

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Finnish

Health at a Glance: OECD: n osoittimet vuonna 2005

Yhteenveto suomeksi

Yhteenveto

Terveysthuoltojärjestelmät laajenevat ja niiden merkitys kasvaa OECD-maissa. Terveysthoidon kehitys ja uusien lääkkeiden kehittäminen ovat osaltaan vaikuttaneet terveydentilan jatkuvaan myönteiseen kehitykseen, josta OECD-maissa on voitu nauttia viime vuosikymmenten aikana. Samanaikaisesti terveysthuollon menot ovat suuremmat kuin koskaan ja ne kuluttavat yhä kasvavan osan bruttokansantulosta.

Terveysthen liittyy luonnollisesti muutakin kuin terveysthuolto ja sen menot. Yleinen näkemys on, että väestön terveydentila kehittyneissä maissa määritellään mieluummin sosioekonomisten ja elämäntapaan liittyvien määritteiden avulla kuin terveysthuollon määritteillä. Hyvin suunnitellut julkiset terveysthuoltopalvelut auttavat ehkäisemään sairastumista ja vähentävät jonkin verran terveysthuoltojärjestelmien kustannuspaineita. Terveystriskit ovat myös muuttumassa. Samalla kun OECD-maissa on saavutettu huomattavaa edistystä viime vuosikymmenten aikana esimerkiksi tupakoinnin vähentämisessä, on ylipaino yleistynyt kaikissa OECD-maissa. Tämä viittaa syömistottumusten muutoksiin ja liikuntaa harrastamattomaan elämäntapaan.

Health at a Glance – OECD:n osoittimet vuonna 2005 tarjoaa vertailukelpoisia ja ajankohtaisia tietoja terveysthuoltojärjestelmien toimivuudesta. Sen perustana on *OECD Health Data 2005* -tietopankki, joka sisältää yli 1000 aikasarjaa terveydestä ja terveystjärjestelmistä kaikista OECD-maista. Tämä on kolmas painos *Health at a Glance* -julkaisusta, ja siinä on keskitytty paitsi terveysthuoltojärjestelmien resurssien ja toimintojen mittaamiseen, myös terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn mittareihin. Esimerkiksi terveydentilaa käsittelevä luku sisältää tietoa lasten terveydestä sekä heidän suun terveydestä. Riskitekijöitä käsittelevään kappaleeseen on lisätty ravintoon liittyviä osoittimia tupakoinnin ja alkoholin käytön sekä ylipainon ja lihavuuden mittareiden rinnalle. Ikääntyneiden influenssarokotukset täydentävät periteisiä lapsuusajan rokotusmittareita esimerkkeinä ehkäisevistä terveystpalveluista, jotka voivat

vähentää sairastavuutta ja terveydenhoidon tarvetta. Lisäksi terveydenhuoltomenojen osalta esitetään erikseen, kuinka paljon julkiseen terveydenhuoltoon käytetään varoja eri OECD-maissa.

Tässä julkaisussa osoitetaan, että 30 OECD-maassa on huomattavia eroja terveydentilan, terveystarpeiden, terveydenhuoltomenojen ja niiden rahoituksen sekä terveydenhuoltojärjestelmien tulosten välillä. Kun osoittimia tarkastellaan sukupuolen ja iän perusteella, syntyy eroja myös alueellisesti (maan sisällä), sosioekonomisten ryhmien ja eri etnisten/roturyhmien välillä. Lukijan on siis syytä pitää mielessään, että monet tämän julkaisun mittarit voivat sisältää yhtä paljon vaihtelua *maan sisällä* kuin *maiden välillä*.

Seuraavat tiivistelmät esittelevät joitakin tärkeimmistä tuloksista ja sitä, kuinka ne suhteutuvat terveydenhuoltojärjestelmien toimivuuteen.

Terveydentila on parantunut huomattavasti OECD-maissa

- **Syntymähetken odotettavissa oleva elinikä (elinaikaodote) on kasvanut huomattavasti viime vuosikymmenten aikana OECD-maissa**, mikä johtuu nousseesta elintasosta, paremmista elintavoista ja koulutuksesta sekä helpommasta hoitoon pääsystä ja tehokkaammista lääkkeistä. Keskimäärin OECD-maiden vastasyntyneen elinaikaodote oli 77,8 vuotta vuonna 2003, kun vuonna 1960 se oli 68,5 vuotta. Vuonna 2003 korkein odotettavissa oleva elinikä oli Japanissa: koko väestön osalta 81,8 vuotta. Seuraavaksi parhaiten sijoittuvat Islanti, Espanja, Sveitsi, Australia ja Ruotsi (taulukko 1.1).
- On vaikeaa arvioida useiden ei-lääketieteellisten ja lääketieteellisten tekijöiden suhteellista vaikutusta odotettavissa olevaan elinikään eri maissa ja eri aikoina. **Korkeampi kansantulo on yleensä verrannollinen vastasyntyneen elinaikaodotteeseen kanssa kaikissa OECD-maissa**, vaikkei suhde olekaan yhtä selkeä korkeimpien kansantulojen maissa. Elinaikaodotteessa on huomattavia eroja OECD-maiden välillä myös niissä maissa, joissa kansantulo asukasta kohti on korkea. Esimerkiksi Japanissa ja Espanjassa on korkeampi odotettavissa oleva elinikä kuin niiden bruttokansantulo asukasta kohti antaisi olettaa, kun taas Yhdysvaltain ja Unkarin elinaikaodote on alhaisempi kuin niiden tulotason perusteella olisi syytä olettaa (taulukko 1.3).
- **65-vuotiaiden elinaikaodote kasvoi myös huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana OECD-maissa**. Vuonna 2003 OECD-maissa keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä 65 vuoden iässä oli 19,3 vuotta naisilla ja 15,9 vuotta miehillä. Tämä on noussut yli kolmella vuodella vuodesta 1970 sekä naisilla että miehillä. Samoin kuin odotettavissa oleva elinikä syntymähetkellä, Japanissa oli myös pisin 65-vuotiaiden elinaikaodote vuonna 2003 (taulukko 1.5). **Odotettavissa olevan eliniän odotetaan pitenevän seuraavina vuosikymmeninä**. OECD:n laskelmat osoittavat, että vuoteen 2040 mennessä 65-vuotiaiden elinaikaodote saavuttaa keskimäärin 21,6 vuotta naisilla ja 18,1 vuotta miehillä OECD:n alueella.
- Kaikki OECD-maat ovat **onnistuneet merkittävästi vähentämään lapsikuolleisuutta** viime vuosikymmenten aikana, mikä johtuu yleisestä taloudellisen ja sosiaalisen tilanteen kohentumisesta sekä terveydenhuollon neuvolapalveluiden parantumisesta, joihin kuuluu mm. lapsuusajan rokotteet. Portugalin lapsikuolleisuus on vähentynyt yli 90 prosenttia vuodesta 1970. Tuolloin Portugalissa oli Euroopan suurin lapsikuolleisuus, mutta vuonna

2003 se oli yksi alhaisimmista. Lapsikuolleisuus on vähentynyt huomattavasti myös Meksikossa, Turkissa ja eräissä Etelä-Euroopan maissa, kuten Italiassa, Espanjassa ja Kreikassa. Vuonna 2003 alhaisimmat lapsikuolleisuusluvut olivat Japanissa ja joissakin Pohjoismaissa (taulukko 1.20).

Terveydenhuoltomenot nousevat OECD-maissa

- Samalla kun OECD-maissa on saatu vaikuttavia tuloksia eliniän pitenemisestä viime vuosikymmenten aikana, terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet koko ajan. Joissakin maissa terveydenhuoltomenojen kasvu on ollut nopeampaa kuin kokonaistalouden kasvu. **Vuonna 2003 OECD-maat käyttivät keskimäärin 8,8 prosenttia bruttokansantulostaan terveydenhuoltoon, kun vuonna 1990 terveydenhuoltoon käytettiin 7,1 prosenttia ja vain hieman yli 5 prosenttia vuonna 1970.** Terveydenhuoltomenoihin käytetty osuus bruttokansantulosta vaihtelee kuitenkin suuresti maiden välillä. Yhdysvalloissa osuus on 15 prosenttia, kun taas Slovakian tasavallassa ja Etelä-Koreassa se on alle 6 prosenttia. Yhdysvaltain lisäksi korkeimmat terveydenhuoltomenojen bruttokansantulo-osuudet vuonna 2003 olivat Sveitsissä (11,5 %) ja Saksassa (11,1 %) (taulukko 3.7).
- **Terveydenhuoltomenojen kasvu johtuu monesta tekijästä.** Yleisesti voidaan sanoa, että OECD-maat, joiden bruttokansantulo asukasta kohti on suurempi, käyttävät myös enemmän varoja terveydenhuoltoon (taulukko 3.10). Maiden välillä on kuitenkin huomattavia eroja, jotka voivat osittain heijastaa poliittisia päätöksiä julkisten menojen tavoitellusta tasosta, erilaisia terveydenhuoltojärjestelmien rahoitus- ja organisaatorakenteita sekä terveystenonien suosimista muiden julkisten hyödykkeiden ja palveluiden kulutuksen sijaan. **Lääketieteellinen kehitys sairauksien ehkäisyssä, diagnosoinnissa ja hoidossa ovat huomattava tekijä terveydenhuoltomenojen kasvussa.** Monet eri tekijät vaikuttavat uusien lääketieteellisten teknologioiden ja lääkkeiden kehitykseen ja leviämiseen, samoin kuin päätöksentekoon uusien välineiden, hoitojen ja lääkkeiden rahoituksesta. **Väestön ikääntyminen vaikuttaa myös osaltaan terveydenhuoltomenojen kasvamiseen.** Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut kaikissa OECD-maissa (taulukko 5.3), ja kehityksen odotetaan jatkuvan tulevina vuosina ja vuosikymmeninä, varsinkin kun otetaan huomioon suurten ikäluokkien sukupolvi (joka saavuttaa 65 vuoden iän vuonna 2010 ja sen jälkeen). Koska ikääntyvä väestö tarvitsee yleensä enemmän terveyspalveluita ja pitkäaikaishoitoa, voidaan väestön ikääntymisen olettaa kasvattavan julkisia menoja näillä alueilla.

Terveydenhuoltomenot aiheuttavat painetta julkisen sektorin budjetteihin

- Kun otetaan huomioon julkisin varoin rahoitetut sairausvakuutukset ja useimpien OECD-maiden suora julkisen sektorin hoidon rahoitus, vastaa julkinen sektori suurimman osan terveydenhuoltomenoista kaikissa muissa maissa paitsi Yhdysvalloissa, Meksikossa ja Etelä-Koreassa (taulukko 3.17). Jopa Yhdysvalloissa, jonka yksityissektorin osuus on huomattava, julkinen sektori käyttää 6,6 prosenttia bruttokansantulosta terveydenhuoltoon, mikä on vertailukelpoinen OECD-maiden keskivertomenojen kanssa.
- OECD-maiden viimeiset kymmenen vuotta voidaan karkeasti jakaa kahteen aikakauteen julkisen terveydenhuoltomenojen kasvun osalta. Vuodet 1992–1997 olivat talouskasvun aikaa, jolloin julkisen sektorin terveydenhuoltomenot kasvoivat samaa vauhtia tai hieman

hitaammin kuin kokonaistalous. Viime vuosina **julkisen sektorin terveydenhuoltomenot ovat kuitenkin kasvaneet taloutta nopeammin kaikissa OECD-maissa**. Joissakin maissa, kuten Isossa-Britanniassa ja Kanadassa, viimeaikainen julkisen sektorin terveydenhuoltokulujen kasvu on seurausta 1990-luvulla harjoitetusta kustannusten kasvun hillitsemiseen pyrkineeseen politiikasta, joka on aiheuttanut menojen lisäämispaineita tällä vuosituhanella (taulukko 3.6).

- Viime vuosina lääkkeisiin on käytetty yhä enemmän rahaa – menot ovat kasvaneet vuosittain yli 5 prosenttia vuodesta 1997 lähtien – ja se on osaltaan kasvattanut terveydenhuollon kokonaismenoja huomattavasti. Itse asiassa **useimmissa OECD-maissa lääkemenojen kasvu on ollut voimakkaampaa kuin terveydenhuollon kulujen kasvu yhteensä** tänä aikana. Yhdysvaltojen ja Australian lääkemenot ovat kasvaneet yli kaksi kertaa nopeammin kuin terveydenhuollon kokonaismenot vuodesta 1997 alkaen. Kasvu on ollut huomattavaa myös Irlannissa ja Etelä-Koreassa, vaikka näiden maiden asukasta kohti lasketut lääkemenot olivat suhteellisen pienet ajanjakson alussa. Kasvuvauhti oli huomattavasti vaatimattomampi Japanissa (taulukko 3.16).
- Keskimäärin OECD-maissa julkinen sektori maksoi **60 prosenttia lääkemenoista, kun yleensä jäljelle jäävän osuuden maksaa potilas tai harvemmin yksityinen vakuutus**. Tämä julkisen sektorin maksama keskiarvo kätkee sisäänsä laajan vaihtelun, joka yltää Meksikon 11 prosentista ja Yhdysvaltain 21 prosentista Irlannin 86 prosenttiin. Yksi selittävä tekijä on, kuinka julkinen terveydenhuolto ja sairausvakuutus kattaa lääkekuluja, vai kattaako se niitä lainkaan (taulukko 3.11).
- Vuonna 2003 **asukasta kohti kulutettiin lääkkeisiin eniten Yhdysvalloissa (yli 700 USD asukasta kohti), Ranskassa (hieman yli 600 USD), Kanadassa ja Italiassa (noin 500 USD)**. Pienin kulutus oli Meksikossa ja Turkissa, missä lääkkeisiin käytettiin hieman yli 100 Yhdysvaltain dollaria. Lääkemenot vaihtelevat maittain heijastaen volyyymiä, kulutusrakennetta ja hintatasoa. Maiden väliset tulotason erot vaikuttavat myös lääkkeisiin kulutettuihin varoihin (taulukko 3.14).

Terveydenhuoltoresurssien puute voi aiheuttaa ongelmia joissakin maissa

- **Lääkäripula on suuri huolenaihe monissa maissa**. Lääkäreiden määrään, sijoittumiseen ja lääkärikunnan rakenteeseen vaikuttavat monet eri tekijät mukaan lukien lääketiedettä opiskelemaan pyrkiville asetetut rajoitukset, erikoistumisala, palkka ja muut työolosuhteet sekä muuttoliike. **Vuonna 2003 väestöön suhteutetussa työskentelevien lääkäreiden määrässä oli suuria eroja OECD-maiden välillä. Vaihtelu oli yli 4 lääkäristä 1 000 asukasta kohti Italiassa ja Kreikassa alle 2 lääkäriin 1 000 asukasta kohti Turkissa, Meksikossa ja Etelä-Koreassa**. Lääkäreiden määrä asukasta kohti oli verrattain alhainen myös Japanissa, Kanadassa, Isossa-Britanniassa ja Uudessa Seelannissa. Näissä maissa on perinteisesti rajoitettu lääketiedettä opiskelemaan pyrkivien määrää.
- **Joissakin maissa huomattavan suuri osa työskentelevistä lääkäreistä on saanut koulutuksensa ulkomailla**. Vuonna 2000 ulkomailla koulutuksen saaneita lääkäreitä oli yli 20 prosenttia kaikista englantia puhuvien maiden lääkäreistä, esimerkiksi Uudessa Seelannissa, Isossa-Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Toisaalta ulkomailla koulutuksensa saaneiden lääkäreiden määrä oli huomattavan alhainen Japanissa,

Itävallassa ja Ranskassa (taulukko 2.4). Maiden välinen muuttoliike voi kasvattaa työmarkkinoiden joustavuutta ja lääkäreitä sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisia vastaanottavissa maissa, mutta se aiheuttaa myös ongelman ammattimaisen työvoiman katoamisesta, mikäli työvoiman virtaaminen matalan elintason maista korkeamman elintason maihin jatkuu pitkään.

- Tässä *Health at a Glance – OECD:n osoittimet 2005* -julkaisussa esitellään uutta tietoa **lääkäreiden palkoista**. Yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden (jotka on eroteltu palkattuihin ja itsenäisesti ammattiaan harjoittaviin lääkäreihin) tulotasoa verrataan keskimääräiseen kansantuloon. Lääkäreiden tulotaso vaihteli suuresti maiden välillä. **Esimerkiksi itsenäisesti ammattiaan harjoittavien erikoislääkäreiden tulotaso oli verraten korkea Alankomaissa, Yhdysvalloissa, Belgiassa ja Kanadassa**. Toisaalta Unkarin ja Tšekin tasavallan erikoislääkärit (riippumatta siitä, olivatko he palkattuja vai itsenäisiä ammatinharjoittajia) ansaitsivat verrattain vähän keskimääräiseen kansalliseen tulotasoon nähden (taulukko 2.9).
- Lähes kaikki OECD-maat raportoivat hoitajapulaa. **Koulutettujen sairaanhoitajien määrä yhtä lääkäriä kohti vaihtelee suuresti OECD-maissa**, vaikka tietojen vertailukelpoisuus onkin rajallista erityyppisten hoitoalan ammattien vuoksi. Irlannissa, Islannissa ja Alankomaissa on eniten hoitajia väkilukuun nähden: kussakin oli vuonna 2003 jokaista tuhatta asukasta kohti yli 13 sairaanhoitajaa. Taulukon toisessa ääripäässä on jokaista tuhatta asukasta kohti alle 4 terveydenhoitajaa, mm. Turkissa, Koreassa, Meksikossa ja Kreikassa (taulukko 2.5). Pitkän aikavälin kehitystä tarkastellessa voidaan todeta, että vuosien 1990 ja 2003 välisenä aikana hoitajien määrä asukasta kohti kasvoi ainakin jonkin verran kaikissa maissa, mutta määrä alkoi vähetä Australiassa, Kanadassa, Uudessa Seelannissa ja Puolassa (taulukko 2.6).
- **Sairanhoitajien palkkatietoja** on saatavilla vain palkatun sairaalahenkilöstön osalta. Kahdentoista maan tietojen perusteella terveydenhoitajien suhteellinen tulotaso asukasta kohti laskettuun bruttokansantuloon nähden on korkein Portugalissa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa. Suhteellinen tulotaso on alhaisin Tšekin tasavallassa ja Unkarissa sekä Norjassa (taulukko 2.11).
- Joissakin maissa ongelmana on lisäksi diagnostiikka- ja hoitolaitteiden vähyys, joiden avulla voitaisiin varmistaa korkeaa teknologiaan vaativien palveluiden nopea saatavuus. **Diagnostiikkatekniikan - kuten tietokonetomografialaitteiden (CT) ja magneettikuvauslaitteiden (MRI) - saatavuus on lisääntynyt kaikissa OECD-maissa viime vuosikymmenten aikana**. Koska magneettikuvaustekniikka on uudempaa kuin tietokonetomografia, magneettikuvauslaitteiden saatavuus on lisääntynyt erityisen nopeasti vuoden 1990 jälkeen (taulukko 2.8). Joka tapauksessa näiden lääketieteellisten laitteiden levinneisyydessä on suuria eroja. Japanissa on tällä hetkellä eniten tietokonetomografia- ja magneettikuvauslaitteita asukasta kohti. Toisessa ääripäässä ovat Meksiko, Puola, Slovakian tasavalta ja Tšekin tasavalta, missä on vähiten tietokonetomografia- ja magneettikuvauslaitteita asukasta kohti. Sinänsä tämä ei ole yllättävää, sillä laitteet ovat varsin kalliita (taulukot 2.13 ja 2.14).

Sairauksien ehkäisyyn panostaminen voi tarjota mahdollisuuksia terveyden edistämiseen samalla, kun terveydenhuoltojärjestelmien painetta helpotetaan

- Terveydenhuoltojärjestelmiä kritisoidaan usein siitä, että ne keskittyvät liiaksi “sairaanhoidon”, mutteivät riittävästi sairauden ehkäisyyn. Tosiassasiassa **keskimäärin vain noin 3 prosenttia tämänhetkisistä terveydenhuollon menoista käytetään sairauksien ehkäisyyn ja kansanterveystyöhön OECD-maissa** (taulukko 3.12).
- Lapsuusajan rokotukset ovat osoittautuneet yhdeksi tehokkaimmista keinoista lapsuusajan sairauksien ja kuolleisuuden vähentämisessä. **Noin kolme neljäsosaa OECD-maista on saavuttanut yli 95 prosentin kattavuuden DTP-rokotteelle (Diphtheria-Tetanus-Pertussis eli kurkkumätä-jäykkäkouristus-hinkuyskä -rokote), mikä on riittävästi tarjoamaan suojan koko väestölle. Tuhkarokon osalta noin puolet OECD-maista raportoi samanlaisen kattavuuden.** Jotkut vauraimmista OECD-maista (kun mitataan bruttokansantulo asukasta kohti), kuten Irlanti, Norja ja Itävalta, raportoivat keskimääräistä alhaisemman kurkkumätä- ja tuhkarokkorokotteen kattavuuden (taulukko 2.21).
- Influenssarokotteiden tarjoaminen vanhuksille on levinnyt yhä laajemmalti OECD-maissa viimeisen kymmenen vuoden aikana keinona välttää sairastumista, sairaalahoitoa ja kuolemia ikääntyneellä väestöryhmällä, joiden riski saada vakavia jälkitauteja flunssan jälkeen on suurempi. **Vuonna 2003 ikääntyneiden influenssarokotteen kattavuus vaihteli Tšekin tasavallan, Unkarin ja Slovakian tasavallan alle 40 prosentista Australian, Etelä-Korean ja Alankomaiden yli 75 prosenttiin.** Annettujen influenssarokotteiden määrä oli yli 60 prosenttia ikääntyneistä useimmissa G7-maissa, poikkeuksena Saksa ja Japani, joissa alle puolet ilmoitti saaneensa influenssarokotteen vuonna 2003 (taulukko 2.23).

Terveysriskit ovat muuttumassa

- **Moni OECD-maa on saavuttanut hyviä tuloksia tupakanpolton vähentämisessä viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana,** vaikka se on edelleen tavallisin ennenaikaisen kuoleman syy. Tupakointi on vähentynyt tiedottamiskampanjoiden ja mainosten avulla sekä verotusta kiristämällä. Nykyisin päivittäin tupakoitsijoita on alle 20 prosenttia Australian, Kanadan, Ruotsin ja Yhdysvaltain asukkaista, kun 1970-luvulla tupakoitsijoita oli yli 33 prosenttia aikuisväestöstä. Toisaalta yli kolmannes aikuisista Kreikassa, Unkarissa ja Luxemburgissa jatkaa tupakointiaan päivittäin (taulukko 4.1).
- **Keskimääräinen alkoholinkulutus täysi-ikäistä asukasta kohti on myös pienentynyt vähitellen monissa OECD-maissa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana.** Mainonnan, myyntirajoitusten ja verotuksen kiristäminen ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi vähentää alkoholin kulutusta. Perinteisissä viinintuottajamaissa, kuten Italiassa ja Ranskassa, alkoholin kulutus asukasta kohti on vähentynyt huomattavasti sitten 1980-luvun. Toisaalta alkoholin kulutus asukasta kohti nousi yli 40 prosenttia Irlannissa (taulukot 4.6 ja 4.7).
- **Monissa OECD-maissa lasten ja aikuisten ylipaino- ja lihavuusongelmat ovat lisääntyneet nopeasti, ja ne ovat muuttumassa kansanterveysongelmaksi.** Lihavuus on usean terveysongelman, mm. korkeaan verenpaineen, korkean kolesterolin, diabeteksen, sydän- ja verisuonitautien, astman, niveltulehduksen ja joidenkin

© OECD 2005

Tämä yhteenveto ei ole virallinen OECD-käännös.

Tämän yhteenvedon kopioiminen on sallittua sillä edellytyksellä, että OECD:n tekijänoikeudet ja alkuperäisen julkaisun nimi mainitaan.

Monikieliset yhteenvedot ovat käännettyjä otteita alkuperäisistä englannin- ja ranskankielisistä OECD:n julkaisuista.

Julkaisuja on saatavilla maksutta OECD:n verkkokirjastossa osoitteessa www.oecd.org/bookshop/

Lisätietoja antaa: OECD Rights and Translation unit,
Public Affairs and Communications Directorate.

rights@oecd.org

Telekopio: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

Vieraile osaston verkkosivuilla osoitteessa www.oecd.org/rights/

