gender inequality in efforts to end vertical transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society, 15*, 17385.

Gibson, J., and O'Connor, R. (2010). Access to health care for disabled people: a systematic review. *Social Care and Neurodisability, 1*(3), 21-31. doi:10.5042/scn.2010.0599

Gillespie, S. M., Jones, A., Uzieblo, K., Garofalo, C., and Robinson, E. (2021). Coping using sex during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(1), 50-62.

Giménez-Nadal, J. I., Mangiavacchi, L., and Piccoli, L. (2019). Keeping inequality at home: The genesis of gender roles in housework. *Labour Economics, 58*, 52-68.

Giustino, V., Parroco, A. M., Gennaro, A., Musumeci, G., Palma, A., and Battaglia, G. (2020). Physical activity levels and related energy expenditure during COVID-19 quarantine among the Sicilian active population: a cross-sectional online survey study. *Sustainability, 12*(11), 4356.

GlobalHealth 50/50. (2020, 2020/02/12/). Global Health 50/50. Retrieved from https://globalhealth5050.org/

Gold, N., Viviano, M., and Yaron, M. (2021). Contraception: what is the resistance all about? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 26*(1), 62-72.

González-Gil, E. M., Martínez-Olivan, B., Widhalm, K., Lambrinou, C. P., Henauw de, S., Gottrand, F., Kersting, M. (2019). Healthy eating determinants and dietary patterns in European adolescents: the HELENA study. *Child and Adolescent Obesity, 2*(1), 18-39.

Gott, M., Morgan, T., and Williams, L. (2020). Gender and palliative care: a call to arms. *Palliative Care and Social Practice, 14*, 2632352420957997.

Gough, B., and Novikova, I. (2020). *Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332974/9789289055130-eng.pdf

Gousseff, M., Penot, P., Gallay, L., Batisse, D., Benech, N., Bouiller, K., Joseph, C. (2020). Clinical recurrences of COVID-19 symptoms after recovery: viral relapse, reinfection or inflammatory rebound? *Journal of Infection, 81*(5), 816-846.

Graham-Harrison, E., Giuffrida, A., Smith, H., and Ford, L. (2020). Lockdowns around the world bring rise in domestic violence. *The guardian, 28*. Retrieved from https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., and Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ, 368*.

Grotti, V., Malakasis, C., Quagliariello, C., and Sahraoui, N. (2018). Shifting vulnerabilities: gender and reproductive care on the migrant trail to Europe. *Comparative Migration Studies, 6*(1), 23. doi:10.1186/s40878-018-0089-z

Gumà, J., Solé-Auró, A., and Arpino, B. (2019). Examining social determinants of health: the role of education, household arrangements and country groups by gender. *BMC Public Health, 19*(1), 699. doi:10.1186/s12889-019-7054-0

Gunasekara, F. I., Carter, K., and Blakely, T. (2011). Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Social Science & Medicine, 72*(2), 193-201.

Hale, T., and Webster, S. (2020). Oxford COVID-19 government response tracker. *Blavatnik School of Government*. Retrieved from www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker

Halim, N., Beard, J., Mesic, A., Patel, A., Henderson, D., and Hibberd, P. (2018). Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clinical Psychology Review, 66*, 117-135.

Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., and Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 39*(3), 175-196. doi:10.1027/0227-5910/a000485

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine, 74*(11), 1712-1720. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.029

Hankivsky, O., and Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health, 18*(3), 271-283.

Hantrais, L. (2021). Policy learning from COVID-19 in Europe. *Emerald Open Res, 3*. Retrieved from http://emeraldopenresearch.s3.amazonaws.com/posters/docs/emeraldopenres-184530.pdf

Hawkes, S., and Hart, G. (2000). Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international context. *Tropical Medicine and International Health, 5*(7), A37-A44. doi:10.1046/j.1365-3156.2000.00594.x

Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., and Robinson, E. (2019). Does perceived over-

weight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 73*, 101753. doi:10.1016/j.cpr.2019.101753

Hegarty, K. L., O'Doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A. J., Astbury, J., Feder, G. S. (2013). Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(2), 273-294.

Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Rao Gupta, G. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet, 393*(10189), 2440-2454. doi:10.1016/S0140-6736(19)30652-X

Helsing, B., Frisén, A., and Hwang, C. P. (2021). Sexual risk-taking among young Swedish men testing for STI. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 26*(2), 155-159.

Henseke, G. (2018). Good jobs, good pay, better health? The effects of job quality on health among older European workers. *The European Journal of Health Economics, 19*(1), 59-73.

Hoffmann, R., Kröger, H., and Pakpahan, E. (2018). Health Inequalities and the Interplay of Socioeconomic Factors and Health in the Life Course. In M. Meloni, J. Cromby, D. Fitzgerald, & S. Lloyd (Eds.), *The Palgrave Handbook of Biology and Society* (pp. 611-637). London: Palgrave Macmillan UK.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet (London, England), 396*(10255), 874.

Hosseinpoor, A. R., Williams, J. S., Amin, A., Carvalho, I. A. d., Beard, J., Boerma, T., Chatterji, S. (2012). Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health. *PLOS ONE, 7*(4), e34799. doi:10.1371/journal.pone.0034799

Hsu, L.-c., and Henke, A. (2020). The Effect of Social Distancing on Police Reports of Domestic Violence. *Feminist Economics, 27*(1-2), 362-379. doi:10.1080/13545701.2020.1830145

Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., Zhou, X. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet, 397*(10270), 220–232. Retrieved from https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356-e366.

Hussein, J. (2020). COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sexual and Reproductive Health Matters, 28(1).*

ICN. (2021). Gender inequalities exposed by COVID 19 International Council of Nurses challenges gender bias against nurses *e-report*. Retrieved from https://adobeindd.com/view/publications/f618d9a4-9dee-4aa2-9521-ef1460c491f8/1/publication-web-resources/pdf/ICN_2020_YONM_COVID_4.0.pdf

ICN Policy Brief. (2021). The Global Nursing shortage and Nurse Retention. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf

ILGA Europe. (2020). COVID-19 impacts on LGBTI communities in Europe and Central Asia: A rapid assessment report. Retrieved from https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/covid19-lgbti-assessment-2020.pdf

ILO. (2013). *10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice – Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health*. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_324653.pdf

ILO. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Retrieved from https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htm

ILO. (2020). *Teleworking during the COVID-19 pandemic and beyond - A practical guide*. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/instructionalmaterial/wcms_751232.pdf

ILO. (2021). Assessment of the Social Security Responses to COVID-19. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_775160.pdf

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Organization, W. H. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey* (978-92-890-5136-1). Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/303464/HBSC-No.7_Key-Findings.pdf

Inchley, J., Currie, D. B., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A., Arnasson, A. M. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf

IPPF. (2019). *The IPPF EN Partner Survey: Abortion Legislation and its Implementation in Europe and Central Asia*. Retrieved from https://www.ippfen.org/resource/ippf-en-partner-survey-abortion-legislation-and-its-implementation-europe-and-central-asia

Islam, N., Shkolnikov, V. M., Acosta, R. J., Klimkin, I., Kawachi, I., Irizarry, R. A., Jdanov, D. A. (2021). Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries. *BMJ, 373*(n1137). doi:10.1136/bmj.n1137

Jacob, L., Tully, M. A., Barnett, Y., Lopez-Sanchez, G. F., Butler, L., Schuch, F., Smith, L. (2020). The relationship between physical activity and mental health in a sample of the UK public: A cross-sectional study during the implementation of COVID-19 social distancing measures. *Mental Health and Physical Activity, 19*, 100345. doi:10.1016/j.mhpa.2020.100345

JAHEE. Joint Action Health Equity Europe. Retrieved from https://jahee.iss.it/

Jansen, L. A. W., Koot, M. H., van 't Hooft, J., Dean, C. R., Duffy, J. M. N., Ganzevoort, W., Roseboom, T. J. (2020). A core outcome set for hyperemesis gravidarum research: an international consensus study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*(8), 983-992.

Janssen, M., Chang, B. P., Hristov, H., Pravst, I., Profeta, A., and Millard, J. (2021). Changes in Food Consumption During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Consumer Survey Data From the First Lockdown Period in Denmark, Germany, and Slovenia. *Frontiers in nutrition, 8*, 60.

Jarnecke, A. M., and Flanagan, J. C. (2020). Staying safe during COVID-19: How a pandemic can escalate risk for intimate partner violence and what can be done to provide individuals with resources and support. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy, 12*(S1), S202.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet, 359*(9315), 1423-1429.

Johnson, O., Diggle, P., and Giorgi, E. (2020). Dealing with spatial misalignment to model the relationship between deprivation and life expectancy: a model-based geostatistical approach. *International Journal of Health Geographics, 19*(1), 6. doi:10.1186/s12942-020-00200-w

Kågesten, A., Bajos, N., Bohet, A., and Moreau, C. (2015). Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Human Reproduction, 30*(1), 186-196.

Kan, M. Y., Sullivan, O., and Gershuny, J. (2011). Gender convergence in domestic work: Discern-

ing the effects of interactional and institutional barriers from large-scale data. *Sociology, 45*(2), 234-251.

Kapan, A., Stefanac, S., Sandner, I., Haider, S., Grabovac, I., and Dorner, T. (2020). Use of electronic cigarettes in European populations: a narrative review. *International journal of environmental research and public health, 17*(6), 1971.

Kasstan, B., and Crook, S. (2018). Reproductive rebellions in Britain and the Republic of Ireland: Contemporary and past abortion activism and alternative sites of care. *Feminist Encounters: A Journal of Critical Studies in Culture and Politics, 2*(2), 1-16.

Katz, C. (2021). What happened to the prevention of child maltreatment during CoViD-19? A yearlong into the pandemic reflection. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice, 4*(2), 137–144. doi:10.1007/s42448-021-00076-8

Keygnaert, I., and Guieu, A. (2015). What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reproductive Health Matters, 23*(46), 45-55. doi:10.1016/j.rhm.2015.11.002

Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., and Roelens, K. (2014a). Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy, 114*(2-3), 215-225. doi:10.1016/j.healthpol.2013.10.007

Keygnaert, I., Vettenburg, N., Roelens, K., and Temmerman, M. (2014b). Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *BMC Public Health, 14*(1), 416. doi:10.1186/1471-2458-14-416

Khan, M. A., Menon, P., Govender, R., Samra, A., Nauman, J., Ostlundh, L., Al Kaabi, J. M. (2021). Systematic review of the effects of pandemic confinements on body weight and their determinants. *British Journal of Nutrition*, 1-74. Retrieved from https://doi.org/10.1017/S0007114521000921

King, Hewitt, B., Crammond, B., Sutherland, G., Maheen, H., and Kavanagh, A. (2020). Re-ordering gender systems: can COVID-19 lead to improved gender equality and health? *The Lancet, 396*(10244), 80-81. doi:10.1016/S0140-6736(20)31418-5

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., and Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry, 8*(1), 1-17.

Kinnunen, J. M., Rimpelä, A. H., Lindfors, P. L., Clancy, L., Alves, J., Hoffmann, L., Lorant, V. (2021). Electronic cigarette use among 14-to 17-year-olds in Europe. *European journal of public health, 31*(2), 402-408.

Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., and Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ, 369*.

Kiss, L., Pocock, N. S., Naisanguansri, V., Suos, S., Dickson, B., Thuy, D., Borland, R. (2015). Health of men, women, and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand, and Vietnam: an observational cross-sectional study. *The Lancet Global Health, 3*(3), e154-e161.

Klatzer, E., and Rinaldi, A. (2020). "# nextGenerationEU" Leaves Women Behind. Retrieved from https://alexandrageese.eu/wp-content/uploads/2020/07/Gender-Impact-Assessment-NextGenerationEU_Klatzer_Rinaldi_2020.pdf

Kneck, Å., Mattsson, E., Salzmann-Erikson, M., Klarare, A., and in collaboration with Women Advisory Board for Inclusion, H. (2021). "Stripped of dignity" - Women in homelessness and their perspectives of healthcare services: A qualitative study. *International journal of nursing studies, 120*, 103974. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103974

Knipscheer, J., Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., and van den Muijsenbergh, M. (2015). Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych bulletin, 39*(6), 273-277.

Kolip, P. (2012). Primary Prevention and Health Promotion: Towards Gender-sensitive Interventions. In A. E. Kuhlmann E. (Ed.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 371-388). London: Palgrave Macmillan.

Kragholm, K., Andersen, M. P., Gerds, T. A., Butt, J. H., Østergaard, L., Polcwiartek, C., Fosbøl, E. L. (2020). Association between male sex and outcomes of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) – a Danish nationwide, register-based study. *Clinical Infectious Diseases*. doi:10.1093/cid/ciaa924

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 146-158. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2

Kühlbrandt, C. (2019). Confronting racism in family planning: a critical ethnography of Roma health mediation. *Sexual and Reproductive Health Matters, 27*(1), 83-92.

Leka, S., and Jain, A. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/?sequence=1

Levels, M., Sluiter, R., and Need, A. (2014). A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. *Health Policy, 118*(1), 95-104.

Lorem, G. F., Schirmer, H., Wang, C. E. A., and Emaus, N. (2017). Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Open, 7*(1), e013629. doi:10.1136/bmjopen-2016-013629

Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., and Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *The Milbank Quarterly, 82*(1), 5-99. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00302.x

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., and Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology & Community Health, 65*(5), 412-419. doi:10.1136/jech.2010.112680

Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., and Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE, 12*(5), e0176730. doi:10.1371/journal.pone.0176730

Make Mothers Matter. (forthcoming 2022). Maternal Health Care in Europe.

Mandl, S., Sprenger, C., Schachner, A., Traustadottir, R., Woodin, S., Sha, S., and Schröttle, M. (2014). Access to specialised victim support services for women with disabilities who have experienced violence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27*(4).

Manierre, M. J. (2015). Gaps in knowledge: tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine, 128*, 151-158.

Marmot, M. (2002). The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Affairs (Project Hope), 21*(2), 31-46. doi:10.1377/hlthaff.21.2.31

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., and Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet, 380*(9846), 1011-1029. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8

Martin, M. A., and Lippert, A. M. (2012). Feeding her children, but risking her health: the intersection of gender, household food insecurity and obesity. *Social Science & Medicine, 74*(11), 1754-1764.

Mascherini, M., and Bisello, M. (2020). Covid-19 fallout takes a higher toll on women, economically and domestically. Retrieved from https://

www.socialeurope.eu/covid-19-fallout-takes-higher-toll-on-women

Maugeri, G., Castrogiovanni, P., Battaglia, G., Pippi, R., D'Agata, V., Palma, A., Musumeci, G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon, 6*(6), e04315. doi:10.1016/j.heliyon.2020.e04315

MBRRACE-UK. (2020). Saving Lives, Improving Mothers' Care: Executive Summary. Retrieved from https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_Dec_2020_-_Ex_Summary_v10.pdf

McCarthy, F. P., Lutomski, J. E., and Greene, R. A. (2014). Hyperemesis gravidarum: current perspectives. *International Journal of Women's Health, 6*, 719.

McCartney, G., Dickie, E., Escobar, O., and Collins, C. (2021). Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. *Sociology of health & illness, 43*(1), 20-39.

McCartney, G., Mahmood, L., Leyland, A. H., Batty, G. D., and Hunt, K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tobacco Control, 20*(2), 166-168. doi:10.1136/tc.2010.037929

McGlynn, C., Rackley, E., and Houghton, R. (2017). Beyond 'revenge porn': The continuum of image-based sexual abuse. *Feminist Legal Studies, 25*(1), 25-46.

Mecinska, L., James, C., and Mukungu, K. (2020). Criminalization of women accessing abortion and enforced mobility within the European Union and the United Kingdom. *Women & Criminal Justice, 30*(5), 391-406.

Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., and Lassi, Z. S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst CoViD-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health, 18*(7), 3432.

Mielke, M. M. (2018). Sex and Gender Differences in Alzheimer Disease Dementia. *Psychiatric Times, 35*(11). Retrieved from https://www.psychiatrictimes.com/view/sex-and-gender-differences-alzheimer-disease-dementia

Miralles, O., Sanchez-Rodriguez, D., Marco, E., Annweiler, C., Baztan, A., Betancor, É., Gąsowski, J. (2021). Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *European geriatric medicine, 12*(1), 193-204.

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health, 64*(2), 265-283. doi:10.1007/s00038-018-1196-1

Moreau, C., Shankar, M., Glasier, A., Cameron, S., and Gemzell-Danielsson, K. (2020). Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ sexual & reproductive health*. doi:10.1136/bmjsrh-2020-200724

Morel, N., and Carbonnier, C. (2015). Taking the low road: the political economy of household services in Europe. In *The political economy of household services in Europe* (pp. 1-36): Springer.

Moreno-Pérez, O., Merino, E., Leon-Ramirez, J.-M., Andres, M., Ramos, J. M., Arenas-Jiménez, J., Galan, I. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *Journal of Infection, 82*(3), 378-383.

Mortier, P., Vilagut, G., Ferrer, M., Serra, C., Molina, J. D., López-Fresneña, N., Emparanza, J. I. (2021). Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and anxiety, 38*(5), 528-544.

Mościcki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of*

Epidemiology, 4(2), 152-158. doi:10.1016/1047-2797(94)90062-0

Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ, 364*(194). doi:10.1136/bmj.l94

Naik, Y., Baker, P., Ismail, S. A., Tillmann, T., Bash, K., Quantz, D., Bambra, C. (2019). Going upstream - An umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BMC Public Health, 19*(1). doi:10.1186/s12889-019-7895-6

Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Sehrawat, T. S. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine, 27*, 1-15. Retrieved from https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z

Näsman, A., Du, J., and Dalianis, T. (2020). A global epidemic increase of an HPV-induced tonsil and tongue base cancer–potential benefit from a pan-gender use of HPV vaccine. *Journal of internal medicine, 287*(2), 134-152.

Ndowa, F., Lusti-Narasimhan, M., and Unemo, M. (2012). The serious threat of multidrug-resistant and untreatable gonorrhoea: the pressing need for global action to control the spread of antimicrobial resistance, and mitigate the impact on sexual and reproductive health. *Sexually Transmitted Infections, 88*, 317-318. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2012-050674

Nesson, E. T., and Robinson, J. J. (2019). On the measurement of health and its effect on the measurement of health inequality. *Economics & Human Biology, 35*, 207-221. doi:10.1016/j.ehb.2019.07.003

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International journal of surgery, 78*, 185-193.

Niedzwiedz, C. L., Mitchell, R. J., Shortt, N. K., and Pearce, J. R. (2016). Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(7), 1005-1014. doi:10.1007/s00127-016-1223-6

Nielsen, M. B., and Einarsen, S. (2012). Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. *Occupational medicine, 62*(3), 226-228.

Nölke, L., Mensing, M., Krämer, A., and Hornberg, C. (2015). Sociodemographic and health-(care-) related characteristics of online health information seekers: a cross-sectional German study. *BMC Public Health, 15*(1), 1-12.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international, 13*(4), 349-364.

O'Mahony, J., and Donnelly, T. (2010). Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature: Literature review of immigrant women's post-partum depression experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(10), 917-928. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01625.x

O'Neil, A., Sojo, V., Fileborn, B., Scovelle, A. J., and Milner, A. (2018). The# MeToo movement: an opportunity in public health? *The Lancet, 391*(10140), 2587-2589.

OECD. (2006). Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement. Proceedings of the Copenhagen Symposium. Retrieved from http://www.oecd.org/education/innovation-education/37437718.pdf

OECD. (2013). OECD Skills Outlook 2013: First results from the Survey of Adult Skills. Retrieved from http://skills.oecd.org/OECD_Skills_Outlook_2013.pdf

OECD. (2015). *Tackling harmful alcohol use economics and public health policy: Economics and public health policy*. Paris: OECD publishing. Retrieved from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page1

OECD. (2018). Children & Young People's Mental Health in the Digital Age. Shaping the Future. In: OECD.

OECD. (2019). *Health for Everyone?* Paris: OECD Publishing. Retreived from: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3c8385d0-en/index.html?itemId=/content/publication/3c8385d0-en

OECD. (2020a). *Women at the core of the fight against COVID-19 crisis* Retrieved from https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=127_127000-awfnqj80me&title=Women-at-the-core-of-the-fight-against-COVID-19-crisis&_ga=2.200662630.915551805.1621574840-307602527.1620737804

OECD. (2020b). *Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic*. Retrieved from https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/

OECD/European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*: OECD. Retreived from: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance_eur-2018-en/index.html?itemId=/content/publication/health_glance_eur-2018-en

OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en

Ogg, J., and Rašticová, M. (2020). Introduction: Key Issues and Policies for Extending Working Life. In Á. Ní Léime, J. Ogg, M. Rašticová, D. Street, C. Krekula, M. Bédiová, & I. Madero-Cabib (Eds.), *Extended Working Life Policies* (pp. 3-27). Cham: Springer International Publishing.

Olafsdottir, S. (2017). Gendered health inequalities in mental well-being? The Nordic countries in a comparative perspective. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*(2), 185-194. doi:10.1177/1403494816686027

Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., and Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry, 186*(4), 297-301.

Oram, S., Abas, M., Bick, D., Boyle, A., French, R., Jakobowitz, S., Howard, L. (2016). Human trafficking and health: a survey of male and female survivors in England. *American Journal of Public Health, 106*(6), 1073-1078.

Oram, S., Khalifeh, H., and Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 159-170. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9

Oram, S., Khondoker, M., Abas, M., Broadbent, M., and Howard, L. M. (2015). Characteristics of trafficked adults and children with severe mental illness: a historical cohort study. *The Lancet Psychiatry, 2*(12), 1084-1091.

Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., Gyapong, J. (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet, 383*(9917), 630-667.

Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., and Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(4), 317-341.

Palència, L., De Moortel, D., Artazcoz, L., Salvador-Piedrafita, M., Puig-Barrachina, V., Hagqvist, E., Borrell, C. (2017). Gender Policies and Gender Inequalities in Health in Europe: Results of the SOPHIE Project. *International Journal of Health Services, 47*(1), 61-82. doi:10.1177/0020731416662611

Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., and Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine, 117*, 25-33. doi:10.1016/j.socscimed.2014.07.018

Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., and Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry, 17*(1), 76-89. doi:10.1002/wps.20492

Paul Leigh, J., Leigh, W. A., and Du, J. (2019). Minimum wages and public health: A literature review. *Preventive Medicine, 118*, 122-134. doi:10.1016/j.ypmed.2018.10.005

Pell, M. (2021). Future Directions in Men's Health Technology. In J. P. Alukal, S. Lamm, & T. J. Walsh (Eds.), *Design and Implementation of the Modern Men's Health Center* (pp. 261-271). Cham: Springer International Publishing.

Pelling, L. (2021). *On the Corona Frontline The Experiences of Care Workers in Nine European Countries – Summary Report*. Retrieved from http://library.fes.de/pdf-files/bueros/stockholm/17490.pdf

Pérez-López, F. R., Tajada, M., Savirón-Cornudella, R., Sánchez-Prieto, M., Chedraui, P., and Terán, E. (2020). Coronavirus disease 2019 and gender-related mortality in European countries: A meta-analysis. *Maturitas, 141*, 59-62. doi:10.1016/j.maturitas.2020.06.017

Persad, G., Emanuel, E. J., Sangenito, S., Glickman, A., Phillips, S., and Largent, E. A. (2021). Public Perspectives on COVID-19 Vaccine Prioritization. *JAMA network open, 4*(4), e217943-e217943.

Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., and Van Gelder, N. (2020). *Pandemics and violence against women and children* (Vol. 528): Center for Global Development Washington, DC.

Peters, A., Jansen, W., and van Driel, F. (2010). The female condom: the international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters, 18*(35), 119-128.

Phillips, G., II, Felt, D., Ruprecht, M. M., Wang, X., Xu, J., Pérez-Bill, E., Beach, L. B. (2020). Addressing the disproportionate impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and gender minority populations in the united states: actions toward equity. *LGBT health, 7*(6), 279-282.

Picken, N. E. C. (2020). *Sexuality education across the European Union: An overview*. Retrieved from https://op.europa.eu/s/qqzp

PICUM. (2016). *The sexual and reproductive health rights of undocumented migrants - narrowing the gap between their rights and the reality in the EU*. Retrieved from http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/Sexual-and-Reproductive-Health-Rights_EN.pdf

Pikhart, H., and Pikhartova, J. (2015). *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retreived from: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/relationship-between-psychosocial-risk-factors-and-health-outcomes-of-chronic-diseases-a-review-of-the-evidence-for-cancer-and-cardiovascular-diseases-the

Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., Busch-Geertsema, V., O'Sullivan, E., and Teller, N. (2021). *European Homelessness and COVID 19*. Retrieved from https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2021/European_Homlessness_and_COVID-19Web_(1).pdf

Polish Eurydice Unit. (2016). School meals in Europe. Retrieved from http://www.eurydice.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/meals_raport_ENG.pdf

Porter, C., Lord, J., and Church, K. (2020). Early medical abortion using telemedicine-acceptability to patients. *medRxiv*. Retrieved from https://doi.org/10.1101/2020.11.11.20229377

Pouliakas, K., and Branka, J. (2020). EU Jobs at Highest Risk of COVID-19 Social Distancing: Will the Pandemic Exacerbate Labour Market Divide? *IZA DISCUSSION PAPER*(no. 13281). Retrieved from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3608530

Pulver, A., Ramraj, C., Ray, J. G., O'Campo, P., and Urquia, M. L. (2016). A scoping review of female disadvantage in health care use among very young children of immigrant families. *Social Science & Medicine, 152*, 50-60. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.027

Purvanova, R. K., and Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior, 77*(2), 168-185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006

Ramjan, L., Cotton, A., Algoso, M., and Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health, 56*(2), 141-156. doi:10.1080/03630242.2015.1086463

Raz-Yurovich, L., and Marx, I. (2019). Outsourcing Housework and Highly Skilled Women's Labour Force Participation—An Analysis of a Policy Intervention. *European Sociological Review, 35*(2), 205-224.

Raz-Yurovich, L. (2014). A transaction cost approach to outsourcing by households. *Population and Development Review, 40*(2), 293-309.

Regenold, N., and Vindrola-Padros, C. (2021). Gender Matters: A Gender Analysis of Healthcare Workers' Experiences during the First COVID-19 Pandemic Peak in England. *Social Sciences, 10*(2), 43.

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24-31. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.026

Richter, M., Vereecken, C. A., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S. N., and Currie, C. E. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International journal of public health, 54*(4), 203-212.

Riedl, D., Exenberger, S., Daniels, J. K., Böttcher, B., Beck, T., Dejaco, D., and Lampe, A. (2019). Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' preferences–results from a cross-sectional study. *European journal of psychotraumatology, 10*(1), 1654063.

Rönnblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., Koranyi, I., Orellana, C., Kreshpaj, B., Bodin, T. (2019). Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian journal of work, environment & health, 45*(5), 429-443.

Rosenkrantz, D. E., Black, W. W., Abreu, R. L., Aleshire, M. E., and Fallin-Bennett, K. (2017). Health and health care of rural sexual and gender minorities: A systematic review. *Stigma and Health, 2*(3), 229-243. doi:10.1037/sah0000055

Roychowdhury, D. (2020). Using physical activity to enhance health outcomes across the life span. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology, 5*(1), 2.

Rozenberg, S., Vandromme, J., and Charlotte, M. (2020). Are we equal in adversity? Does Covid-19 affect women and men differently? *Maturitas, 138*, 62-68. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.009

Rubery, J., and Tavora, I. (2020). The Covid-19 crisis and gender equality: risks and opportunities. *Social Policy in the EU*, 2021-2001. Retrieved from https://www.etui.org/sites/default/files/2021-01/06-Chapter4-The%20Covid%E2%80%9119%20crisis%20and%20gender%20equality.pdf

Ruiz-Pérez, I., and Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine, 67*(5), 791-797.

Saab, M. M., Reidy, M., Hegarty, J., O'Mahony, M., Murphy, M., Von Wagner, C., and Drummond, F. J. (2018). Men's information-seeking behavior regarding cancer risk and screening: A meta-narrative systematic review. *Psycho-oncology, 27*(2), 410-419.

Sánchez-López, M., and Limiñana-Gras, R. M. (2017). Health From a Gender Perspective: The State of the Art. The State of the Art. In M. Sánchez-López, Limiñana-Gras, R. M. (Ed.), *The*

Psychology of Gender and Health: Conceptual and Applied Global Concerns (pp. 1-52).

Sarkar, N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 28*(3), 266-271.

Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., and Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy, 123*(9), 851-863.

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., and Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(4), 261-268.

Schrijvers, D. L., Bollen, J., and Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 138*(1), 19-26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050

Segrave, M., and Pfitzner, N. (2020). *Family violence and temporary visa holders during COVID* (0648896633). Retrieved from Clayton Vic Australia: https://research.monash.edu/en/publications/family-violence-and-temporary-visa-holders-during-covid

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., and Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 49*, 106-118. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.002

Sekulic, D., Blazevic, M., Gilic, B., Kvesic, I., and Zenic, N. (2020). Prospective analysis of levels and correlates of physical activity during COVID-19 pandemic and imposed rules of social distancing; gender specific study among adolescents from Southern Croatia. *Sustainability, 12*(10), 4072.

Sen, G., and Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health, 3*(sup1), 1-12. doi:10.1080/17441690801900795

Shallcross, L., Burke, D., Abbott, O., Donaldson, A., Hallatt, G., Hayward, A., Wardman, L. (2021). Factors associated with SARS-CoV-2 infection and outbreaks in long-term care facilities in England: a national cross-sectional survey. *The Lancet Healthy Longevity, 2*(3), e129-e142.

Sharma, G., Volgman, A. S., and Michos, E. D. (2020). Sex differences in mortality from COVID-19 pandemic: are men vulnerable and women protected? *Case Reports, 2*(9), 1407-1410.

Shen, S., and Kusunoki, Y. (2019). Intimate partner violence and psychological distress among emerging adult women: A bidirectional relationship. *Journal of Women's Health, 28*(8), 1060-1067.

Sidor, A., and Rzymski, P. (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients, 12*(6), 1657.

Siegrist, J., Rosskam, E., and Leka, S. (2016). Work and worklessness: Final report of the task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers. *World Health Organization (Ed). Copenhagen*.

Sigfrid, L., Drake, T. M., Pauley, E., Jesudason, E. C., Olliaro, P., Lim, W. S., McPeake, J. (2021). Long Covid in adults discharged from UK hospitals after Covid-19: A prospective, multicentre cohort study using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. *medRxiv*. Retrieved from https://doi.org/10.1101/2021.03.18.21253888

Silva, M., Loureiro, A., and Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *European Journal of Psychiatry, 30*(4), 259-292. Retrieved from http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85010458329&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=feee411256b82b823d37427684dd4f66&sot=a&sdt=a&sl=134&s=TITLE-ABS-KEY%28gender%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28health%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28%22social+determinant*%22%29+AND+TITLE-ABS-KEY+%28re-

view%29+AND+PUBYEAR+%3e+2015&relpos=129&citeCnt=46&searchTerm=

Silva, S. A., Silva, S. U., Ronca, D. B., Gonçalves, V. S. S., Dutra, E. S., and Carvalho, K. M. B. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE, 15*(4), e0232007. doi:10.1371/journal.pone.0232007

Šimonović, D. (2020). *Intersection between the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and the pandemic of gender-based violence against women, with a focus on domestic violence and the "peace in the home" initiative*. Retrieved from www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/SRVAW_CEDAW_FrameworkCooperation.pdf.

Smalley, K. B. (2018). Gender and sexual minority health: history, current state, and terminology. In K. B. Smalley, Warren, J. C., Barefoot, K. N (Ed.), *LGBT health-meeting the needs of gender and sexual minorities.* New York: Springer Publishing Company.

Smith, J. P. (1999). Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association, 13*(2), 144-166. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697076/

Smyth, C., Cullen, P., Breckenridge, J., Cortis, N., and Valentine, K. (2021). COVID-19 lockdowns, intimate partner violence and coercive control. *Australian Journal of Social Issues*. Retrieved from https://doi.org/10.1002/ajs4.162

Sobotka, T., Brzozowska, Z., Muttarak, R., Zeman, K., and di Lego, V. (2020). Age, gender and COVID-19 infections. *medRxiv*. Retrieved from https://doi.org/10.1101/2020.05.24.20111765

Sobotka, T., Jasilioniene, A., Galarza, A. A., Zeman, K., Nemeth, L., and Jdanov, D. (2021). Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new STFF data series. Retrieved from https://osf.io/preprints/socarxiv/mvy62/

Sojo, V. E., Wood, R. E., and Genat, A. E. (2016). Harmful workplace experiences and women's occupational well-being: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly, 40*(1), 10-40.

Solmi, F., Downs, J. L., and Nicholls, D. E. (2021). COVID-19 and eating disorders in young people. *The Lancet Child & Adolescent Health, 5*(5), 316-318.

Song, C., Buysse, A., Zhang, W., Lu, C., Zhao, M., and Dewaele, A. (2020). Coping with minority stress in romantic relationships among lesbian, gay and bisexual people. *Current Psychology*, 1-12. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s12144-020-01188-z

Standish, K. (2021). A coming wave: Suicide and gender after COVID-19. *Journal of Gender Studies, 30*(1), 114-118.

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher– Lancet Commission. *The Lancet, 391*(10140), 2642-2692. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., and Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038

Stefko, R., Gavurova, B., Ivankova, V., and Rigelsky, M. (2020). Gender Inequalities in Health and Their Effect on the Economic Prosperity Represented by the GDP of Selected Developed Countries—Empirical Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(10), 3555. doi:10.3390/ijerph17103555

Stein, D. J., Benjet, C., Gureje, O., Lund, C., Scott, K. M., Poznyak, V., and van Ommeren, M. (2019). Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ, 364*(1245). doi:10.1136/bmj.l295

Stephens, A. S., Gupta, L., Thackway, S., and Broome, R. A. (2017). Socioeconomic, remote-

ness and sex differences in life expectancy in New South Wales, Australia, 2001–2012: a population-based study. *BMJ Open, 7*(1), e013227. doi:10.1136/bmjopen-2016-013227

Straus, M. A., and Douglas, E. M. (2019). Concordance between parents in perpetration of child mistreatment: how often is it by father-only, mother-only, or by both and what difference does it make? *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(3), 416-427.

Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., Schuch, F. B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Research, 249*, 102-108.

Sullivan, C. M., and Bybee, D. I. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 43.

Syamlal, G., Mazurek, J. M., and Dube, S. R. (2014). Gender Differences in Smoking Among U.S. Working Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(4), 467-475. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.013

The Lancet Public Health. (2019). Time to tackle the physical activity gender gap. *The Lancet Public Health, 4*(8), e360. doi:10.1016/S2468-2667(19)30135-5

Thibaut, F. (2018). Gender Differences in Addiction: Clinical Implications. *Psychiatric Times, 35*(11). Retrieved from https://www.psychiatrictimes.com/view/gender-differences-addiction-clinical-implications

Tiggemann, M., and Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 46*(6), 630-633.

Tiggemann, M., and Slater, A. (2014). NetTweens: The Internet and body image concerns in preteenage girls. *The Journal of Early Adolescence, 34*(5), 606-620.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., and Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics, 84*(3), 167-176.

Townsend, M. (2020). Shock new figures fuel fears of more lockdown domestic abuse killings in UK. *The guardian*. Retrieved from https://www.theguardian.com/society/2020/nov/15/shock-new-figures-fuel-fears-of-more-lockdown-domestic-abuse-killings-in.uk

Uccheddu, D., Gauthier, A. H., Steverink, N., and Emery, T. (2019). Gender and Socioeconomic Inequalities in Health at Older Ages across Different European Welfare Clusters: Evidence from SHARE Data, 2004-2015. *European Sociological Review, 35*(3), 346-362. doi:10.1093/esr/jcz007

UN. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. *New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs*.

UN Women. (2020). The Shadow Pandemic: Violence against women during COVID-19. Retrieved from https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19

UN Women, and WHO. (2020). Violence against women and girls: Data collection during COVID-19. *New York: UN Women and WHO*.

UNFPA. (2020). *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Out_of_School_CSE_Guidance_with_References_for_Web.pdf

UNFPA. (2021). *My Body is My Own. Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination*. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf

Vagianos, A. (2020). COVID-19's economic impact is forcing some victims of violence to return to their abusers. . *The Huffington Post*.

Retrieved from https://www.huffpost.com/entry/economic-impact-coronavirus-sexual-assault-domestic-violence-me-too_n_5fb53351c5b664958c7c9c60

Valero, E., Martin, U., Bacigalupe, A., and Utzet, M. (2020). The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 94*, 1-13. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s00420-020-01605-7

van Daalen, K. R., Bajnoczki, C., Chowdhury, M., Dada, S., Khorsand, P., Socha, A., Torres, I. (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. *BMJ global health, 5*(10), e003549.

Van de Velde, S., Bracke, P., and Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine, 71*(2), 305-313. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.035

Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., and Bambra, C. (2013). Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of health & illness, 35*(5), 682-698.

Vives Vergara, A. (2010). *A multidimensional approach to precarious employment: measurement, association with poor mental health and prevalence in the Spanish workforce*: Universitat Pompeu Fabra.

Voicu, M., and Bădoi, D. (2021). Fertility and the COVID-19 crisis: do gender roles really matter? *European Societies, 23*(sup1), S199-S214. doi:10.1080/14616696.2020.1822537

Wade, T. J., Veldhuizen, S., and Cairney, J. (2011). Prevalence of Psychiatric Disorder in Lone Fathers and Mothers: Examining the Intersection of Gender and Family Structure on Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(9), 567-573. doi:10.1177/070674371105600908

Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports, 19*(5), 28. doi:10.1007/s11920-017-0780-z

Wajcman, J. (2015). *Pressed for time: The acceleration of life in digital capitalism*. Retrieved from Chicago:

Wang, Y., Hunt, K., Nazareth, I., Freemantle, N., and Petersen, I. (2013). Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open, 3*(8).

Weber, L., and Castellow, J. (2012). Feminist Research and Activism to Promote Health Equity. In S. Hesse-Biber (Ed.), *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis* (2 ed., pp. 434-454). doi:10.4135/9781483384740

Weil, S. (2020). Gendering–Coronavirus (COVID-19) and Femicide. *The European Sociologist, 1*(45).

Wendland, E. M., Villa, L. L., Unger, E. R., Domingues, C. M., and Benzaken, A. S. (2020). Prevalence of HPV infection among sexually active adolescents and young adults in Brazil: The POP-Brazil Study. *Scientific Reports, 10*(1), 1-10.

Wessells, H. (2021). Urologic Disease in the Aging Male: A Look Across the Lifespan. In J. P. Alukal, S. Lamm, & T. J. Walsh (Eds.), *Design and Implementation of the Modern Men's Health Center* (pp. 3-11). Cham: Springer International Publishing.

WHO. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998.* Paper presented at the Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project: report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998.

WHO. (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation* (Vol. 916). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the so-

cial determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. *World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=365271ACE2052888542881700EEDCA8B?sequence=1

WHO. (2011). WHO Gender Responsive Assessment Scale: criteria for assessing programmes and policies. Retrieved from https://www.who.int/gender/mainstreaming/GMH_Participant_GenderAssessmentScale.pdf

WHO. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2014). *Policy summary 15. What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population?* Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/270138/PS15-web.pdf

WHO. (2015). Health 2020: Education and health through the life-course. Sector brief on Education health. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/324619/Health-2020-Education-and-health-through-the-life-course-en.pdf

WHO. (2016a). *Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being* (9289051361). Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf

WHO. (2016b). *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2017). *Fact sheets on sustainable development goals: health targets: Maternal health*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/354921/3.1-SDG-Fact-sheet-Maternal-Health.pdf

WHO. (2018). Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Mental health Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf

WHO. (2019a). *Breaking barriers: Towards more gender-responsive and equitable health systems*. Retrieved from https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf?ua=1

WHO. (2019b). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe* (9289054050). Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf.

WHO. (2019c). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce* (978-92-4-151546-7). Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?ua=1

WHO. (2019d). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

WHO. (2019e). *Healthy, prosperous lives for all: the European health equity status report* (9289054255). Retrieved from https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019

WHO. (2019f). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary*. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report-executive-summary

WHO. (2019g). *Why using a gender approach can accelerate noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/399063/GenderApproachAndNCDsPreventionAndControl-eng.PDF

WHO. (2020a). *Adolescent mental health*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

WHO. (2020b). COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/

WHO. (2020c). *Gender and COVID-19*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332080/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2020d). Healthy diet Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

WHO. (2020). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Retrieved from https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

WHO. (2020f). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak* Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf

WHO. (2020g). *Strengthening Preparedness for Health Emergencies; Implementation of International Health Regulations. Draft resolution proposed by Argentina, Chile, Finland, France, Indonesia, Netherlands, Rwanda, Singapore and Zambia*. Paper presented at the Executive Board: 146th session. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF17-en.pdf

WHO. (2020h). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

WHO and World Bank. (2011). *World Disability Report* (978-92-4-156418-2). Retrieved from https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability

WHO Regional Office for Europe. (2016a). *Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/333912/strategy-womens-health-en.pdf?ua=1

WHO Regional Office for Europe. (2016b) *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*. Retrieved from https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/womens-health-andwell-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016

WHO Regional Office for Europe. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf

WHO Regional Office for Europe. (2018a). *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/394894/MHR_strategy_Eng_online.pdf

WHO Regional Office for Europe (2018b). *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/394894/MHR_strategy_Eng_online.pdf

WHO Regional Office for Europe. (2020a). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children ('HBSC)' survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104

WHO Regional Office for Europe. (2020b). *Summary results of the Global Youth Tobacco Survey in selected countries of the WHO European Region*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336752/WHO-EURO-2020-1513-41263-56157-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO Regional Office for Europe. (2020c). *The WHO European health equity status report initi-*

ative: understanding the drivers of health equity: the power of political participation. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337952/WHO-EURO-2020-1697-41448-56504-eng.pdf

WHO Regional Office for Europe. (2021a). *Through a gender lens: women and tobacco in the WHO European Region.* . Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339328/WHO-EURO-2021-1847-41598-56811-eng.pdf

WHO Regional Office for Europe. (2021b). *VIOLENCE AGAINST WOMEN PREVALENCE ESTIMATES, 2018*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341602/WHO-SRH-21.9-eng.pdf

WHO Regional Office for Europe and BZgA. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists* (C. Winkelmann Ed. 1.1.9.10 ed.). Köln: BZgA. Retrieved from: https://www.amsterdamuas.com/safe/lecturers/literature/standards-for-sexuality-education-in-europe.html#:~:text=A%20framework%20for%20policy%20makers%2C%20educational%20and%20health,countries%20should%20entail%2C%20ordered%20according%20to%20age%20groups.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Xu, J., Lombardi, G., Jiao, W., and Banfi, G. (2016). Effects of exercise on bone status in female subjects, from young girls to postmenopausal women: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Sports Medicine, 46*(8), 1165-1182.

Young, H. M., Bell, J. F., Whitney, R. L., Ridberg, R. A., Reed, S. C., and Vitaliano, P. P. (2020). Social determinants of health: Underreported heterogeneity in systematic reviews of caregiver interventions. *The Gerontologist, 60*(Supplement_1), S14-S28.

Yu, S. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry, 8*(1), 1-10. doi:10.1038/s41398-018-0148-0

Yuen, F., Nguyen, B. T., Swerdloff, R. S., and Wang, C. (2020). Continuing the search for a hormonal male contraceptive. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 66*, 83-94. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.003

Zero, O., and Geary, M. (2020). COVID-19 and Intimate Partner Violence: A Call to Action. *Rhode Island medical journal, 103*(5).

Zintel, S., Flock, C., Arbogast, A. L., Forster, A., von Wagner, C., and Sieverding, M. (2021). Gender differences in the intention to get vaccinated against COVID-19-A systematic review and meta-analysis. Retrieved from https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3803323

Annexes

Annex 1. List of indicators of the Gender Equality Index

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
WORK	Participation	1	FTE employment rate (%, 15+ population)	The FTE employment rate is a unit to measure employed persons in a way that makes them comparable even though they may work a different number of hours per week. The unit is obtained by comparing an employee's average number of hours worked to the average number of hours worked by a full-time worker. A full-time worker is therefore counted as one FTE employee, while a part-time worker gets a score in proportion to the hours she or he works. For example, a part-time worker employed for 20 hours a week where full-time work consists of 40 hours is counted as 0.5 FTE.	Eurostat, EU-LFS Eurostat calculations according to EIGE's request (2005–2015). Author's calculations 2017, 2018, 2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
		2	Duration of working life (years, 15+ population)	The duration of working life indicator measures the number of years a person aged 15 is expected to be active in the labour market throughout his/her life.	Eurostat, EU-LFS Duration of working life (lfsi_dwl_a)	2010	2012	2015	2017	2018	2019
	Segregation and quality of work	3	Employed people in education, human health and social work activities (%, 15+ employed)	Percentage of people employed in the following economic activities out of total employed (based on NACE Rev. 2) are included: P. Education + Q. Human health and social work, as percentage of total activities (all NACE activities).	Eurostat, EU-LFS Employment by sex, age and economic activity (lfsa_egan2)	2010	2012	2015	2017	2018	2019
		4	Ability to take 1 or 2 hours off during working hours to take care of personal or family matters (%,15+ workers)	Percentage of persons who answered 'very easy' out of total (1, 2, 3, 4), question Q47. Would you say that, for you, arranging to take an hour or two off during working hours to take care of personal or family matters is ...? (1) Very easy; (2) Fairly easy; (3) Fairly difficult; (4) Very difficult.	Eurofound, European Working Conditions Survey (EWCS) Author's calculation with microdata	2015	2015	2015	2015	2015	2015
		5	Career Prospects Index (points, 0–100)	The Career Prospects Index combines the indicators of employment status (self-employed or employee), type of contract, the prospects for career advancement as perceived by the worker, perceived likelihood of losing one's job and experience of downsizing in the organisation. It is measured on a scale of 0–100, where the higher the score, the higher the job quality.	Eurofound, EWCS Calculated by Eurofound	2015	2015	2015	2015	2015	2015

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
MONEY	Financial resources	6	Mean monthly earnings (PPS, working population)	Mean monthly earnings in PPS (Purchasing Power Standard), in the sectors of Industry, construction and services (except public administration, defence, compulsory social security) (NACE_R2: B-S_X_O, total age group, working in companies with 10 or more employees)	Eurostat, Structure of Earnings Survey (SES) Mean monthly earnings by sex, age and economic activity (earn_ses10_20), (earn_ses14_20), (earn_ses18_20)	2010	2010	2014 EL and HR 2010	2014	2014	2018 EL 2014
	Financial resources	7	Mean equivalised net income (PPS, 16+ population)	Equivalised disposable income in PPS (Purchasing Power Standard), is the total income of a household, after tax and other deductions, that is available for spending or saving, divided by the number of household members converted into equalised adults; household members are equalised or made equivalent by weighting each according to their age, using the so-called modified OECD equivalence scale.	Eurostat, EU-SILC Mean and median income by age and sex [ilc_di03] EU27: Author's calculations (2010, 2012, 2015, 2017)	2010	2012	2015	2017	2018	2019
	Economic situation	8	Not-at-risk-of-poverty, ≥60 % of median income (%, 16+ population)	Reversed indicator of at-risk-of poverty rate, calculated as 100 minus at-risk-of-poverty rate. The at-risk-of-poverty rate is the share of people with an equivalised disposable income (after social transfers) below the at-risk-of-poverty threshold, which is set at 60 % of the national median equivalised disposable income after social transfers.	Eurostat, EU-SILC At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex (ilc_li02)	2010	2012	2015	2017	2018	2019
	Economic situation	9	S20/S80 income quintile share (16+ population)	Calculated as 1/'S80/S20 income quintile share ratio' * 100. The income quintile share ratio (also called the S80/S20 ratio) is a measure of the inequality of income distribution. It is calculated as the ratio of total income received by the 20 % of the population with the highest income (the top quintile) to that received by the 20% of the population with the lowest income (the bottom quintile). The Index uses a 'reversed' version of this indicator.	Eurostat, EU-SILC Eurostat calculations on EIGE's request	2010	2012	2015 IE 2014	2017	2018	2019

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
KNOWLEDGE	Attainment and participation	10	Graduates of tertiary education (%, 15+ population)	Educational attainment measures the share of highly educated people among men and women. People with tertiary education as their highest level successfully completed (levels 5–8), percentage from total +15 population	Eurostat, EU-LFS Eurostat calculations as per EIGE's request (2005–2015). Author's calculations 2017, 2018, 2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
		11	People participating in formal or non-formal education and training (%, 15+ population)	Percentage of people participating in formal or non-formal education and training, out of total population of 15+. Lifelong learning encompasses all purposeful learning activity, whether formal, non-formal or informal, undertaken on an ongoing basis with the aim of improving knowledge, skills and competence. The reference period for the participation in education and training is the 4 weeks preceding the interview.	Eurostat, EU-LFS Eurostat calculations as per EIGE's request (2005–2015). EIGE's calculations 2017, 2018, 2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
	Segregation	12	Tertiary students in the fields of education, health and welfare, humanities and art (tertiary students) (%, 15+ population)	Percentage of persons who are studying in the following areas: (2010–2012), EF14 (teacher training and education science) + EF2 (humanities and arts) + EF7 (health and welfare) out of total students. (2013–2018) (F01 – education, F02 – arts and humanities, F09 – health and welfare) Until 2012, International Standard Classification of Education (ISCED) levels 5–6; after that, ISCED levels 5–8.	Eurostat, education statistics Tertiary students by field of education and sex (2010–2012) (educ_enrl5). Students enrolled in tertiary education by education level, programme orientation, sex and field of education (2013–2018) [educ_uoe_enrt03]	2010 LU 2011	2012	2015 IE, EL, 2014	2017 BG, CZ, IE, EL, FR, HR, IT, CY, HU, MT, PT, RO, SK, FI, SE, UK. 2016. SI, ED7 (Master or equivalent) n/a, 2016 used	2017 SI, ED7 (Master or equivalent) n/a, 2016 used	2018 BG, EE, EL, LT, RO, FI, ED5 – short-cycle tertiary education n/a

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
TIME	Care activities	13	People caring for and educating their children or grandchildren, elderly or people with disabilities, every day (%, 18+ population)	Percentage of people involved in at least one of these caring activities outside paid work every day: care for children, grandchildren, elderly and/or disabled people. Question: (in general) how often are you involved in any of the following activities outside paid work? 2016: Q42a Caring for and/or educating your children; Q42b Caring for and/or educating your grandchildren; Q42d Caring for disabled or infirm family members, neighbours or friends under 75 years old; Q42e Caring for disabled or infirm family members, neighbours or friends aged 75 or older; 2012: Q36a caring for your children/grandchildren; Q36c Caring for elderly or disabled relatives; 2007: Q36c Caring for elderly or disabled relatives; 2003: Q37a Caring for and educating children; Q37c Caring for elderly or disabled relatives	Eurofound, EQLS EIGE's calculation with microdata	2007	2012	2016	2016	2016	2016
	Social activities	14	People doing cooking and/or housework, every day (%, 18+ population)	Percentage of people involved in cooking and/or housework outside paid work, every day. Questions: How often are you involved in any of the following activities outside paid work? 2016: Q42c Cooking and/or housework; 2012 Q36b Cooking and/or housework; 2007: Q36b Cooking and housework; 2003:Q37b Housework	Eurofound, EQLS EIGE's calculation with microdata	2007	2012	2016	2016	2016	2016
		15	Workers doing sporting, cultural or leisure activities outside their home, at least daily or several times a week (%, 15+ workers)	Percentage of working people doing sporting, cultural or leisure activities at least every other day (daily + several times a month out of total). Question: 2015 On average, how many hours per day do you spend on the activity? Q95g Sporting, cultural or leisure activity outside your home.	Eurofound, EWCS EIGE's calculation with microdata	2015	2015	2015	2015	2015	2015
	Social activities	16	Workers involved in voluntary or charitable activities, at least once a month (%, 15+ workers)	Percentage of working people involved in voluntary or charitable activities, at least once a month. Questions: 2015 On average, how many hours per day do you spend on the activity? Q95a Voluntary or charitable activities; daily; several times a week; several times a month; less often; never. (1–3 out of total (who answered 1–5)). 2005 (EF4.1a), 2010 (EF3a) In general, how often are you involved in voluntary or charitable activity outside your home/outside work? (1) Every day for 1 hour or more; (2) Every day or every second day for less than 1 hour; (3) Once or twice a week; (4) Once or twice a month; (5) Once or twice a year; (6) Never. (1–4 out of total (who answered 1–6)).	Eurofound, EWCS EIGE's calculation with microdata	2010	2010	2015	2015	2015	2015

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
POWER	Political	17	Share of ministers (% W, M)	Share of ministers.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2009–2010–2011	2011–2012–2013	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020
		18	Share of members of parliament (% W, M)	Share of members of parliament.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2009–2010–2011	2011–2012–2013	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020
		19	Share of members of regional assemblies (% W, M)	Share of members of regional assemblies.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	Regional assembly 2009–2010–2011	Regional assem-bly 2011–2012–2013	Regional assembly 2014–2015–2016	Regional assembly 2016–2017–2018	Regional assembly 2017–2018–2019	Regional assembly 2018–2019–2020
						Local level politics 2011	Local level politics 2013	Local level politics 2015	Local level politics 2017	Local level politics 2019	Local level politics 2020
	Economic	20	Share of members of boards in largest quoted companies, supervisory board or board of directors (% W, M)	Share of members of boards in largest quoted companies.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2009–2010–2011	2011–2012–2013	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020
		21	Share of board members of central bank (% W, M)	Share of board members of central bank.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2009–2010–2011	2011–2012–2013	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020
	Social	22	Share of board members of research funding organisations (% W, M)	Members of the highest decision-making bodies of research funding organisations	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2017	2017	2017	2017–2018 IT: only 2017	2017–2018–2019 IT, RO: only 2018 (break in time series)	2018–2019–2020 IT, RO: only 2018 (break in time series)
		23	Share of board members in publicly owned broadcasting organisations (% W, M)	Share of board members in publicly owned broadcasting organisations.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2014	2014	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020
		24	Share of members of highest decision-making body of the national Olympic sport organisations (% W, M)	Share of members of highest decision-making body of the 10 most popular national Olympic sport organisations.	EIGE, Gender Statistics Database, WMID EIGE's calculation	2015	2015	2015	2015–2018	2015–2018–2019	2018–2019–2020

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
HEALTH	Status	25	Self-perceived health, good or very good (%, 16+ population)	Percentage of people assessing their health as 'Very good' or 'Good' out of total. The concept is operationalised by a question on how a person perceives his/her health in general using one of the answer categories very good/good/fair/bad/very bad.	Eurostat, EU-SILC Self-perceived health by sex, age and labour status (%) [hlth_silc_01]	2010	2012 HR, 2011 (M)	2015	2017	2018	2019
	Status	26	Life expectancy in absolute value at birth (years)	Life expectancy at a certain age is the mean additional number of years that a person of that age can expect to live, if subjected throughout the rest of his or her life to the current mortality conditions (age-specific probabilities of dying, i.e. the death rates observed for the current period).	Eurostat, Mortality data Healthy life years (from 2004 onwards) [hlth_hlye], indicators F_0_LE – Life expectancy in absolute value at birth – females and M_0_LE – Life expectancy in absolute value at birth.	2010 Total: average of women and men IT: 2009	2012 Total: average of women and men SE: 2011	2015 Total: average of women and men	**2016** Total: average of women and men	2018	2019
	Status	27	Healthy life years in absolute value at birth (years)	Healthy life years measures the number of remaining years that a person of specific age is expected to live without any severe or moderate health problems. Healthy life years is a composite indicator that combines mortality data with health status data from health mini-module (EU-SILC): the self-perceived question, which aims to measure the extent of any limitations, for at least 6 months, because of a health problem that may have affected respondents as regards activities they usually do.	Eurostat, EU-SILC and mortality data Healthy Life Years (from 2004 onwards) [hlth_hlye], indicators F_0_DFLE – Healthy life years in absolute value at birth – females and M_0_DFLE – Healthy life years in absolute value at birth – males	2010 Total: average of women and men IT: 2009	2012 Total: average of women and men SE: 2011	2015 Total: average of women and men	2016 Total: average of women and men	2018	2019 BE: break in times series

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
HEALTH	Behaviour	28	People who do not smoke and are not involved in harmful drinking (%, 16+ population)	Percentage of people who are not involved in risky behaviour, that is do not smoke and are not involved in heavy episodic drinking. Heavy episodic drinking is intaking six drinks or 60+ g of pure alcohol on one occasion, monthly or more often, during the previous 12 months. A drink is defined as a glass of wine, glass of beer, shot of whiskey, etc. Everyone smoking and/or involved in harmful drinking is regarded as exercising risky behaviour.	Eurostat, EHIS Eurostat calculations according to EIGE's request	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average FR, NL: EIGE estimation
		29	People doing physical activities and/or consuming fruits and vegetables (%, 16+ population)	Percentage of people who are physically active for at least 150 minutes per week and/or consume at least five portions of fruit and vegetables per day. Both reflect the official recommendation of WHO. Eurostat provides information on the time spent on health-enhancing (non-work-related) aerobic physical activity (in minutes per week), including sports and cycling to get to and from places. Five portions (400 g) of fruit and vegetables exclude juices from concentrates and potatoes (starches).	Eurostat, EHIS Eurostat calculations on EIGE's request	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation	2014 EU: Non-weighted average BE, NL: EIGE estimation
	Access	30	Population without unmet needs for medical examination (%, 16+ population)	Self-reported unmet needs for medical examination. The variables refer to the respondent's own assessment of whether he or she needed examination or treatment, but did not have it. Percentage of persons 'No unmet needs to declare'. Medical care: refers to individual healthcare services (medical examination or treatment excluding dental care) provided by or under direct supervision of medical doctors or equivalent professions according to national healthcare systems.	Eurostat, EU-SILC Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile (%) [hlth_silc_08]	2010	2012	2015	2017	2018	2019
		31	People without unmet needs for dental examination (%, 16+ population)	Self-reported unmet needs for dental examination. The variables refer to the respondent's own assessment of whether he or she needed the examination or treatment, but did not have it. Percentage of persons 'No unmet needs to declare'. Dental care: refers to individual healthcare services provided by or under direct supervision of stomatologists (dentists). Healthcare provided by orthodontists is included.	Eurostat, EU-SILC Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, detailed reason and income quintile (%) [hlth_silc_09]	2010	2012	2015	2017	2018	2019

Domain	Sub-domain	N	Indicator and reference population	Description	Source	Index edition					
						2013	2015	2017	2019	2020	2021
						Data used					
Additional variable			Population in age group 18+	Number of people aged 18 years and older in the country	Eurostat, population statistics (1) Population on 1 January by broad age group and sex [demo_pjanbroad] (2) Population on 1 January by age and sex [demo_pjan]	2009–2010–2011	2011–2012–2013	2014–2015–2016	2016–2017–2018	2017–2018–2019	2018–2019–2020

Annex 2. Gender Equality Index scores

Table 4. Gender Equality Index scores, ranks and changes in score by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

MS	Scores (points)						Ranks						Changes in scores	
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010 to 2019	2018 to 2019
EU	**63.1**	**64.4**	**65.7**	**66.9**	**67.4**	**68.0**	–	–	–	–	–	–	**4.9**	**0.6**
BE	69.3	70.2	70.5	71.1	71.4	72.7	5	5	6	7	8	8	3.4	1.3
BG	55.0	56.9	58.0	58.8	59.6	59.9	16	14	15	18	18	18	4.9	0.3
CZ	55.6	56.7	53.6	55.7	56.2	56.7	13	16	22	20	22	22	1.1	0.5
DK	75.2	75.6	76.8	77.5	77.4	77.8	2	2	2	2	2	2	2.6	0.4
DE	62.6	64.9	65.5	66.9	67.5	68.6	10	11	11	11	11	10	6.0	1.1
EE	53.4	53.5	56.7	59.8	60.7	61.6	20	21	19	16	17	17	8.2	0.9
IE	65.4	67.7	69.5	71.3	72.2	73.1	8	7	7	6	6	7	7.7	0.9
EL	48.6	50.1	50.0	51.2	52.2	52.5	27	27	27	27	27	27	3.9	0.3
ES	66.4	67.4	68.3	70.1	72.0	73.7	7	8	10	8	7	6	7.3	1.7
FR	67.5	68.9	72.6	74.6	75.1	75.5	6	6	5	3	3	4	8.0	0.4
HR	52.3	52.6	53.1	55.6	57.9	59.2	24	22	23	21	19	19	6.9	1.3
IT	53.3	56.5	62.1	63.0	63.5	63.8	21	17	13	13	13	14	10.5	0.3
CY	49.0	50.6	55.1	56.3	56.9	57.0	26	26	21	19	20	21	8.0	0.1
LV	55.2	56.2	57.9	59.7	60.8	62.1	15	18	16	17	16	16	6.9	1.3
LT	54.9	54.2	56.8	55.5	56.3	58.4	17	20	18	22	21	20	3.5	2.1
LU	61.2	65.9	69.0	69.2	70.3	72.4	11	10	8	9	9	9	11.2	2.1
HU	52.4	51.8	50.8	51.9	53.0	53.4	23	24	26	26	26	26	1.0	0.4
MT	54.4	57.8	60.1	62.5	63.4	65.0	18	13	14	14	14	13	10.6	1.6
NL	74.0	74.0	72.9	72.1	74.1	75.9	3	4	4	5	5	3	1.9	1.8
AT	58.7	61.3	63.3	65.3	66.5	68.0	12	12	12	12	12	11	9.3	1.5
PL	55.5	56.9	56.8	55.2	55.8	56.6	14	15	17	23	23	23	1.1	0.8
PT	53.7	54.4	56.0	59.9	61.3	62.2	19	19	20	15	15	15	8.5	0.9
RO	50.8	51.2	52.4	54.5	54.4	54.5	25	25	24	24	25	25	3.7	0.1
SI	62.7	66.1	68.4	68.3	67.7	67.6	9	9	9	10	10	12	4.9	– 0.1
SK	53.0	52.4	52.4	54.1	55.5	56.0	22	23	25	25	24	24	3.0	0.5
FI	73.1	74.4	73.0	73.4	74.7	75.3	4	3	3	4	4	5	2.2	0.6
SE	80.1	79.7	82.6	83.6	83.8	83.9	1	1	1	1	1	1	3.8	0.1

Table 5. Gender Equality Index scores and ranks, by domain and EU Member State, 2010

MS	Scores (points)							Ranks						
	Index	Work	Money	Knowledge	Time	Power	Health	Index	Work	Money	Knowledge	Time	Power	Health
EU	**63.1**	**69.7**	**79.1**	**59.8**	**65.2**	**41.9**	**86.7**	–	–	–	–	–	–	–
BE	69.3	72.7	85.5	70.6	70.3	47.9	86.5	5	7	4	3	7	7	13
BG	55.0	67.9	60.8	50.4	43.9	45.8	75.3	16	19	24	23	24	8	26
CZ	55.6	64.9	73.8	55.4	53.8	31.0	85.7	13	24	17	16	19	15	16
DK	75.2	79.8	83.6	73.2	80.4	58.0	90.3	2	2	7	1	3	3	5
DE	62.6	70.0	83.2	56.3	69.8	38.3	89.3	10	17	9	14	9	10	9
EE	53.4	71.2	65.5	51.6	73.7	21.9	82.7	20	14	23	22	5	25	21
IE	65.4	73.5	85.5	65.3	70.8	37.2	90.7	8	6	3	7	6	11	3
EL	48.6	63.6	75.3	53.4	35.6	22.3	84.3	27	26	16	21	27	24	19
ES	66.4	71.8	77.1	63.5	60.8	52.6	88.6	7	11	15	8	13	5	10
FR	67.5	71.5	83.5	62.0	66.6	52.4	86.7	6	12	8	9	11	6	12
HR	52.3	67.2	68.6	49.9	49.8	28.4	81.5	24	20	22	25	22	20	23
IT	53.3	61.3	78.9	53.8	55.1	25.2	86.3	21	27	14	20	15	22	15
CY	49.0	70.5	80.7	55.5	45.9	15.4	86.4	26	16	11	15	23	27	14
LV	55.2	72.6	58.9	49.2	62.0	34.8	77.3	15	8	27	26	12	13	25
LT	54.9	72.6	60.8	54.3	52.2	32.9	80.4	17	9	25	19	20	14	24
LU	61.2	70.9	91.8	66.3	70.2	25.6	89.8	11	15	1	5	8	21	7
HU	52.4	66.0	70.8	54.5	54.1	23.5	85.4	23	22	19	18	18	23	17
MT	54.4	65.1	79.2	65.4	54.3	20.9	90.6	18	23	13	6	16	26	4
NL	74.0	76.3	86.6	66.9	85.9	56.9	90.3	3	3	2	4	1	4	6
AT	58.7	75.3	82.8	58.9	56.0	28.4	91.1	12	4	10	11	14	19	2
PL	55.5	66.3	69.5	57.8	54.2	30.6	81.6	14	21	21	13	17	17	22
PT	53.7	71.4	71.8	50.1	38.7	34.9	84.3	19	13	18	24	26	12	20
RO	50.8	67.9	59.8	47.2	50.6	30.8	69.9	25	18	26	27	21	16	27
SI	62.7	71.9	80.3	55.0	68.3	41.1	86.8	9	10	12	17	10	9	11
SK	53.0	64.8	70.2	59.5	39.9	29.5	84.8	22	25	20	10	25	18	18
FI	73.1	74.5	84.1	58.6	80.1	69.1	89.5	4	5	6	12	4	2	8
SE	80.1	80.4	85.3	70.7	84.5	77.8	93.2	1	1	5	2	2	1	1

Table 6. Gender Equality Index scores and ranks, by domain and EU Member State, 2019

MS	Scores (points)							Ranks						
	Index	Work	Money	Knowledge	Time	Power	Health	Index	Work	Money	Knowledge	Time	Power	Health
EU	**68.0**	**71.6**	**82.4**	**62.7**	**64.9**	**55.0**	**87.8**	–	–	–	–	–	–	–
BE	72.7	74.9	89.9	70.8	65.3	61.0	86.3	8	9	2	4	11	8	16
BG	59.9	69.6	64.5	55.2	42.7	60.2	77.2	18	20	27	22	27	9	26
CZ	56.7	67.4	78.9	58.5	57.3	28.1	86.3	22	23	15	14	17	25	17
DK	77.8	79.4	89.1	71.0	83.1	66.8	89.5	2	2	3	2	3	5	9
DE	68.6	72.4	86.0	54.7	65.0	62.8	90.7	10	17	9	24	12	7	5
EE	61.6	72.5	73.2	57.3	74.7	36.6	82.2	17	16	23	16	5	20	23
IE	73.1	76.5	87.8	67.4	74.2	58.4	91.3	7	6	5	6	6	10	4
EL	52.5	65.3	73.7	54.9	44.7	27.0	84.3	27	26	20	23	26	26	20
ES	73.7	73.7	78.4	67.9	64.0	76.9	90.3	6	12	16	5	14	3	6
FR	75.5	73.2	86.3	67.0	67.3	81.4	87.4	4	14	8	8	9	2	14
HR	59.2	70.1	74.0	51.8	51.0	45.3	83.8	19	19	19	26	21	17	21
IT	63.8	63.7	79.4	59.0	59.3	52.2	88.4	14	27	14	13	16	14	11
CY	57.0	70.6	82.6	56.0	51.3	30.0	87.9	21	18	13	21	20	24	12
LV	62.1	74.3	68.7	50.9	65.8	50.4	79.3	16	10	26	27	10	15	25
LT	58.4	74.2	69.9	56.1	50.6	39.3	80.3	20	11	24	20	22	18	24
LU	72.4	76.3	92.4	70.8	69.1	53.4	89.9	9	7	1	3	8	12	8
HU	53.4	68.0	73.3	57.2	54.3	22.9	86.7	26	21	22	17	18	27	15
MT	65.0	76.8	84.2	65.2	64.2	37.5	92.3	13	5	11	9	13	19	2
NL	75.9	78.3	87.0	67.4	83.9	64.0	90.2	3	3	7	7	2	6	7
AT	68.0	76.8	87.7	64.3	61.2	48.2	91.9	11	4	6	10	15	16	3
PL	56.6	67.2	76.7	57.6	52.5	31.5	83.3	23	24	17	15	19	22	22
PT	62.2	73.2	73.6	56.5	47.5	53.6	84.8	15	13	21	19	24	11	19
RO	54.5	67.5	69.1	52.8	50.3	34.7	71.3	25	22	25	25	23	21	27
SI	67.6	73.0	83.7	56.6	72.9	53.0	87.8	12	15	12	18	7	13	13
SK	56.0	66.8	75.1	61.6	46.3	30.7	85.5	24	25	18	12	25	23	18
FI	75.3	75.5	87.9	61.9	77.4	74.3	89.5	5	8	4	11	4	4	10
SE	83.9	83.1	85.4	75.2	90.1	84.5	94.6	1	1	10	1	1	1	1

Table 7. Gender Equality Index scores in the domain of work and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																	
	Domain of work						Participation						Segregation and quality of work					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	**69.7**	**70.2**	**70.6**	**71.1**	**71.4**	**71.6**	**77.6**	**78.3**	**79.2**	**80.4**	**80.9**	**81.3**	**62.6**	**62.9**	**62.9**	**62.9**	**62.9**	**63.1**
BE	72.7	72.8	73.8	74.1	74.7	74.9	75.7	75.4	77.5	78.2	79.5	80.2	69.8	70.4	70.2	70.2	70.1	69.9
BG	67.9	68.7	68.6	69.0	69.0	69.6	81.3	82.0	82.7	83.5	83.5	84.6	56.7	57.6	56.9	57.0	57.0	57.3
CZ	64.9	65.3	66.1	67.0	67.0	67.4	78.9	79.9	81.8	83.5	84.3	84.5	53.3	53.3	53.5	53.7	53.3	53.8
DK	79.8	79.7	79.2	79.6	79.7	79.4	88.5	88.3	87.2	88.3	88.7	88.4	71.9	72.1	72.0	71.8	71.5	71.4
DE	70.0	70.6	71.4	72.1	72.1	72.4	79.0	80.2	81.9	83.3	83.6	84.2	62.1	62.1	62.2	62.3	62.2	62.3
EE	71.2	71.4	72.1	71.5	72.1	72.5	87.3	87.7	88.6	89.8	90.6	90.8	58.1	58.1	58.7	57.0	57.5	57.9
IE	73.5	73.7	73.9	75.5	75.9	76.5	77.4	77.3	78.3	81.7	82.4	82.8	69.8	70.2	69.7	69.8	69.9	70.6
EL	63.6	63.6	64.2	64.2	64.4	65.3	71.1	69.4	71.0	71.4	71.6	72.7	57.0	58.4	58.0	57.7	58.0	58.7
ES	71.8	72.3	72.4	72.9	73.2	73.7	77.0	77.5	78.0	79.1	79.3	80.2	66.9	67.4	67.3	67.1	67.5	67.8
FR	71.5	71.9	72.1	72.4	72.8	73.2	81.1	81.4	82.3	82.4	83.5	83.7	63.1	63.5	63.2	63.5	63.5	63.9
HR	67.2	68.3	69.4	69.2	69.9	70.1	75.0	75.5	78.5	78.9	79.6	79.7	60.3	61.8	61.4	60.7	61.4	61.6
IT	61.3	62.4	62.4	63.1	63.3	63.7	64.9	66.7	66.7	68.2	68.6	69.1	57.8	58.5	58.4	58.5	58.5	58.6
CY	70.5	68.9	70.7	70.7	70.8	70.6	85.2	83.4	84.7	84.9	86.2	86.0	58.3	56.9	59.0	58.8	58.2	57.9
LV	72.6	74.3	73.6	74.2	74.0	74.3	86.9	86.9	87.8	89.3	90.1	89.9	60.7	63.5	61.8	61.7	60.8	61.4
LT	72.6	72.6	73.2	73.6	74.1	74.2	86.0	86.8	88.2	89.7	90.7	91.1	61.3	60.8	60.7	60.4	60.4	60.4
LU	70.9	72.5	74.0	74.1	75.2	76.3	74.8	77.7	81.3	82.4	83.5	83.3	67.3	67.7	67.4	66.7	67.6	69.8
HU	66.0	66.4	67.2	67.4	68.0	68.0	75.8	76.9	79.6	81.0	81.3	81.1	57.5	57.4	56.7	56.0	56.9	57.0
MT	65.1	68.2	71.0	73.3	75.4	76.8	58.6	63.2	68.9	73.1	76.9	79.8	72.3	73.7	73.1	73.5	74.0	73.9
NL	76.3	76.2	76.7	77.4	77.8	78.3	78.5	78.6	79.2	80.7	81.7	82.8	74.1	73.9	74.3	74.2	74.2	73.9
AT	75.3	75.6	76.1	76.6	76.4	76.8	80.3	80.9	81.4	82.4	82.4	82.7	70.6	70.6	71.2	71.2	70.7	71.4
PL	66.3	66.6	66.8	67.0	67.3	67.2	77.9	78.3	79.5	80.2	80.8	80.6	56.5	56.5	56.2	56.0	56.1	56.0
PT	71.4	71.4	72.0	72.5	72.9	73.2	85.6	84.1	85.4	86.6	87.8	88.2	59.5	60.6	60.8	60.7	60.6	60.8
RO	67.9	67.8	67.1	67.7	67.6	67.5	78.8	78.5	77.5	79.0	78.8	78.8	58.6	58.5	58.1	58.0	58.0	57.9
SI	71.9	71.3	71.8	73.3	73.1	73.0	84.4	83.7	83.5	86.5	86.7	87.2	61.3	60.7	61.7	62.1	61.6	61.1
SK	64.8	64.9	65.5	66.5	66.6	66.8	79.0	78.8	80.6	82.6	82.7	83.2	53.1	53.4	53.2	53.5	53.7	53.7
FI	74.5	74.8	74.7	74.9	75.4	75.5	88.9	89.2	89.2	88.9	90.0	90.1	62.4	62.7	62.6	63.1	63.2	63.3
SE	80.4	81.4	82.6	83.0	82.9	83.1	91.9	93.8	95.4	95.7	95.8	95.9	70.4	70.6	71.5	71.9	71.7	72.0

Table 8. Gender Equality Index scores in the domain of money and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																	
	Domain of money						Financial resources						Economic situation					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	79.1	79.1	80.1	81.1	81.6	82.4	70.6	71.2	73.9	74.9	75.5	76.9	88.7	88.0	86.7	88.0	88.1	88.3
BE	85.5	85.6	87.5	88.3	88.7	89.9	77.9	78.6	82.7	83.3	83.8	84.6	94.0	93.3	92.6	93.6	93.8	95.4
BG	60.8	60.5	61.9	61.8	62.3	64.5	44.7	44.2	48.2	50.2	49.6	54.6	82.8	82.7	79.5	76.1	78.2	76.1
CZ	73.8	74.0	75.9	76.7	76.8	78.9	55.1	55.8	58.8	59.8	60.4	63.8	98.7	98.1	98.1	98.2	97.6	97.5
DK	83.6	85.7	86.6	87.1	86.8	89.1	78.3	80.4	82.4	83.2	83.3	85.8	89.3	91.4	91.1	91.2	90.5	92.4
DE	83.2	84.0	84.2	86.0	84.9	86.0	77.1	78.1	81.2	82.1	82.9	84.5	89.8	90.2	87.4	90.1	86.9	87.5
EE	65.5	64.9	66.7	69.4	70.0	73.2	49.5	50.2	56.4	58.3	59.3	63.6	86.7	84.0	79.0	82.5	82.7	84.1
IE	85.5	84.4	84.7	85.5	86.5	87.8	81.1	80.7	81.0	81.7	83.3	82.6	90.2	88.2	88.6	89.5	89.8	93.3
EL	75.3	71.1	70.7	71.4	72.5	73.7	66.7	62.7	61.4	61.3	61.4	62.2	84.9	80.7	81.4	83.2	85.6	87.3
ES	77.1	76.0	75.9	76.7	77.8	78.4	70.4	69.6	71.0	72.2	72.3	73.5	84.4	82.9	81.2	81.4	83.6	83.7
FR	83.5	83.7	86.1	86.4	87.0	86.3	75.9	77.2	80.4	81.0	80.9	80.8	91.8	90.6	92.3	92.1	93.5	92.1
HR	68.6	68.9	69.9	72.2	72.6	74.0	56.2	55.7	57.1	60.1	60.6	62.1	83.8	85.2	85.6	86.9	86.9	88.1
IT	78.9	78.7	78.6	78.8	79.0	79.4	72.5	72.8	73.0	74.4	74.8	75.8	86.0	85.1	84.6	83.5	83.4	83.1
CY	80.7	81.7	79.2	80.8	81.7	82.6	74.8	76.4	72.1	72.8	72.8	76.0	87.1	87.4	87.1	89.7	91.6	89.8
LV	58.9	59.6	64.3	65.5	65.2	68.7	43.5	43.5	51.9	53.7	54.6	59.4	79.8	81.5	79.5	80.0	78.0	79.4
LT	60.8	64.3	65.6	64.7	66.1	69.9	47.8	48.4	53.5	55.0	56.0	60.9	77.3	85.5	80.4	76.1	78.0	80.4
LU	91.8	92.1	94.4	91.8	90.0	92.4	91.2	91.6	97.0	96.8	97.3	98.0	92.5	92.7	92.0	87.2	83.2	87.2
HU	70.8	69.8	70.7	71.6	72.0	73.3	51.0	52.5	55.2	55.5	56.2	58.2	98.3	92.9	90.5	92.5	92.2	92.2
MT	79.2	80.6	82.4	82.5	82.6	84.2	68.6	69.5	73.3	74.4	74.8	77.6	91.3	93.3	92.8	91.4	91.1	91.4
NL	86.6	87.0	86.8	86.7	86.2	87.0	77.7	77.6	79.1	80.4	80.4	80.9	96.5	97.5	95.4	93.5	92.4	93.5
AT	82.8	83.6	85.9	86.4	86.7	87.7	74.7	75.8	79.8	81.4	80.9	82.8	91.8	92.2	92.5	91.7	93.1	92.9
PL	69.5	70.3	73.3	75.1	75.5	76.7	54.6	56.2	61.4	62.8	63.0	65.1	88.5	88.0	87.5	89.9	90.5	90.4
PT	71.8	71.7	70.9	72.1	72.8	73.6	60.4	60.7	60.3	61.2	61.2	62.3	85.3	84.8	83.5	84.8	86.8	87.0
RO	59.8	59.2	59.4	62.0	63.0	69.1	42.5	42.7	45.7	47.2	49.3	60.1	84.2	82.1	77.3	81.6	80.4	79.5
SI	80.3	81.3	81.6	82.4	83.0	83.7	67.3	68.3	69.8	70.0	70.7	71.6	95.8	96.7	95.5	97.1	97.4	97.9
SK	70.2	72.1	74.0	74.2	75.1	75.1	51.9	53.9	56.4	56.8	57.1	57.5	95.1	96.4	97.2	96.9	98.8	98.2
FI	84.1	84.8	86.4	87.6	87.1	87.9	74.6	76.2	78.5	79.2	79.4	80.4	94.9	94.4	95.2	96.9	95.5	96.1
SE	85.3	85.3	87.5	86.8	86.8	85.4	75.9	77.4	82.3	82.1	82.0	81.9	95.8	93.9	93.1	91.9	91.9	88.9

Table 9. Gender Equality Index scores in the domain of knowledge and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																	
	Domain of knowledge						Attainment and participation						Segregation					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	**59.8**	**61.1**	**62.4**	**62.6**	**62.8**	**62.7**	**66.0**	**68.2**	**71.2**	**71.8**	**72.2**	**72.5**	**54.2**	**54.7**	**54.7**	**54.5**	**54.5**	**54.1**
BE	70.6	70.6	71.1	71.3	71.4	70.8	73.3	72.5	73.3	74.3	73.8	74.0	68.1	68.8	68.9	68.4	69.0	67.7
BG	50.4	51.9	53.3	53.2	54.9	55.2	53.9	54.6	56.1	55.4	57.3	56.3	47.1	49.3	50.7	51.0	52.7	54.1
CZ	55.4	57.7	57.3	59.0	58.4	58.5	61.4	66.3	66.9	69.9	67.7	66.4	50.0	50.2	49.2	49.8	50.3	51.6
DK	73.2	71.3	73.6	72.3	71.3	71.0	81.7	80.5	82.1	81.8	79.5	80.7	65.6	63.1	66.0	64.0	64.0	62.5
DE	56.3	57.1	52.9	53.7	54.0	54.7	59.9	62.7	61.0	62.4	63.2	64.3	53.0	51.9	45.9	46.2	46.2	46.6
EE	51.6	53.8	53.2	55.5	56.3	57.3	67.4	70.5	67.9	70.1	72.1	73.7	39.5	41.1	41.7	44.0	44.0	44.5
IE	65.3	67.7	66.4	66.9	67.3	67.4	72.7	74.0	74.1	77.8	79.3	80.2	58.6	62.0	59.6	57.6	57.2	56.7
EL	53.4	54.3	55.6	55.7	54.8	54.9	59.8	60.7	63.9	66.3	66.8	67.3	47.7	48.5	48.4	46.8	45.0	44.8
ES	63.5	64.2	65.3	67.4	67.6	67.9	71.8	73.0	73.3	76.0	76.6	76.4	56.2	56.6	58.1	59.7	59.7	60.3
FR	62.0	62.4	66.1	66.0	66.3	67.0	67.9	69.7	77.5	78.5	79.6	80.3	56.6	55.8	56.4	55.6	55.2	55.9
HR	49.9	48.5	49.8	50.4	51.6	51.8	57.5	58.7	59.3	59.2	60.6	60.1	43.3	40.0	41.8	42.9	43.9	44.7
IT	53.8	56.7	61.4	61.2	61.9	59.0	53.7	54.4	56.1	57.0	58.0	58.3	53.9	59.2	67.1	65.8	66.0	59.7
CY	55.5	58.2	58.5	56.5	56.2	56.0	73.6	73.2	73.3	73.2	73.1	71.1	41.9	46.2	46.6	43.5	43.3	44.1
LV	49.2	48.8	48.9	49.7	49.3	50.9	60.5	62.2	59.1	62.3	61.1	65.6	40.0	38.3	40.5	39.7	39.7	39.4
LT	54.3	54.7	55.8	55.9	56.2	56.1	65.0	66.2	68.4	69.4	70.0	71.0	45.4	45.3	45.4	45.0	45.0	44.3
LU	66.3	68.7	69.4	69.5	70.0	70.8	74.8	78.6	84.1	84.5	85.9	88.7	58.7	60.1	57.2	57.1	57.1	56.5
HU	54.5	54.3	56.9	56.9	57.4	57.2	59.2	59.6	64.6	63.4	64.1	63.2	50.1	49.5	50.0	51.0	51.5	51.8
MT	65.4	66.3	65.2	65.8	67.1	65.2	59.2	60.2	61.3	65.9	67.0	67.3	72.3	73.0	69.5	65.8	67.3	63.2
NL	66.9	66.9	67.3	67.1	67.3	67.4	77.1	78.0	80.9	83.4	84.1	85.5	58.1	57.5	56.0	53.9	53.9	53.1
AT	58.9	59.9	63.2	64.1	63.8	64.3	61.2	61.8	72.0	74.1	73.3	73.6	56.6	58.1	55.5	55.5	55.5	56.2
PL	57.8	56.5	56.0	56.5	57.2	57.6	62.3	61.5	61.3	61.5	63.0	62.8	53.6	51.9	51.1	51.9	51.9	52.9
PT	50.1	54.9	54.8	55.1	55.7	56.5	50.8	59.1	59.5	60.4	61.3	62.6	49.5	51.0	50.6	50.3	50.7	51.0
RO	47.2	50.2	51.8	51.5	52.4	52.8	50.1	52.7	52.9	52.4	52.6	53.4	44.4	47.9	50.7	50.7	52.2	52.1
SI	55.0	54.9	55.0	56.0	55.9	56.6	68.4	67.1	67.4	66.9	66.6	67.5	44.2	45.0	44.9	46.9	46.9	47.4
SK	59.5	59.6	60.0	60.4	61.2	61.6	59.1	58.8	58.8	59.7	60.9	60.9	59.9	60.3	61.2	61.1	61.5	62.4
FI	58.6	59.5	61.3	61.1	61.6	61.9	78.3	79.5	81.4	83.0	83.6	84.2	43.9	44.6	46.1	45.0	45.5	45.5
SE	70.7	70.9	72.8	73.8	74.2	75.2	74.4	75.6	78.5	80.2	80.5	82.6	67.1	66.6	67.5	67.9	68.4	68.4

Table 10. Gender Equality Index scores in the domain of time and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																	
	Domain of time						Care activities						Social activities					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	**65.2**	**68.1**	**64.9**	**64.9**	**64.9**	**64.9**	**65.4**	**71.3**	**69.1**	**69.1**	**69.1**	**69.1**	**65.0**	**65.0**	**61.0**	**61.0**	**61.0**	**61.0**
BE	70.3	71.8	65.3	65.3	65.3	65.3	72.6	75.7	68.9	68.9	68.9	68.9	68.1	68.1	61.9	61.9	61.9	61.9
BG	43.9	47.4	42.7	42.7	42.7	42.7	48.6	56.6	55.7	55.7	55.7	55.7	39.7	39.7	32.6	32.6	32.6	32.6
CZ	53.8	55.5	57.3	57.3	57.3	57.3	55.8	59.4	56.8	56.8	56.8	56.8	51.9	51.9	57.7	57.7	57.7	57.7
DK	80.4	85.4	83.1	83.1	83.1	83.1	75.8	85.5	86.1	86.1	86.1	86.1	85.3	85.3	80.2	80.2	80.2	80.2
DE	69.8	67.8	65.0	65.0	65.0	65.0	70.1	66.1	71.3	71.3	71.3	71.3	69.6	69.6	59.3	59.3	59.3	59.3
EE	73.7	70.1	74.7	74.7	74.7	74.7	80.7	73.0	85.9	85.9	85.9	85.9	67.2	67.2	65.0	65.0	65.0	65.0
IE	70.8	76.5	74.2	74.2	74.2	74.2	69.9	81.6	76.2	76.2	76.2	76.2	71.8	71.8	72.1	72.1	72.1	72.1
EL	35.6	45.2	44.7	44.7	44.7	44.7	34.2	55.1	50.9	50.9	50.9	50.9	37.1	37.1	39.3	39.3	39.3	39.3
ES	60.8	65.8	64.0	64.0	64.0	64.0	60.9	71.4	74.5	74.5	74.5	74.5	60.6	60.6	55.0	55.0	55.0	55.0
FR	66.6	70.3	67.3	67.3	67.3	67.3	70.3	78.5	70.4	70.4	70.4	70.4	63.0	63.0	64.4	64.4	64.4	64.4
HR	49.8	54.7	51.0	51.0	51.0	51.0	53.0	63.9	54.4	54.4	54.4	54.4	46.7	46.7	47.9	47.9	47.9	47.9
IT	55.1	61.4	59.3	59.3	59.3	59.3	54.5	67.6	61.2	61.2	61.2	61.2	55.7	55.7	57.4	57.4	57.4	57.4
CY	45.9	45.9	51.3	51.3	51.3	51.3	52.6	52.7	65.7	65.7	65.7	65.7	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
LV	62.0	60.8	65.8	65.8	65.8	65.8	78.2	75.1	89.8	89.8	89.8	89.8	49.2	49.2	48.2	48.2	48.2	48.2
LT	52.2	55.7	50.6	50.6	50.6	50.6	65.4	74.5	64.0	64.0	64.0	64.0	41.7	41.7	40.0	40.0	40.0	40.0
LU	70.2	71.5	69.1	69.1	69.1	69.1	72.1	74.8	79.4	79.4	79.4	79.4	68.3	68.3	60.2	60.2	60.2	60.2
HU	54.1	55.2	54.3	54.3	54.3	54.3	68.7	71.6	65.0	65.0	65.0	65.0	42.6	42.6	45.4	45.4	45.4	45.4
MT	54.3	58.7	64.2	64.2	64.2	64.2	49.7	57.9	69.0	69.0	69.0	69.0	59.4	59.4	59.8	59.8	59.8	59.8
NL	85.9	86.7	83.9	83.9	83.9	83.9	76.5	78.0	79.3	79.3	79.3	79.3	96.4	96.4	88.7	88.7	88.7	88.7
AT	56.0	65.3	61.2	61.2	61.2	61.2	44.9	61.0	62.7	62.7	62.7	62.7	69.8	69.8	59.7	59.7	59.7	59.7
PL	54.2	55.3	52.5	52.5	52.5	52.5	63.0	65.6	64.1	64.1	64.1	64.1	46.5	46.5	43.0	43.0	43.0	43.0
PT	38.7	46.0	47.5	47.5	47.5	47.5	49.3	69.5	63.3	63.3	63.3	63.3	30.4	30.4	35.7	35.7	35.7	35.7
RO	50.6	53.2	50.3	50.3	50.3	50.3	70.9	78.1	70.7	70.7	70.7	70.7	36.2	36.2	35.8	35.8	35.8	35.8
SI	68.3	72.4	72.9	72.9	72.9	72.9	64.5	72.3	69.5	69.5	69.5	69.5	72.4	72.4	76.4	76.4	76.4	76.4
SK	39.9	43.4	46.3	46.3	46.3	46.3	52.7	62.5	56.5	56.5	56.5	56.5	30.2	30.2	37.9	37.9	37.9	37.9
FI	80.1	81.0	77.4	77.4	77.4	77.4	84.2	86.0	82.2	82.2	82.2	82.2	76.3	76.3	72.9	72.9	72.9	72.9
SE	84.5	83.5	90.1	90.1	90.1	90.1	84.6	82.6	90.9	90.9	90.9	90.9	84.3	84.3	89.3	89.3	89.3	89.3

NB: Scores for the domain of time have not changed since the previous edition of the Index because of a lack of new data.

Table 11. Gender Equality Index scores in the domain of power and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																							
	Domain of power						Political						Economic						Social					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	**41.9**	**43.6**	**48.4**	**51.6**	**53.1**	**55.0**	**47.5**	**49.0**	**53.0**	**55.0**	**56.8**	**58.5**	**29.0**	**31.9**	**39.2**	**43.0**	**45.9**	**48.8**	**53.2**	**53.2**	**54.5**	**58.2**	**57.4**	**58.2**
BE	47.9	50.5	53.4	55.2	55.7	61.0	65.8	70.0	70.2	67.8	68.1	72.0	32.8	36.0	38.0	40.2	41.8	53.3	50.9	51.0	57.1	61.7	60.8	59.2
BG	45.8	49.4	56.0	59.9	61.5	60.2	50.3	53.4	49.2	53.8	56.5	58.8	27.6	32.7	53.2	59.9	60.0	60.2	69.3	69.3	67.0	66.8	68.5	61.8
CZ	31.0	32.0	22.6	26.1	27.7	28.1	30.7	31.7	36.6	37.8	40.0	43.2	27.4	29.0	9.2	13.6	16.4	17.1	35.6	35.6	34.2	34.3	32.5	30.1
DK	58.0	57.5	61.5	64.9	66.2	66.8	75.1	76.1	71.2	74.2	76.0	75.3	47.5	45.6	55.7	56.5	56.0	55.1	54.8	54.8	58.7	65.3	68.3	71.8
DE	38.3	46.0	53.0	56.6	59.5	62.8	60.2	59.9	71.5	69.6	67.8	66.7	19.0	33.0	42.1	49.7	56.5	64.4	49.2	49.1	49.5	52.4	55.0	57.5
EE	21.9	22.0	28.2	34.6	36.1	36.6	34.9	33.7	44.9	48.5	49.3	47.3	21.6	22.7	23.2	23.4	24.2	27.5	13.9	13.9	21.4	36.5	39.4	37.8
IE	37.2	40.7	48.6	53.4	55.8	58.4	32.9	37.0	39.8	44.1	45.3	47.0	21.7	25.4	39.9	46.4	50.0	55.6	72.1	71.7	72.4	74.5	76.8	76.1
EL	22.3	22.3	21.7	24.3	27.0	27.0	34.3	30.7	34.7	35.8	36.5	36.1	13.6	15.3	12.1	14.9	20.4	21.1	23.8	23.6	24.2	27.0	26.4	25.7
ES	52.6	52.9	57.0	62.0	69.4	76.9	73.7	69.7	72.3	76.8	82.5	86.5	33.3	35.8	43.5	53.4	64.8	70.1	59.4	59.2	58.9	58.1	62.7	75.1
FR	52.4	55.1	68.2	78.3	79.8	81.4	64.1	70.8	77.1	80.8	83.1	84.9	41.2	43.2	70.2	82.9	84.6	85.4	54.6	54.6	58.4	71.7	72.3	74.2
HR	28.4	27.3	28.5	34.8	41.4	45.3	40.2	40.0	38.7	42.2	45.1	46.3	24.8	22.2	19.0	19.8	28.6	37.2	22.9	22.9	31.6	50.2	55.1	54.2
IT	25.2	29.4	45.3	47.6	48.8	52.2	31.7	35.8	47.4	47.9	49.3	52.8	10.6	14.8	44.7	53.1	54.9	56.7	47.8	47.8	43.7	42.5	43.1	47.5
CY	15.4	17.4	24.7	28.2	29.8	30.0	30.1	30.2	25.8	27.5	29.9	32.3	4.7	6.8	22.6	23.0	23.0	22.9	25.9	25.7	25.8	35.6	38.6	36.6
LV	34.8	37.9	39.0	44.1	49.4	50.4	38.1	43.7	40.5	36.7	40.6	43.4	37.5	42.1	44.2	45.6	46.1	48.2	29.5	29.5	33.2	51.4	64.3	61.2
LT	32.9	27.7	36.6	32.5	34.1	39.3	34.0	34.8	40.0	40.9	45.5	48.5	23.7	13.9	30.1	18.5	18.1	24.5	44.3	44.2	40.9	45.3	48.2	51.2
LU	25.6	34.9	43.5	44.8	48.4	53.4	45.3	47.6	51.1	48.9	51.5	54.6	5.2	12.5	23.5	28.2	32.1	37.5	71.5	71.2	68.2	65.2	68.6	74.2
HU	23.5	21.9	18.7	20.6	22.2	22.9	16.1	15.9	14.3	15.0	17.8	21.8	37.8	31.0	22.1	23.1	23.7	23.0	21.4	21.5	20.9	25.1	25.8	24.1
MT	20.9	25.0	27.4	32.2	32.8	37.5	30.0	29.1	30.5	32.9	33.1	35.3	12.4	21.9	24.4	24.0	24.2	29.9	24.5	24.6	27.5	42.2	44.2	49.8
NL	56.9	56.6	52.9	50.0	57.2	64.0	69.5	66.0	70.6	70.6	71.9	73.4	40.4	41.8	33.1	29.3	45.9	58.7	65.8	65.8	63.4	60.2	56.7	60.7
AT	28.4	30.8	34.9	39.9	44.2	48.2	60.3	60.3	59.1	61.1	65.9	74.7	9.3	11.8	17.4	21.1	24.4	28.0	40.7	40.8	41.1	49.3	53.7	53.6
PL	30.6	34.8	35.1	29.1	30.0	31.5	36.6	43.5	46.1	43.6	44.3	45.6	27.5	33.8	38.2	33.1	34.1	35.7	28.6	28.6	24.4	17.0	17.8	19.2
PT	34.9	29.7	33.9	46.7	51.1	53.6	41.9	42.4	48.7	56.7	59.0	62.6	20.4	12.6	16.4	36.3	44.9	47.9	49.6	49.3	48.9	49.4	50.4	51.4
RO	30.8	28.8	33.2	38.8	37.5	34.7	23.5	26.5	32.9	40.8	41.6	41.0	28.0	20.4	21.4	20.5	21.5	19.0	44.4	44.4	51.8	69.7	59.3	53.6
SI	41.1	51.5	60.6	57.6	55.0	53.0	44.5	46.3	65.4	67.3	64.4	59.2	29.9	56.4	61.5	50.4	44.7	45.1	52.3	52.3	55.3	56.2	57.7	55.8
SK	29.5	25.4	23.1	26.8	29.6	30.7	31.0	28.4	29.0	35.3	36.9	37.2	34.1	23.7	14.6	17.9	23.3	26.3	24.3	24.4	29.1	30.4	30.0	29.6
FI	69.1	73.2	65.3	66.7	71.9	74.3	86.1	86.3	84.8	78.8	83.9	90.4	52.5	62.0	47.6	52.5	59.2	60.8	73.1	73.2	68.9	71.5	74.8	74.6
SE	77.8	75.2	79.5	83.4	84.2	84.5	92.1	93.0	93.9	95.1	94.9	95.0	58.7	52.6	60.8	69.4	71.7	70.7	87.1	87.1	87.8	87.9	87.8	89.8

Table 12. Gender Equality Index scores in the domain of health and its subdomains, by EU Member State, 2010, 2012, 2015, 2017, 2018 and 2019

Member State	Score (points)																							
	Domain of health						Status						Behaviour						Access					
	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019	2010	2012	2015	2017	2018	2019
EU	**86.7**	**86.7**	**87.1**	**87.8**	**87.8**	**87.8**	**90.4**	**90.6**	**90.9**	**91.9**	**92.0**	**92.1**	**74.8**	**74.8**	**74.8**	**74.8**	**74.8**	**74.8**	**96.2**	**96.2**	**97.0**	**98.3**	**98.3**	**98.2**
BE	86.5	86.4	86.3	86.3	86.5	86.3	92.6	93.4	93.3	93.3	93.6	93.3	70.3	70.3	70.3	70.3	70.3	70.3	99.3	98.1	98.0	97.9	98.4	98.1
BG	75.3	75.8	76.4	77.1	77.2	77.2	88.1	88.4	88.1	89.0	89.1	89.1	52.3	52.3	52.3	52.3	52.3	52.3	92.6	94.1	96.9	98.5	98.5	98.8
CZ	85.7	85.7	86.0	86.3	86.3	86.3	89.1	89.0	89.6	90.0	90.0	89.9	72.3	72.3	72.3	72.3	72.3	72.3	97.9	98.0	98.2	98.7	98.9	98.9
DK	90.3	90.2	89.6	89.9	89.7	89.5	92.2	92.6	91.6	92.4	91.1	91.6	81.7	81.7	81.7	81.7	81.7	81.7	97.8	96.9	96.2	96.3	96.8	95.9
DE	89.3	89.4	90.5	90.5	90.6	90.7	90.4	90.2	91.8	92.0	92.3	92.5	80.9	80.9	80.9	80.9	80.9	80.9	97.5	97.9	99.7	99.7	99.7	99.8
EE	82.7	82.1	81.5	81.9	81.6	82.2	83.4	83.2	84.1	83.9	83.8	85.2	70.1	70.1	70.1	70.1	70.1	70.1	96.8	94.7	91.9	93.5	92.6	92.9
IE	90.7	90.4	90.6	90.9	91.3	91.3	96.5	96.5	96.8	97.1	97.6	97.7	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	98.0	97.0	97.3	97.9	98.8	98.6
EL	84.3	83.9	83.1	83.5	84.0	84.3	94.1	93.5	93.4	93.3	94.4	95.2	66.6	66.6	66.6	66.6	66.6	66.6	95.7	94.8	92.3	93.8	94.1	94.5
ES	88.6	89.1	89.6	90.1	90.1	90.3	92.4	93.6	93.2	94.1	94.4	95.2	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	95.7	96.2	98.3	98.9	98.7	98.6
FR	86.7	86.8	87.1	87.4	87.4	87.4	91.0	91.6	91.6	91.9	92.1	92.1	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	74.0	96.8	96.6	97.6	98.1	97.9	98.1
HR	81.5	82.8	83.3	83.7	83.7	83.8	85.1	85.7	86.4	87.5	87.4	87.6	68.3	68.3	68.3	68.3	68.3	68.3	93.1	97.0	97.8	98.1	98.3	98.3
IT	86.3	86.5	86.3	88.7	88.4	88.4	91.1	91.3	91.3	95.1	94.3	94.4	74.2	74.2	74.2	74.2	74.2	74.2	94.9	95.5	94.8	99.0	98.6	98.6
CY	86.4	87.1	88.2	88.4	88.0	87.9	93.7	94.4	95.5	96.1	94.8	94.6	73.0	73.0	73.0	73.0	73.0	73.0	94.4	96.0	98.4	98.4	98.4	98.4
LV	77.3	77.9	78.4	78.3	78.4	79.3	80.0	80.5	79.8	79.0	79.9	80.4	65.5	65.5	65.5	65.5	65.5	65.5	88.3	89.7	92.3	92.9	92.1	94.6
LT	80.4	79.6	79.1	79.8	80.0	80.3	81.9	79.7	78.5	80.0	81.0	81.2	64.8	64.8	64.8	64.8	64.8	64.8	98.1	97.7	97.5	98.2	97.8	98.3
LU	89.8	90.0	89.0	89.6	89.5	89.9	93.8	94.4	92.0	91.9	91.5	93.0	78.5	78.5	78.5	78.5	78.5	78.5	98.3	98.4	97.7	99.7	99.7	99.7
HU	85.4	85.9	86.0	86.6	87.0	86.7	84.2	85.9	85.8	86.6	87.6	86.9	76.8	76.8	76.8	76.8	76.8	76.8	96.3	96.0	96.5	97.6	97.9	97.6
MT	90.6	91.6	91.8	92.1	92.0	92.3	93.8	95.3	95.6	96.2	95.8	96.4	81.7	81.7	81.7	81.7	81.7	81.7	97.0	98.6	99.0	99.6	99.4	99.8
NL	90.3	89.7	89.9	90.0	90.0	90.2	93.6	91.8	91.7	92.1	92.2	92.8	79.3	79.3	79.3	79.3	79.3	79.3	99.2	99.3	99.9	99.9	99.9	99.6
AT	91.1	91.5	91.7	91.7	91.9	91.9	91.0	91.7	91.3	91.5	91.8	91.9	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	84.6	98.1	98.8	99.8	99.7	99.9	99.7
PL	81.6	81.7	82.2	83.2	83.1	83.3	85.8	85.9	86.6	87.3	87.4	87.7	67.9	67.9	67.9	67.9	67.9	67.9	93.4	93.6	94.5	97.0	96.7	97.2
PT	84.3	84.4	83.6	84.5	84.6	84.8	83.3	84.6	82.6	84.0	84.2	84.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	95.2	94.2	93.9	95.2	95.2	95.8
RO	69.9	70.2	70.4	71.1	71.2	71.3	87.9	88.5	88.6	88.6	88.7	89.2	42.5	42.5	42.5	42.5	42.5	42.5	91.6	92.1	92.9	95.7	96.0	95.9
SI	86.8	87.3	87.7	87.1	86.9	87.8	86.3	87.9	89.1	89.4	88.3	90.7	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	99.8	99.8	99.8	97.5	97.8	98.2
SK	84.8	85.0	85.3	85.8	85.5	85.5	85.4	86.1	87.4	88.1	87.8	87.7	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1	97.6	97.5	97.3	98.0	97.4	97.6
FI	89.5	89.3	89.7	89.7	89.3	89.5	90.5	90.2	91.1	90.9	90.3	90.5	81.9	81.9	81.9	81.9	81.9	81.9	96.6	96.4	96.8	96.8	96.3	96.6
SE	93.2	93.0	94.1	94.7	94.5	94.6	95.7	95.7	97.4	96.9	96.3	96.4	89.3	89.3	89.3	89.3	89.3	89.3	94.5	94.2	95.8	98.0	98.1	98.2

Annex 3. Indicators included in the Gender Equality Index 2021

Table 13. Indicators included in the domain of work, by EU Member State

MS	Participation								Segregation and quality of work											
	FTE employment (%, 15+)				Duration of working life (years)				Employed people in education, human health and social work activities (%, 15+ employed)				Ability to take 1 or 2 hours off during working hours to take care of personal or family matters (%,15+ employed)				Career Prospect Index (0–100 points)			
	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap
EU	**41.5**	**57.3**	**49.0**	**– 15.8**	**33.4**	**38.3**	**35.9**	**– 4.9**	**29.6**	**8.1**	**17.9**	**21.5**	**21.7**	**25.7**	**23.8**	**– 4.0**	**61.5**	**63.1**	**62.4**	**– 1.6**
BE	40.0	53.4	46.3	– 13.4	31.6	35.4	33.6	– 3.8	39.1	10.7	24.0	28.4	29.5	33.2	31.5	– 3.7	66.2	66.5	66.4	– 0.3
BG	46.7	58.2	52.1	– 11.5	32.3	35.6	34.0	– 3.3	18.5	4.3	10.9	14.2	20.3	31.3	25.8	– 11.0	65.6	62.3	63.9	3.3
CZ	49.1	66.6	57.6	– 17.5	33.2	39.2	36.3	– 6.0	25.0	5.4	14.1	19.6	11.0	10.6	10.8	0.4	60.9	65.4	63.1	– 4.5
DK	46.6	58.1	52.1	– 11.5	38.2	41.7	40.0	– 3.5	43.0	13.0	27.0	30.0	31.8	50.1	41.4	– 18.3	70.4	72.9	71.7	– 2.5
DE	42.8	61.0	51.6	– 18.2	36.9	41.1	39.1	– 4.2	32.3	9.3	20.0	23.0	15.8	18.2	17.0	– 2.4	65.5	67.9	66.7	– 2.4
EE	51.2	65.9	58.0	– 14.7	38.5	39.5	39.0	– 1.0	26.6	5.1	15.5	21.5	15.4	15.8	15.6	– 0.4	65.8	64.8	65.3	1.0
IE	45.0	61.5	52.8	– 16.5	33.9	40.7	37.4	– 6.8	33.9	8.9	20.4	25.0	37.1	43.4	40.4	– 6.3	64.6	64.1	64.3	0.5
EL	32.6	50.4	41.1	– 17.8	29.6	36.6	33.2	– 7.0	22.7	8.6	14.6	14.1	14.4	16.1	15.4	– 1.7	51.0	52.2	51.6	– 1.2
ES	38.6	52.4	45.1	– 13.8	33.1	37.4	35.3	– 4.3	24.4	7.9	15.4	16.5	32.9	35.3	34.2	– 2.4	56.1	57.3	56.8	– 1.2
FR	42.5	52.7	47.2	– 10.2	33.8	37.0	35.4	– 3.2	34.3	10.6	22.1	23.7	17.9	22.1	20.0	– 4.2	63.8	66.7	65.3	– 2.9
HR	40.6	53.4	46.7	– 12.8	30.5	34.5	32.5	– 4.0	26.4	5.7	15.2	20.7	25.1	29.4	27.3	– 4.3	59.8	61.0	60.4	– 1.2
IT	31.4	51.5	40.9	– 20.1	27.3	36.4	32.0	– 9.1	25.7	7.2	15.0	18.5	19.3	22.0	20.8	– 2.7	51.9	55.7	54.0	– 3.8
CY	49.2	62.4	55.5	– 13.2	34.4	40.5	37.5	– 6.1	19.0	6.1	12.2	12.9	17.5	18.5	18.0	– 1.0	53.0	50.8	51.9	2.2
LV	50.3	62.9	55.9	– 12.6	36.8	36.8	36.8	0.0	26.0	4.9	15.5	21.1	24.9	26.0	25.4	– 1.1	62.7	60.7	61.8	2.0
LT	52.3	62.1	56.7	– 9.8	37.5	36.7	37.1	0.8	27.6	6.2	17.0	21.4	19.0	21.0	19.9	– 2.0	61.9	63.2	62.5	– 1.3
LU	46.4	59.9	53.0	– 13.5	31.6	36.0	33.9	– 4.4	26.5	11.6	18.4	14.9	22.7	30.0	26.5	– 7.3	70.1	72.5	71.3	– 2.4
HU	45.7	63.6	54.1	– 17.9	31.2	37.4	34.4	– 6.2	25.6	6.0	14.8	19.6	16.5	13.4	15.0	3.1	64.4	63.5	64.0	0.9
MT	44.9	66.7	56.0	– 21.8	31.8	41.1	36.5	– 9.3	30.4	10.6	18.6	19.8	36.5	37.8	37.3	– 1.3	69.0	67.0	67.8	2.0
NL	39.1	58.3	48.1	– 19.2	38.6	43.3	41.0	– 4.7	35.9	9.4	21.8	26.5	48.5	56.3	52.6	– 7.8	61.0	62.4	61.7	– 1.4
AT	42.5	61.2	51.3	– 18.7	35.3	39.8	37.6	– 4.5	27.9	8.5	17.6	19.4	35.5	36.4	35.9	– 0.9	64.3	65.4	64.9	– 1.1
PL	45.0	63.1	53.6	– 18.1	30.7	36.3	33.6	– 5.6	24.8	4.9	13.8	19.9	16.1	18.8	17.4	– 2.7	60.1	59.2	59.7	0.9
PT	47.3	57.7	52.1	– 10.4	36.8	39.6	38.2	– 2.8	29.9	6.9	18.2	23.0	23.4	28.3	25.7	– 4.9	55.6	57.0	56.3	– 1.4
RO	42.7	61.4	51.7	– 18.7	30.3	37.0	33.8	– 6.7	16.6	3.4	9.1	13.2	18.2	20.2	19.2	– 2.0	66.0	67.1	66.6	– 1.1
SI	48.0	59.4	53.6	– 11.4	34.7	37.0	35.9	– 2.3	27.5	5.7	15.7	21.8	25.1	31.8	28.5	– 6.7	60.4	61.5	61.0	– 1.1
SK	47.4	62.9	54.9	– 15.5	31.6	36.6	34.2	– 5.0	28.1	4.9	15.4	23.2	11.0	15.1	13.0	– 4.1	65.7	66.8	66.2	– 1.1
FI	47.4	55.4	51.2	– 8.0	38.3	39.6	38.9	– 1.3	39.5	9.1	23.8	30.4	26.7	50.7	38.5	– 24.0	65.4	66.7	66.1	– 1.3
SE	59.3	66.9	63.0	– 7.6	41.0	42.9	42.0	– 1.9	41.9	12.1	26.3	29.8	34.9	47.1	41.3	– 12.2	66.7	68.1	67.4	– 1.4
	Source: Eurostat, EU-LFS, 2019 Authors' calculation				Source: Eurostat, EU-LFS (lfsi_dwl_a), 2019				Source: Eurostat, EU-LFS (lfsa_egan2), 2019				Source: Eurofound, EWCS, 2015 Authors' calculation				Source: Eurofound, EWCS, 2015 Authors' calculation			

Table 14. Indicators included in the domain of money, by EU Member State

MS	Financial resources								Economic situation							
	Mean monthly earnings (PPS, working population)				Mean equivalised net income (PPS,16+)				Not-at-risk-of-poverty, ≥60 % of median income (%, 16+)				S20/S80 income quintile share (%, 16+)			
	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap
EU	**2 333**	**2 819**	**2 587**	**– 486**	**19 495**	**20 420**	**19 942**	**– 925**	**83.0**	**84.7**	**83.8**	**– 1.7**	**20.0**	**20.1**	**20.0**	**– 0.1**
BE	2 778	3 075	2 927	– 297	23 204	24 609	23 892	– 1 405	85.5	87.0	86.2	– 1.5	28.2	27.2	27.7	1.0
BG	1 078	1 256	1 168	– 178	10 612	11 641	11 106	– 1 029	76.3	80.2	78.2	– 3.9	12.9	11.9	12.3	1.0
CZ	1 463	1 845	1 669	– 382	15 050	16 207	15 612	– 1 157	87.7	92.6	90.1	– 4.9	29.7	30.5	29.9	– 0.8
DK	2 868	3 479	3 160	– 611	24 706	25 316	25 006	– 610	87.3	86.9	87.1	0.4	25.3	23.7	24.4	1.6
DE	2 765	3 461	3 135	– 696	24 645	26 152	25 380	– 1 507	83.9	85.5	84.7	– 1.6	19.7	21.3	20.4	– 1.6
EE	1 461	1 896	1 653	– 435	15 282	16 093	15 658	– 811	75.0	80.0	77.3	– 5.0	20.2	19.2	19.7	1.0
IE	2 597	3 084	2 833	– 487	23 138	23 829	23 477	– 691	85.7	88.8	87.2	– 3.1	24.6	25.0	24.8	– 0.4
EL	1 669	1 971	1 829	– 302	11 154	11 470	11 306	– 316	82.3	82.9	82.6	– 0.6	19.8	19.3	19.6	0.5
ES	1 961	2 290	2 135	– 329	18 664	19 069	18 861	– 405	80.2	81.0	80.6	– 0.8	16.5	17.1	16.8	– 0.6
FR	2 282	2 798	2 548	– 516	24 130	24 717	24 409	– 587	86.7	88.0	87.3	– 1.3	23.1	23.8	23.4	– 0.7
HR	1 572	1 783	1 681	– 211	11 654	12 070	11 854	– 416	80.2	82.8	81.4	– 2.6	20.8	21.2	21.0	– 0.4
IT	2 201	2 620	2 435	– 419	19 324	20 402	19 844	– 1 078	79.6	81.8	80.6	– 2.2	16.9	16.4	16.6	0.5
CY	1 941	2 303	2 123	– 362	21 910	22 652	22 269	– 742	84.6	87.0	85.7	– 2.4	21.5	22.2	21.8	– 0.7
LV	1 349	1 697	1 514	– 348	12 483	13 517	12 946	– 1 034	72.8	78.4	75.3	– 5.6	15.2	15.4	15.3	– 0.2
LT	1 316	1 549	1 427	– 233	13 622	14 888	14 197	– 1 266	77.0	83.4	79.9	– 6.4	15.9	15.3	15.5	0.6
LU	3 497	3 625	3 576	– 128	34 056	35 613	34 832	– 1 557	83.5	84.6	84.0	– 1.1	18.7	18.7	18.7	0.0
HU	1 408	1 677	1 546	– 269	10 314	10 776	10 532	– 462	86.9	87.8	87.3	– 0.9	24.1	23.2	23.6	0.9
MT	2 238	2 660	2 474	– 422	20 663	21 426	21 053	– 763	82.1	85.1	83.6	– 3.0	24.1	23.7	23.9	0.4
NL	2 374	2 938	2 663	– 564	23 859	25 032	24 439	– 1 173	86.5	87.1	86.8	– 0.6	26.1	24.8	25.4	1.3
AT	2 343	3 018	2 738	– 675	26 442	27 666	27 041	– 1 224	85.9	88.1	87.0	– 2.2	24.1	24.1	24.0	0.0
PL	1 677	2 018	1 855	– 341	13 633	14 091	13 852	– 458	83.5	84.5	84.0	– 1.0	23.4	22.3	22.9	1.1
PT	1 367	1 541	1 452	– 174	13 534	13 928	13 718	– 394	82.2	83.5	82.8	– 1.3	19.7	19.1	19.4	0.6
RO	1 732	1 782	1 758	– 50	8 361	8 756	8 552	– 395	75.9	78.9	77.4	– 3.0	14.2	14.1	14.1	0.1
SI	1 847	2 084	1 972	– 237	17 698	18 374	18 033	– 676	86.5	89.1	87.8	– 2.6	29.5	29.6	29.5	– 0.1
SK	1 285	1 628	1 461	– 343	11 073	11 482	11 271	– 409	89.0	89.8	89.4	– 0.8	30.5	29.3	29.9	1.2
FI	2 419	2 953	2 667	– 534	22 728	23 531	23 120	– 803	87.5	88.4	88.0	– 0.9	27.3	26.9	27.1	0.4
SE	2 628	3 024	2 822	– 396	21 940	23 091	22 515	– 1 151	83.2	84.5	83.9	– 1.3	24.5	21.8	23.1	2.7
	Source: Eurostat, SES (earn_ses18_20), 2018 EL, 2014				Source: Eurostat, EU-SILC (ilc_di03), 2019				Source: Eurostat, EU-SILC (ilc_li02), 2019				Source: Eurostat calculations, EU-SILC, 2019			

Table 15. Indicators included in the domain of knowledge, by EU Member State

MS	Attainment and participation								Segregation			
	Graduates of tertiary education (%, 15+)				People participating in formal or non-formal education and training (%, 15+)				Tertiary students in the fields of education, health and welfare, humanities and art (tertiary students) (%, 15+)			
	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap
EU	**25.6**	**24.6**	**25.1**	**1.0**	**17.4**	**16.3**	**16.9**	**1.1**	**42.9**	**20.8**	**32.7**	**22.1**
BE	33.9	29.5	31.7	4.4	15.1	14.7	14.9	0.4	53.9	29.8	43.2	24.1
BG	26.2	18.9	22.7	7.3	8.3	8.8	8.5	– 0.5	36.2	19.4	28.5	16.8
CZ	19.5	18.8	19.2	0.7	15.2	14.8	15.0	0.4	44.4	19.5	33.7	24.9
DK	34.0	27.6	30.8	6.4	36.0	27.9	31.9	8.1	52.5	26.6	41.2	25.9
DE	21.1	29.0	25.0	– 7.9	13.7	14.8	14.3	– 1.1	41.0	17.4	28.9	23.6
EE	44.7	27.5	36.4	17.2	22.9	20.7	21.9	2.2	42.8	15.9	31.7	26.9
IE	39.6	34.3	37.0	5.3	21.4	18.8	20.1	2.6	48.9	23.3	36.6	25.6
EL	23.6	23.6	23.6	0.0	11.3	11.3	11.3	0.0	36.4	15.7	25.8	20.7
ES	31.1	29.7	30.4	1.4	17.3	16.3	16.8	1.0	49.2	25.0	38.0	24.2
FR	31.0	28.6	29.9	2.4	28.2	23.3	25.8	4.9	41.4	21.2	32.2	20.2
HR	21.8	18.8	20.4	3.0	10.5	10.1	10.3	0.4	34.9	14.9	26.3	20.0
IT	16.2	13.6	15.0	2.6	13.0	12.9	12.9	0.1	44.7	23.7	35.3	21.0
CY	38.6	31.5	35.2	7.1	12.7	11.7	12.2	1.0	43.5	16.3	30.7	27.2
LV	37.4	25.3	31.7	12.1	15.2	13.0	14.1	2.2	39.8	13.4	28.7	26.4
LT	37.8	29.1	33.8	8.7	13.9	13.4	13.6	0.5	42.3	15.9	30.8	26.4
LU	37.1	37.6	37.3	– 0.5	24.1	24.9	24.5	– 0.8	38.8	21.2	30.3	17.6
HU	23.2	18.9	21.2	4.3	13.0	13.1	13.0	– 0.1	41.1	19.3	31.1	21.8
MT	23.9	21.3	22.6	2.6	16.7	15.0	15.8	1.7	50.1	26.5	39.7	23.6
NL	31.7	33.6	32.6	– 1.9	25.4	24.8	25.1	0.6	37.7	19.4	29.0	18.3
AT	26.5	30.2	28.3	– 3.7	19.6	17.4	18.5	2.2	40.6	21.4	31.5	19.2
PL	28.4	21.6	25.1	6.8	11.4	11.2	11.3	0.2	39.5	19.1	31.2	20.4
PT	22.2	16.5	19.6	5.7	15.4	16.2	15.8	– 0.8	39.0	18.6	29.5	20.4
RO	14.1	13.6	13.8	0.5	8.4	9.0	8.7	– 0.6	33.1	17.9	26.1	15.2
SI	29.2	22.7	26.0	6.5	17.2	15.3	16.2	1.9	42.6	17.3	31.9	25.3
SK	23.2	19.2	21.2	4.0	10.9	10.7	10.8	0.2	49.3	25.7	39.6	23.6
FI	39.9	31.3	35.7	8.6	36.2	29.1	32.6	7.1	51.2	18.1	35.6	33.1
SE	42.8	30.8	36.7	12.0	45.8	31.6	38.6	14.2	53.9	29.7	44.3	24.2
	Source: Authors' calculations, Eurostat, EU-LFS, 2019				Source: Authors' calculations, Eurostat, EU-LFS, 2019				Source: Eurostat, education statistics (educ_uoe_enrt03), 2018 BG, EE, EL, LT, RO, FI, ED5 – short-cycle tertiary education n/a			

Table 16. Indicators included in the domain of time, by EU Member State

MS	Care activities								Social activities							
	People caring for and educating their children or grandchildren, elderly or people with disabilities, every day (%, 18+)				People cooking and/or doing housework, every day (%, 18+)				Workers doing sporting, cultural or leisure activities outside their home, at least daily or several times a week (%, 15+, employed)				Workers involved in voluntary or charitable activities, at least once a month (%, 15+, employed)			
	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap
EU	**37.0**	**24.6**	**31.0**	**12.4**	**77.9**	**31.6**	**55.6**	**46.3**	**26.6**	**31.3**	**29.0**	**– 4.7**	**12.0**	**11.4**	**11.7**	**0.6**
BE	43.1	28.7	36.1	14.4	81.2	32.5	57.5	48.7	32.3	38.7	35.7	– 6.4	9.5	9.9	9.7	– 0.4
BG	38.5	25.8	32.4	12.7	72.9	13.0	44.1	59.9	11.7	19.5	15.6	– 7.8	2.9	2.4	2.7	0.5
CZ	33.2	19.8	26.7	13.4	67.4	15.8	42.3	51.6	22.6	27.8	25.2	– 5.2	12.3	11.3	11.8	1.0
DK	25.0	21.3	23.2	3.7	82.3	55.0	68.9	27.3	52.8	50.5	51.6	2.3	17.3	20.3	18.9	– 3.0
DE	25.5	18.7	22.2	6.8	72.3	29.1	51.3	43.2	21.8	25.2	23.5	– 3.4	15.8	13.3	14.5	2.5
EE	34.6	31.0	32.9	3.6	75.8	47.4	62.8	28.4	33.5	38.4	35.7	– 4.9	12.5	11.4	12.0	1.1
IE	44.1	30.5	37.5	13.6	88.7	48.0	68.9	40.7	40.4	48.4	44.6	– 8.0	15.4	17.9	16.7	– 2.5
EL	38.2	20.2	29.6	18.0	85.3	16.0	52.0	69.3	11.0	17.6	14.7	– 6.6	6.6	5.7	6.1	0.9
ES	39.8	27.7	33.9	12.1	84.5	41.9	63.8	42.6	39.3	45.5	42.6	– 6.2	5.7	3.8	4.7	1.9
FR	45.6	29.4	37.9	16.2	79.6	35.6	58.6	44.0	32.1	39.0	35.6	– 6.9	12.3	14.1	13.2	– 1.8
HR	34.9	21.3	28.4	13.6	62.4	11.9	38.2	50.5	12.5	19.1	15.9	– 6.6	10.8	10.3	10.5	0.5
IT	34.1	24.0	29.3	10.1	80.9	19.7	51.6	61.2	23.6	28.2	26.1	– 4.6	12.8	10.8	11.7	2.0
CY	50.1	34.1	42.4	16.0	80.8	26.6	54.8	54.2	9.7	21.7	15.8	– 12.0	8.8	8.0	8.4	0.8
LV	39.9	38.0	39.0	1.9	81.7	56.6	70.5	25.1	17.4	22.6	19.9	– 5.2	8.5	7.4	7.9	1.1
LT	41.3	24.2	33.6	17.1	79.0	28.8	56.4	50.2	13.5	17.9	15.5	– 4.4	5.2	4.4	4.9	0.8
LU	41.5	35.6	38.5	5.9	78.3	38.6	58.5	39.7	36.8	45.8	41.5	– 9.0	10.4	22.2	16.5	– 11.8
HU	30.1	24.5	27.5	5.6	55.8	13.8	36.3	42.0	16.6	12.5	14.6	4.1	11.3	8.7	10.0	2.6
MT	42.3	24.9	33.7	17.4	80.5	37.3	59.1	43.2	25.4	26.2	25.9	– 0.8	10.0	10.7	10.4	– 0.7
NL	38.5	28.2	33.5	10.3	81.4	47.4	64.7	34.0	56.0	58.3	57.2	– 2.3	22.3	22.3	22.3	0.0
AT	35.6	20.8	28.4	14.8	83.3	28.4	56.8	54.9	24.6	25.3	24.9	– 0.7	11.6	14.8	13.1	– 3.2
PL	47.0	25.0	36.5	22.0	81.7	33.5	58.7	48.2	16.9	21.3	19.0	– 4.4	6.5	4.7	5.7	1.8
PT	36.5	28.1	32.5	8.4	78.1	18.8	50.4	59.3	10.3	19.6	14.7	– 9.3	6.9	5.1	6.1	1.8
RO	45.8	25.0	35.8	20.8	75.3	40.6	58.5	34.7	6.3	8.4	7.4	– 2.1	6.1	7.6	6.9	– 1.5
SI	35.2	27.5	31.4	7.7	81.0	27.5	54.7	53.5	41.4	42.7	42.0	– 1.3	18.0	21.5	19.8	– 3.5
SK	35.3	19.2	27.5	16.1	59.5	15.7	38.6	43.8	10.6	19.9	15.2	– 9.3	8.6	6.3	7.4	2.3
FI	36.3	26.3	31.4	10.0	85.7	57.2	71.8	28.5	60.1	44.5	52.4	15.6	14.9	15.9	15.4	– 1.0
SE	29.5	26.7	28.1	2.8	73.6	56.1	64.9	17.5	51.0	55.0	53.1	– 4.0	27.2	29.8	28.5	– 2.6
	Source: Authors' calculations, Eurofound, EQLS, 2016				Source: Authors' calculations, Eurofound, EQLS, 2016				Source: Authors' calculations, Eurofound, EWCS, 2015				Source: Authors' calculations, Eurofound, EWCS, 2015			

Table 17. Indicators included in the domain of power, by EU Member State

MS	Political						Economic				Social					
	Share of ministers (%)		Share of members of parliament (%)		Share of members of regional assemblies (%)		Share of members of boards in largest quoted companies, supervisory board or board of directors (%)		Share of members of central bank (%)		Share of members of public research funding (%)		Share of board members in publicly owned broadcasting organisations (%)		Share of members of highest decision-making body of the national Olympic sport organisations (%)	
	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men
EU	**30.7**	**69.3**	**31.5**	**68.5**	**29.3**	**70.7**	**27.7**	**72.3**	**23.1**	**76.9**	**38.1**	**61.9**	**36.4**	**63.6**	**16.2**	**83.8**
BE	27.9	72.1	41.3	58.7	41.7	58.3	34.7	65.3	20.0	80.0	47.5	52.5	31.6	68.4	11.8	88.2
BG	39.1	60.9	26.5	73.5	27.2	72.8	15.9	84.1	57.1	42.9	41.9	58.1	33.3	66.7	22.1	77.9
CZ	24.6	75.4	20.8	79.2	21.0	79.0	16.9	83.1	0.0	100.0	24.1	75.9	14.8	85.2	7.0	93.0
DK	37.8	62.2	38.2	61.8	38.2	61.8	31.0	69.0	24.7	75.3	41.8	58.2	48.3	51.7	18.8	81.2
DE	40.2	59.8	31.6	68.4	30.7	69.3	34.7	65.3	31.3	68.8	39.5	60.5	33.3	66.7	15.3	84.7
EE	21.1	78.9	28.8	71.2	28.6	71.4	8.5	91.5	21.9	78.1	14.3	85.7	37.0	63.0	11.0	89.0
IE	21.5	78.5	24.8	75.2	25.5	74.5	23.4	76.6	33.3	66.7	46.2	53.8	50.0	50.0	20.3	79.7
EL	15.5	84.5	20.0	80.0	21.3	78.7	10.8	89.2	11.1	88.9	12.5	87.5	17.6	82.4	9.9	90.1
ES	46.5	53.5	40.8	59.2	46.7	53.3	25.8	74.2	46.7	53.3	48.6	51.4	45.5	54.5	22.2	77.8
FR	49.0	51.0	37.2	62.8	48.1	51.9	44.6	55.4	45.5	54.5	39.0	61.0	46.4	53.6	32.3	67.7
HR	23.6	76.4	21.7	78.3	28.1	71.9	23.2	76.8	16.0	84.0	28.6	71.4	57.1	42.9	9.5	90.5
IT	26.7	73.3	35.1	64.9	21.1	78.9	36.6	63.4	22.6	77.4	30.4	69.6	30.0	70.0	13.9	86.1
CY	16.0	84.0	18.9	81.1	15.3	84.7	10.4	89.6	13.0	87.0	24.2	75.8	25.9	74.1	6.6	93.4
LV	25.1	74.9	26.8	73.2	23.4	76.6	29.0	71.0	26.7	73.3	37.9	62.1	66.7	33.3	23.5	76.5
LT	29.8	70.2	23.0	77.0	29.8	70.2	12.6	87.4	15.4	84.6	37.0	63.0	33.3	66.7	16.3	83.7
LU	27.1	72.9	28.2	71.8	25.9	74.1	14.6	85.4	22.2	77.8	51.9	48.1	44.4	55.6	18.3	81.7
HU	10.1	89.9	12.0	88.0	12.7	87.3	13.5	86.5	11.1	88.9	0.0	100.0	28.6	71.4	9.7	90.3
MT	9.9	90.1	14.1	85.9	26.3	73.7	9.6	90.4	18.6	81.4	43.2	56.8	21.1	78.9	7.7	92.3
NL	44.4	55.6	34.1	65.9	33.1	66.9	32.9	67.1	26.7	73.3	33.3	66.7	32.4	67.6	26.5	73.5
AT	45.2	54.8	37.7	62.3	32.4	67.6	28.3	71.7	0.0	100.0	28.7	71.3	40.0	60.0	13.8	86.2
PL	18.3	81.7	26.8	73.2	27.2	72.8	21.7	78.3	16.0	84.0	26.2	73.8	0.0	100.0	3.3	96.7
PT	36.3	63.7	37.7	62.3	28.6	71.4	23.2	76.8	29.4	70.6	40.0	60.0	33.3	66.7	10.8	89.2
RO	25.8	74.2	19.7	80.3	18.4	81.6	11.9	88.1	7.4	92.6	44.9	55.1	27.3	72.7	11.0	89.0
SI	34.2	65.8	22.6	77.4	32.3	67.7	25.1	74.9	20.0	80.0	42.9	57.1	36.4	63.6	4.7	95.3
SK	22.8	77.2	21.2	78.8	14.1	85.9	26.9	73.1	0.0	100.0	15.4	84.6	22.2	77.8	8.3	91.7
FI	48.6	51.4	44.3	55.8	45.7	54.3	34.4	65.6	27.8	72.2	42.5	57.5	42.9	57.1	29.1	70.9
SE	52.2	47.8	47.1	52.9	47.5	52.5	37.2	62.8	33.3	66.7	56.9	43.1	57.0	43.0	48.4	51.6
	Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020) National governments (all ministers: junior ministers +senior ministers)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020) National parliaments (both houses)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020). BG, EE, IE, CY, LT, LU, MT, SI: local level is used (2020)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020). IT, RO: break in time series (only 2018)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020)		Source: Authors' calculations, EIGE, Gender Statistics Database, WMID (3-year average, 2018–2019–2020)	

Table 18. Indicators included in the domain of health, by EU Member State

MS	Status												Behaviour								Access							
	Self-perceived health, good or very good (%, 16+)				Life expectancy in absolute value at birth (years)				Healthy life years in absolute value at birth (years)				Population who do not smoke and are not involved in harmful drinking (%, 16+)				Population doing physical activities and/ or consuming fruits and vegetables (%, 16+)				Population without unmet needs for medical examination (%, 16+)				Population without unmet needs for dental examination (%, 16+)			
	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap	Women	Men	Total	Gap
EU	**66.2**	**71.1**	**68.5**	**–4.9**	**84.0**	**78.5**	**81.3**	**5.5**	**65.1**	**64.2**	**64.6**	**0.9**	**72.4**	**52.0**	**62.6**	**20.4**	**35.4**	**39.5**	**37.3**	**–4.1**	**96.7**	**97.2**	**96.9**	**–0.5**	**95.8**	**96.2**	**96.0**	**–0.4**
BE	71.8	76.3	74.0	–4.5	84.3	79.8	82.1	4.5	62.8	62.1	62.5	0.7	68.3	50.1	59.5	18.2	29.5	36.4	32.9	–6.9	97.4	97.9	97.7	–0.5	94.9	94.4	94.7	0.5
BG	63.0	71.5	67.1	–8.5	78.8	71.6	75.1	7.2	68.4	64.4	66.4	4.0	67.5	46.7	57.9	20.8	9.4	18.2	13.5	–8.8	97.7	97.6	97.6	0.1	97.1	97.6	97.4	–0.5
CZ	60.5	63.9	61.9	–3.4	82.2	76.4	79.3	5.8	62.6	61.7	62.2	0.9	72.7	54.2	63.8	18.5	30.1	37.5	33.6	–7.4	97.5	97.8	97.6	–0.3	97.4	97.4	97.4	0.0
DK	67.3	72.0	69.6	–4.7	83.5	79.5	81.5	4.0	58.8	59.0	58.9	–0.2	60.7	43.7	52.3	17.0	68.2	59.1	63.6	9.1	92.3	91.4	91.8	0.9	92.7	93.9	93.3	–1.2
DE	64.6	66.4	65.5	–1.8	83.7	79.0	81.3	4.7	67.1	65.4	66.3	1.7	63.3	46.6	55.1	16.7	50.8	53.1	51.9	–2.3	99.3	99.2	99.3	0.1	98.9	99.0	99.0	–0.1
EE	54.2	59.1	56.5	–4.9	83.0	74.5	79.0	8.5	57.7	53.9	55.8	3.8	74.0	43.2	58.2	30.8	35.4	35.8	35.6	–0.4	80.1	85.2	82.5	–5.1	94.6	95.0	94.8	–0.4
IE	83.8	84.1	83.9	–0.3	84.7	80.8	82.8	3.9	70.5	68.6	69.6	1.9	65.8	46.5	56.3	19.3	48.4	47.2	47.8	1.2	97.4	98.2	97.8	–0.8	96.5	97.0	96.8	–0.5
EL	77.2	81.2	79.1	–4.0	84.2	79.2	81.7	5.0	66.4	65.6	66.0	0.8	70.4	54.2	62.8	16.2	19.8	24.7	22.2	–4.9	89.4	92.2	90.7	–2.8	90.0	91.0	90.5	–1.0
ES	72.7	77.7	75.2	–5.0	86.7	81.1	84.0	5.6	70.4	69.4	69.9	1.0	75.9	61.6	68.9	14.3	36.1	46.0	40.9	–9.9	99.6	99.7	99.7	–0.1	93.9	94.2	94.0	–0.3
FR	64.9	68.5	66.6	–3.6	85.9	79.9	83.0	6.0	64.6	63.7	64.2	0.9	69.7	54.2	62.2	15.5	32.0	38.7	35.2	–6.7	97.0	96.7	96.9	0.3	94.9	95.3	95.1	–0.4
HR	58.2	62.6	60.3	–4.4	81.6	75.5	78.6	6.1	58.5	56.4	57.5	2.1	72.5	57.2	65.3	15.3	21.1	28.0	24.4	–6.9	95.9	95.5	95.8	0.4	98.4	97.3	97.8	1.1
IT	69.9	76.0	72.8	–6.1	85.8	81.4	83.7	4.4	68.6	68.1	68.4	0.5	79.9	65.6	73.1	14.3	24.5	30.4	27.3	–5.9	97.7	98.4	98.0	–0.7	96.5	97.3	96.9	–0.8
CY	76.5	79.1	77.7	–2.6	84.4	80.3	82.3	4.1	63.0	62.1	62.6	0.9	81.4	53.9	68.4	27.5	33.0	38.6	35.7	–5.6	98.5	99.1	98.8	–0.6	94.9	94.7	94.8	0.2
LV	42.8	52.5	47.1	–9.7	80.1	70.9	75.7	9.2	54.1	52.2	53.2	1.9	76.4	43.5	61.9	32.9	28.7	34.0	31.1	–5.3	92.0	92.2	92.1	–0.2	86.7	86.2	86.5	0.5
LT	42.4	51.9	46.1	–9.5	81.2	71.6	76.5	9.6	59.1	56.0	57.6	3.1	81.5	45.0	65.0	36.5	27.6	33.6	30.3	–6.0	97.7	98.3	98.0	–0.6	95.7	97.0	96.3	–1.3
LU	70.1	73.4	71.7	–3.3	85.2	80.2	82.7	5.0	61.9	63.2	62.6	–1.3	65.1	45.6	55.3	19.5	48.0	51.5	49.7	–3.5	99.4	98.8	99.1	0.6	99.1	99.1	99.1	0.0
HU	54.8	62.1	58.2	–7.3	79.7	73.1	76.5	6.6	62.8	60.7	61.8	2.1	75.7	59.4	68.1	16.3	32.7	37.7	35.1	–5.0	93.7	93.3	93.5	0.4	96.7	97.1	96.9	–0.4
MT	71.9	76.0	74.0	–4.1	84.6	81.2	82.9	3.4	73.5	72.9	73.2	0.6	70.0	56.3	63.2	13.7	42.7	45.1	43.9	–2.4	99.6	99.6	99.6	0.0	98.7	98.9	98.8	–0.2
NL	72.5	77.1	74.8	–4.6	83.7	80.6	82.2	3.1	59.4	62.5	61.0	–3.1	72.2	58.4	65.4	13.8	37.0	41.0	38.9	–4.0	99.1	98.5	98.8	0.6	99.4	99.2	99.3	0.2
AT	70.5	72.0	71.2	–1.5	84.2	79.7	82.0	4.5	58.0	56.7	57.4	1.3	65.3	53.3	59.4	12.0	51.5	54.7	53.1	–3.2	99.3	99.4	99.3	–0.1	98.9	98.8	98.8	0.1
PL	57.2	63.0	59.8	–5.8	81.9	74.1	78.0	7.8	64.1	60.9	62.5	3.2	74.5	51.9	64.1	22.6	23.4	26.2	24.7	–2.8	91.4	91.6	91.5	–0.2	96.6	96.6	96.6	0.0
PT	45.3	55.4	50.0	–10.1	84.8	78.7	81.9	6.1	57.8	60.6	59.2	–2.8	84.5	62.6	74.3	21.9	29.7	35.0	32.2	–5.3	97.0	97.7	97.3	–0.7	86.5	87.4	86.9	–0.9
RO	66.8	75.9	71.2	–9.1	79.5	71.9	75.6	7.6	60.6	59.9	60.3	0.7	73.4	36.2	55.4	37.2	7.4	16.3	11.7	–8.9	91.8	94.5	93.1	–2.7	92.8	93.6	93.2	–0.8
SI	63.7	69.7	66.6	–6.0	84.5	78.7	81.6	5.8	61.2	60.8	61.0	0.4	72.2	54.0	63.3	18.2	37.0	45.6	41.3	–8.6	96.8	96.6	96.7	0.2	95.5	95.4	95.4	0.1
SK	61.2	69.2	65.1	–8.0	81.2	74.3	77.8	6.9	56.3	56.0	56.2	0.3	75.6	53.2	64.8	22.4	33.0	39.7	36.2	–6.7	93.7	94.2	94.0	–0.5	95.8	95.9	95.9	–0.1
FI	67.7	68.9	68.3	–1.2	84.8	79.3	82.1	5.5	54.8	57.7	56.3	–2.9	69.9	45.7	58.4	24.2	60.1	56.9	58.6	3.2	93.3	95.6	94.5	–2.3	93.5	93.8	93.6	–0.3
SE	73.1	78.8	76.0	–5.7	84.8	81.5	83.2	3.3	72.7	73.8	73.3	–1.1	76.3	61.3	68.8	15.0	58.0	55.8	56.9	2.2	95.1	96.2	95.7	–1.1	97.6	97.3	97.4	0.3
	Source: Eurostat, EU-SILC, hlth_ silc_01), 2019				Source: Eurostat, Mortality data ([hlth_hlye), 2019				Source: Eurostat, Mortality data ([hlth_hlye), 2019 BE: break in time series				Source: Eurostat's calculations,, EHIS, 2014 FR, NL: EIGE estimation EU: Non-weighted average				Source: Eurostat's calculations, EHIS, 2014 BE, NL: EIGE estimation EU: Non-weighted average				Source: Eurostat, EU-SILC (hlth_ silc_08), 2019				Source: Eurostat, EU-SILC (hlth_ silc_09), 2019			

Annex 4. Indicators of health

Table 19. Self-perceived health (very good and good) by type of intersecting inequalities and groups, EU (%), different years

Group type and source	Groups	Women/girls	Men/boys
Type of family (16+) Authors' calculations based on EU-SILC microdata, 2019	Single	50.2	61.4
	Lone parents	71.0	75.1
	Couple without children	58.4	57.8
	Couple with children	83.3	83.2
Age (11–13–15) ([1]) HBSC, 2017–2018 Age (16+) Authors' calculations based on EU-SILC microdata, 2019	11–13–15	30.1	39.2
	16–24	91.6	93.6
	25–49	82.1	84.1
	50–64	60.6	62.9
	65+	36.9	42.5
Education level (16+) Authors' calculations based on EU-SILC microdata, 2019	Low	50.5	62.1
	Medium	68.0	70.6
	High	80.7	79.8
Country of birth (16+) Authors' calculations based on EU-SILC microdata, 2019	Native born	65.4	70.4
	Foreign born	68.5	72.2
	EU born	70.8	74.4
	Non-EU born	71.5	75.7
Citizenship (16+) Eurostat, EU-SILC (hlth_silc_24), 2019	EU-27 countries except reporting country	75.6	76.9
	Non-EU-27 countries nor reporting country	73.5	76.0
	Reporting country	65.7	70.7

Group type and source	Groups	Women/girls	Men/boys
Disability status (16+) Authors' calculations based on EU-SILC microdata, 2019	With disabilities	18.9	21.1
	Without disabilities	82.7	84.6
Income (16+) Eurostat, EU-SILC (hlth_silc_10), 2019	First quintile	55.5	61.9
	Second quintile	60.0	64.6
	Third quintile	66.9	71.1
	Fourth quintile	72.5	75.5
	Fifth quintile	78.6	80.6
Labour status (16+)	Employed persons	79.9	82.2
	Employees	79.7	82.2
	Employed persons except employees	81.7	82.2
	Not employed persons	54.5	55.6
	Unemployed persons	66.5	67.6
	Retired persons	39.9	44.5
	Other inactive persons	67.3	72.9
Degree of urbanisation (16+) Eurostat, EU_SILC (hlth_silc_01), 2019	Cities	68.0	72.8
	Towns and suburbs	67.1	72.1
	Rural areas	63.0	67.8
Respondent category (15+) Authors' calculations based on LGBT II FRA survey, 2019	Lesbian/gay	82.7	85.9
	Bisexual	75.5	83.1
	Trans	64.9	
	Intersex	67.0	

Group type and source	Groups	Women/girls	Men/boys
Immigrants and descendants of immigrants ([2]) FRA's Second European Union Minorities and Discrimination Survey (EU-MIDIS II), 2016	Turkey	79.0	80.0
	North Africa	72.0	74.0
	Sub-Saharan Africa	71.0	82.0
	South Asia and Asia	76.0	78.0
	Recent immigrants from other non-EU/non-European Free Trade Association (EFTA) countries	90.0	94.0
	Russian minorities	47.0	56.0
	Roma	66.0	71.0

NB:
(1) EU: unweighted average, CY n/a. 'Response: very good'.
(2) EU not available; data collected in only some EU Member States (and the UK).
Turkey (in six EU Member States – BE, DK, DE, NL, AT, SE).
North Africa (in five EU Member States – BE, ES, FR, IT, NL).
Sub-Saharan Africa (in 11 EU Member States + the UK –DK, DE, IE, FR, IT, LU, MT, AT, PT, FI, SE).
South Asia and Asia (in three EU Member States + the UK – EL, IT, CY).
Other non-EU/non-European Free Trade Association (EFTA) countries (in two EU Member States – PL, SI).
Russian minorities (in three EU Member States – EE, LV, LT).
Roma (in nine EU Member States – BG, CZ, EL, ES, HR, HU, PT, RO, SK).

Table 20. Excess mortality in 2020–2021, compared with 2016–2019, by sex and EU Member State (%, overall population)

	Excess mortality			
Member State	Women	Men	Gap	Last data available in 2021 (1)
CZ	22.2	29.6	– 7.4	W19
PL	22.4	25.6	– 3.2	W23
SK	22.5	24.9	– 2.4	W21
BG	18.5	22.6	– 4.1	W23
IT	15.6	19.5	– 3.9	W13
RO	15.2	19.4	– 4.2	W16
SI	17.6	18.4	– 0.8	W20
ES	16.0	17.7	– 1.7	W22
MT	16.0	17.6	– 1.6	W19
EU*	13.6	16.6	– 3.0	W13 (all Member States)
NL	8.9	15.8	– 6.9	W21
PT	15.8	14.9	0.9	W22
HU	14.0	14.8	– 0.8	W20
AT	8.5	14.2	– 5.7	W20
CY	14.3	13.4	0.9	W18
BE	11.2	13.3	– 2.1	W23
LT	11.7	12.8	– 1.1	W23
HR	10.3	12.6	– 2.3	W17
FR	10.8	12.6	– 1.8	W22
LU	9.3	11.5	– 2.2	W17
SE	3.5	9.6	– 6.1	W23
EE	8.1	9.0	– 0.9	W23
EL	9.2	9.0	0.2	W17
DE	5.0	8.8	– 3.8	W23
LV	7.3	5.9	1.4	W22
DK	0.8	3.6	– 2.8	W23
FI	1.4	3.1	– 1.7	W23

Source: EIGE's elaboration, based on deaths by week and sex [demo_r_mwk_ts], extracted on 25 June 2021.
NB:
Excess mortality indicator is expressed as a percentage of additional deaths in a week (average of 2020–2021) compared with a baseline period.
The baseline is given by average weekly deaths for 2016–2019.
The higher the value, the more additional deaths have occurred, compared with the baseline.
2021: provisional data.
2020: provisional data, except for BG, LV, LT, LU, NL, RO, FI, SE.
2019: provisional data for RO.
IE: 2016–2019 n/a.
(1) Last week in 2021 for which data is available. EU calculated using W13, available for all Member States.
(*) EU: only 26 Member States.