

## Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

*Summary in Dutch*

---

### Gezondheid in vogelvlucht: OESO-indicatoren - uitgave 2005.

*Samenvatting in het Nederlands*

#### Samenvatting en toelichting

Gezondheidszorgsystemen in OESO-landen worden steeds omvangrijker en belangrijker. Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen hebben bijgedragen aan de aanhoudende verbeteringen in de gezondheidstoestand in OESO-landen in de afgelopen decennia. Tegelijkertijd zijn de uitgaven aan gezondheidszorg nog nooit zo hoog geweest en deze vragen een steeds groter deel van het nationaal inkomen.

Gezondheid omvat klaarblijkelijk meer dan gezondheidszorg en de uitgaven daarvoor. Een grote hoeveelheid bewijs laat zien dat de gezondheid van de bevolking in ontwikkelde landen meer wordt bepaald door socio-economische en leefstijldeterminanten dan door het verstrekken van gezondheidszorg op zich. Goed opgezette volksgezondheidsprogramma's kunnen bijdragen aan het voorkomen van ziekte en helpen de kostendruk op gezondheidszorgsystemen enigszins te verlichten. De risicofactoren met betrekking tot gezondheid zijn ook aan het veranderen. Veel OESO-landen hebben bijvoorbeeld opmerkelijke vooruitgang geboekt in de afgelopen decennia op het gebied van het terugdringen van het tabaksgebruik, terwijl de obesitascijfers in alle OESO-landen zijn gestegen, wat een afspiegeling is van veranderende eetgewoontes en een meer zittende levensstijl.

*Gezondheid in vogelvlucht- OESO-indicatoren 2005* geeft een vergelijkbare en up-to-date verzameling indicatoren die zijn gerelateerd aan de verschillende aspecten van de resultaten van gezondheidszorgsystemen. De publicatie is gebaseerd op *OECD Health Data 2005*, een uitgebreide database met meer dan 1000 statistische reeksen over gezondheid en gezondheidssystemen in de OESO-landen. Deze derde uitgave van *Gezondheid in vogelvlucht* richt zich niet alleen op de middelen en activiteiten van gezondheidszorgsystemen, maar bevat daarnaast een groter aantal indicatoren voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Zo bevat het hoofdstuk over de

gezondheidstoestand meer informatie over de gezondheid van kinderen, inclusief de gezondheid van hun gebit. Indicatoren op het gebied van voeding zijn ook toegevoegd aan de indicatoren voor tabaksgebruik, alcoholconsumptie, overgewicht en obesitas in het hoofdstuk over risicofactoren. Het griepvaccinatiecijfer bij ouderen is toegevoegd aan de traditionele indicatoren voor kindervaccinatie, als voorbeeld van preventieve gezondheidsvoorzieningen die een slechte gezondheid en de daaruit voortvloeiende behoeften aan gezondheidszorg kunnen verminderen. Daarnaast zijn de uitgaven voor gezondheid nu opgesplitst, zodat de uitgaven voor georganiseerde volksgezondheidsprogramma's in de verschillende OESO-landen duidelijk worden.

Deze publicatie levert opzienbarend bewijs voor grote variaties in de 30 OESO-lidstaten met betrekking tot indicatoren voor gezondheidstoestand, gezondheidsrisico's en in de kosten, toewijzing van middelen en resultaten van hun gezondheidszorgsystemen. Hoewel voor een aantal indicatoren wel een uitsplitsing van de bevolking naar geslacht en leeftijd wordt gegeven, levert de publicatie in de meeste gevallen geen gedetailleerder uitsplitsing naar (subnationale) regio, naar sociaal-economische groep, of naar etnische/raciale groep. De lezer moet daarom in gedachten houden dat voor veel indicatoren in deze publicatie er mogelijk net zoveel variatie *binnen* een land is als *tussen* de landen onderling.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste conclusies van deze publicatie en hun verband met de resultaten van gezondheidszorgsystemen.

## De gezondheidstoestand is enorm verbeterd in OESO-landen

- **De levensverwachting bij de geboorte is aanzienlijk toegenomen in de afgelopen decennia in OESO-landen**, dankzij stijgende levensstandaarden, verbeterde levensstijl en betere opleiding, naast verbeteringen in de toegankelijkheid van zorg en de werkzaamheid van geneesmiddelen. Gemiddeld steeg de levensverwachting bij de geboorte in OESO-landen tot 77,8 jaar in 2003, vergeleken met 68,5 in 1960. In 2003 had Japan de hoogste levensverwachting, met 81,8 jaar voor de totale bevolking, gevolgd door IJsland, Spanje, Zwitserland, Australië en Zweden (diagram 1.1).
- Het is moeilijk in te schatten wat de relatieve bijdrage is van de talloze niet-medische en medische factoren die mogelijk van invloed zijn op de verschillen in levensverwachting tussen de landen over een bepaalde periode. **Een hoger nationaal inkomen wordt in het algemeen in verband gebracht met een hogere levensverwachting bij de geboorte in de OESO-landen**, hoewel het verband minder uitgesproken is bij hogere nationale inkomensniveaus. Ook zijn er opvallende verschillen in levensverwachting tussen OESO-landen met een vergelijkbaar inkomen per capita. Zo hebben Japan en Spanje een hogere levensverwachting dan alleen op basis van hun BBP per capita zou worden verwacht, terwijl de Verenigde Staten en Hongarije een lagere levensverwachting hebben dan op basis van het inkomen zou worden verwacht (diagram 1.3).
- **De levensverwachting op 65-jarige leeftijd is ook aanzienlijk gestegen in de afgelopen decennia in OESO-landen**. In 2003 lag de levensverwachting op 65-jarige leeftijd in OESO-landen gemiddeld op 19,3 jaar voor vrouwen en 15,9 jaar voor mannen. Dat is een stijging van meer dan 3 jaar sinds 1970, voor zowel vrouwen als mannen. Net zoals bij de levensverwachting bij de geboorte, heeft Japan de hoogste levensverwachting

op 65-jarige leeftijd in 2003 (diagram 1.5). **De levensverwachting op 65-jarige leeftijd zal naar verwachting de komende decennia blijven stijgen.** OESO-berekeningen voorspellen dat tegen 2040 de levensverwachting op 65-jarige leeftijd in OESO-landen gemiddeld 21,6 jaar voor vrouwen zal zijn en 18,1 jaar voor mannen.

- Alle OESO-landen hebben **opmerkelijke vooruitgang geboekt in het terugdringen van de zuigelingensterfte** de afgelopen decennia, niet alleen dankzij de algemene verbeteringen in economische en sociale omstandigheden, maar ook dankzij verbeteringen in gezondheidsdiensten voor postnatale zorg, inclusief toegang tot kindervaccinaties. Portugal wist de zuigelingensterfte met meer dan 90% te verminderen sinds 1970; van het land met de hoogste zuigelingensterfte in Europa werd het een van de landen met de laagste zuigelingensterfte in 2003. Grote dalingen van zuigelingensterfte zijn ook gerealiseerd in Mexico, Turkije en in sommige andere Zuid-Europese landen, zoals Italië, Spanje en Griekenland. In 2003 hadden IJsland, Japan en een aantal Scandinavische landen de laagste zuigelingensterfte van de OESO-landen (diagram 1.20).

### **OESO-landen worden geconfronteerd met stijgende kosten voor gezondheidszorg**

- Hoewel er in de afgelopen decennia indrukwekkende winst is geboekt op het terrein van de levensduur in OESO-landen, zijn de kosten voor gezondheidszorg in de loop der jaren ook gestegen. In de meeste landen was het tempo waarin de uitgaven voor gezondheidszorg stegen hoger dan het tempo waarin de algemene economische groei steeg. **In 2003 besteedden OESO-landen gemiddeld 8,8% van hun BBP aan gezondheidszorg, vergeleken met 7,1% in 1990 en iets meer dan 5% in 1970.** Het deel van het BBP dat aan gezondheidszorg wordt uitgegeven verschilt echter aanzienlijk tussen de landen: van 15% in de Verenigde Staten tot minder dan 6% in Slowakije en Korea. In termen van de hoogste uitgaven aan gezondheidszorg in percentage van het BBP in 2003 stond de Verenigde Staten op de eerste plaats, gevolgd door Zwitserland en Duitsland, die respectievelijk 11,5% en 11,1% van hun BBP aan gezondheid uitgaven (diagram 3.7).
- **De stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg is toe te schrijven aan diverse factoren.** In het algemeen **geven OESO-landen met een hoger BBP per capita meer uit per hoofd van de bevolking aan gezondheid** (diagram 3.10). Er bestaan echter significante verschillen tussen de landen, die mogelijk gedeeltelijk een afspiegeling zijn van de beleidsbeslissingen over de juiste uitgavenniveaus, de verschillende financierings- en organisatiestructuren van de gezondheidszorgsystemen en de perceptiewaarde van extra uitgaven voor gezondheid in relatie tot andere goederen en diensten. **Nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde op het gebied van preventie, diagnose en behandeling van gezondheidsproblemen zijn een belangrijke factor in de stijging van de kosten van gezondheidszorg.** Een verscheidenheid aan factoren is van invloed op de ontwikkeling en verspreiding van medische technologieën en nieuwe geneesmiddelen, inclusief het besluitvormingsproces over de financiering van nieuwe apparatuur, behandelingen of geneesmiddelen. **De vergrijzing draagt ook bij aan de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg.** Het percentage van de bevolking dat 65 jaar of ouder is, is in alle OESO-landen gestegen (diagram 5.3) en verwacht wordt dat deze stijging zal aanhouden in de komende decennia, vooral gezien het ouder worden van

de "babyboomgeneratie" (die vanaf 2010 65 jaar zal worden). Omdat ouderen in het algemeen meer gezondheidszorg en langdurige zorg nodig hebben, moet ervan worden uitgegaan dat door de vergrijzing de overheidsuitgaven op deze terreinen zullen stijgen.

### **Kosten voor gezondheidszorg zetten de overheidsbudgetten onder druk**

- Aangezien in de meeste OESO-landen de ziektekostenverzekeringen in het algemeen door overheden worden gefinancierd of de zorg direct door overheden wordt gefinancierd, is de publieke sector verantwoordelijk voor het grootste deel van alle uitgaven voor gezondheidszorg in alle landen, behalve in de Verenigde Staten, Mexico en Korea (diagram 3.17). Zelfs in de Verenigde Staten, waar de particuliere sector een bijzondere grote rol speelt in de financiering, bedraagt de overheidsuitgave voor gezondheidszorg 6,6% van het BBP, wat vergelijkbaar is met het gemiddelde in de OESO.
- De afgelopen tien jaren kunnen in termen van groei van overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in OESO-landen ruwweg worden verdeeld in twee perioden. De periode 1992-1997 werd gekenmerkt door groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, die gelijke tred hield met de economische groei, of zelfs lager was. De laatste jaren echter, **zijn de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg sneller gestegen dan de economische groei in alle OESO-landen**. In sommige landen, zoals het Verenigd Koninkrijk en Canada, zijn de recente stijgingen van overheidsuitgaven voor gezondheidszorg een afspiegeling van weloverwogen beleid om tegemoet te komen aan de toegenomen vraag, die het gevolg is van kostenbeperkingen in het midden van de jaren 90 (diagram 3.6).
- De snelle stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen in de afgelopen jaren – een groei van meer dan 5% gemiddeld per jaar sinds 1997 – heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de algemene stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. In feite **was in de meeste OESO-landen de stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen groter dan de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg in totaal**. In de Verenigde Staten en Australië was de stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen meer dan twee keer zo hoog als de stijging van de totale kosten van de gezondheidszorg in deze periode. Aanzienlijke groei was ook te zien in Ierland en Korea, hoewel deze landen een relatief laag bedrag per capita uitgaven aan het begin van de periode. De groeisnelheid was veel gematigder in Japan (diagram 3.16).
- Gemiddeld geldt voor de OESO-landen **dat 60% van de rekening voor geneesmiddelen wordt betaald uit publieke gelden. Het resterende deel wordt door de patiënt zelf betaald en – in mindere mate – door particuliere verzekeraars**. Maar dit gemiddelde verbergt een zeer ruime verscheidenheid, die varieert van een minimum van 11% in Mexico en 21% in de Verenigde Staten, tot een maximum van 86% in Ierland. Eén van de redenen hiervoor is de manier waarop –en zelfs of– geneesmiddelen worden vergoed door nationale volksgezondheidsprogramma's en door de overheid gefinancierde verzekeringen (diagram 3.11).
- In 2003 waren de uitgaven voor geneesmiddelen per persoon het hoogst in de Verenigde Staten (meer dan 700 USD per persoon), gevolgd door Frankrijk (iets meer dan 600 USD), Canada en Italië (ongeveer 500 USD). De uitgaven waren het

laagst –iets meer dan 100 USD – in Mexico en Turkije. Variaties in uitgaven voor medicijnen tussen de landen laten verschillen zien in omvang, consumptiestructuur en prijsniveau. Verschillen in inkomensniveaus tussen de landen zijn ook van invloed op de uitgaven voor medicijnen (diagram 3.14).

### **Gebrek aan financiële middelen voor gezondheidszorg zou een probleem kunnen worden in bepaalde landen.**

- **Een tekort aan artsen is een belangrijk punt van zorg in veel landen.** Het aantal, de spreiding en de samenstelling van de populatie werkzame artsen wordt beïnvloed door een aantal factoren, waaronder restricties ten aanzien van de toegankelijkheid van het medisch beroep, keuze van specialisme, beloning en andere aspecten van de arbeidsomstandigheden en migratie. **In 2003 vertoonde het aantal werkzame artsen per capita grote verschillen tussen de OESO-landen. Dit aantal varieerde van meer dan 4 artsen per 1 000 inwoners in Italië en Griekenland, tot minder dan 2 per 1 000 inwoners in Turkije, Mexico en Korea.** Het aantal praktiserende artsen per capita was ook relatief laag in Japan, Canada, het Verenigd Koninkrijk en Nieuw-Zeeland. Deze laatste groep landen heeft van oudsher toelatingsbeperkingen bij de opleiding geneeskunde.
- **In het buitenland opgeleide artsen vormen een substantieel deel van de medische beroepsbevolking in bepaalde landen.** In 2000 was van alle praktiserende artsen in Engelssprekende landen, zoals Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Canada, meer dan 20% in het buitenland opgeleid. Daarentegen was het aandeel in het buitenland opgeleide artsen veel lager in Japan, Oostenrijk en Frankrijk (diagram 2.4). Door internationale migratie kan de flexibiliteit van arbeidsmarkten voor artsen en andere professionals in de gezondheidszorg in ontvangende landen toenemen, maar deze geeft ook aanleiding tot ernstige bezorgdheid over de braindrain wanneer er langdurig sprake is van netto personeelsstromen van lagere-inkomenslanden naar hogere-inkomenslanden.
- In deze derde uitgave van *Gezondheid in vogelvlucht - OESO-indicatoren 2005* worden nieuwe gegevens over de **beloning van artsen** gepresenteerd voor huisartsen en specialisten (onderverdeeld in artsen in loondienst en vrijgevestigde artsen). Vergeleken met het gemiddeld nationaal inkomen, varieert het inkomen van artsen aanzienlijk tussen de landen. **Zo is het inkomen van vrijgevestigde specialisten relatief hoog in Nederland, de Verenigde Staten, België en Canada.** Specialisten in Hongarije en Tsjechië daarentegen verdienen (ongeacht of zij in loondienst of vrijgevestigd zijn), vergeleken met het gemiddeld nationaal inkomen, minder dan in andere landen (diagram 2.9.)
- Er wordt ook melding gemaakt van actuele tekorten aan verpleegkundigen in vrijwel alle OESO-landen. **Net zoals bij artsen, zijn er aanzienlijke verschillen in het aantal verpleegkundigen in OESO-landen,** hoewel de vergelijkbaarheid van de gegevens beperkt is, omdat er verschillende categorieën verpleegkundigen zijn opgenomen. Ierland, IJsland en Nederland melden het hoogste aantal verpleegkundigen per capita, met meer dan 13 verpleegkundigen per 1000 inwoners in 2003. Aan de onderkant van de schaal waren er minder dan 4 verpleegkundigen per 1000 inwoners in Turkije, Korea, Mexico en Griekenland (diagram 2.5). Een blik op de trends in de afgelopen jaren laat

zien dat tussen 1990 en 2003 het aantal verpleegkundigen per capita op zijn minst licht bleef stijgen in de meeste landen, maar begon te dalen in Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en Polen (diagrammen 2.6).

- Gegevens over de **beloning van verpleegkundigen** zijn alleen beschikbaar voor ziekenhuisverpleegkundigen in loondienst. Op basis van gegevens van een twaalfstal landen, is het relatieve inkomen van verpleegkundigen vergeleken met het BBP per capita het hoogst in Portugal, gevolgd door Australië en Nieuw-Zeeland. Het relatieve inkomen is het laagst in Tsjechië, Hongarije en Noorwegen (diagram 2.11).
- In sommige landen bestaat ook ongerustheid over een tekort aan diagnostische of therapeutische apparatuur, waarmee tijdige toegang tot geavanceerde technologieën is verzekerd. **De beschikbaarheid van diagnostische technologieën, zoals CT- en MRI-scanners, is in alle OESO-landen toegenomen in het afgelopen decennium.** Omdat MRI een nieuwere technologie is dan CT, is het aantal MRI's vooral erg snel gestegen sinds 1990 (tabel 2.8). Niettemin blijven er grote variaties bestaan in de beschikbaarheid van deze medische technologieën, waarbij Japan veruit het grootste aantal CT- en MRI-scanners per capita heeft. Aan de andere kant van de schaal is, niet verbazingwekkend vanwege de hoge kosten van deze apparatuur, het aantal MRI-apparaten per capita het laagst in Mexico, gevolgd door Polen, Slowakije en Tsjechië (diagram 2.13 en 2.14).

### **Een grotere gerichtheid op preventie zou kansen kunnen creëren om de gezondheid verder te verbeteren en tegelijkertijd de druk op gezondheidszorgsystemen verlagen.**

- Gezondheidszorgsystemen worden soms bekritiseerd omdat ze te sterk gericht zijn op "ziekenzorg": omdat ze zieken behandelen, maar niet genoeg doen ter voorkoming van ziekte. In feite **wordt gemiddeld slechts ongeveer 3% van de huidige uitgaven voor gezondheidszorg besteed aan preventie en volksgezondheidsprogramma's in OESO-landen (diagram 3.12).**
- Kindervaccinatie is een van de meest effectieve preventieve maatregelen gebleken om kinderziekte en kindersterfte terug te dringen. **Ongeveer tweederde van de OESO-landen is erin geslaagd een DTP (difterie, tetanus, polio)-vaccinatiepercentage van 95% of hoger te realiseren, het niveau dat noodzakelijk is voor algemene immuniteit van de bevolking. Voor mazelen realiseert ongeveer de helft van de OESO-landen eenzelfde percentage.** Een aantal van de meer welvarende OESO-landen, gemeten naar BBP per capita, zoals Ierland, Noorwegen en Oostenrijk, rapporteert een lager dan gemiddeld vaccinatiepercentage voor zowel difterie als mazelen (diagram 2.21).
- Immunisatie tegen influenza (of griep) bij oudere mensen vindt op steeds uitgebreidere schaal plaats in OESO-landen in het afgelopen decennium, in het kader van preventie van ziekte, ziekenhuisopname en sterfte onder deze bevolkingsgroep, die een groter risico loopt op ernstige complicaties bij griep. **In 2003 varieerde het percentage influenzavaccinaties bij ouderen van minder dan 40% in Tsjechië, Slowakije en Hongarije, tot meer dan 75% in Australië, Korea en Nederland.** Het percentage influenzavaccinaties lag ook boven de 60% in de meeste G7-landen, met uitzondering

van Duitsland en Japan, waar minder dan 50% van de populatie ouderen meldde te zijn gevaccineerd tegen influenza in 2003 (diagram 2.23).

### **De risicofactoren met betrekking tot gezondheid zijn aan het veranderen.**

- **Veel OESO-landen hebben de afgelopen twee decennia opmerkelijke vooruitgang geboekt in het terugdringen van het tabaksgebruik**, hoewel dit nog steeds een belangrijke oorzaak is van vroegtijdig overlijden. Een belangrijk deel van deze afname is toe te schrijven aan beleid dat is gericht op het terugdringen van het tabaksgebruik, door middel van acties tot bewustmaking van burgers, advertentieverboden en hogere belasting. Het huidige percentage volwassenen dat elke dag rookt ligt nu op minder dan 20% in Australië, Canada, Zweden en de Verenigde Staten, tegen 33% eind jaren zeventig. Aan de andere kant van de schaal staan Griekenland, Hongarije en Luxemburg, waar meer dan 33% van de volwassenen nog steeds elke dag rookt (diagram 4.1).
- **De gemiddelde alcoholconsumptie per volwassene is in de afgelopen twee decennia ook geleidelijk gedaald in veel OESO-landen.** Advertentiebeperkingen, verkooprestricties en belasting zijn alle effectieve maatregelen gebleken om de alcoholconsumptie te verminderen. Van oudsher wijnproducerende landen, zoals Italië en Frankrijk, zagen hun alcoholconsumptie per capita aanzienlijk dalen sinds 1980. Daarentegen steeg de alcoholconsumptie per capita met meer dan 40% in Ierland (diagram 4.6 en 4.7).
- In veel OESO-landen is **de stijging van overgewicht- en obesitascijfers bij kinderen en volwassenen reden voor ernstige bezorgdheid over de volksgezondheid.** Obesitas is een bekende risicofactor voor diverse gezondheidsproblemen, waaronder hypertensie, hoog cholesterolgehalte, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, astma, artritis en sommige vormen van kanker. **In tien OESO-landen heeft meer dan 50% van de volwassenen heeft volgens de huidige normen te kampen met overgewicht of obesitas:** de Verenigde Staten, Mexico, het Verenigd Koninkrijk, Australië, Slowakije, Griekenland, Nieuw-Zeeland, Hongarije, Luxemburg en Tsjechië (diagram 4.6).
- Als alleen obesitas (dat grotere gezondheidsrisico's met zich meebrengt dan alleen te zwaar zijn) onder de loep wordt genomen **blijkt dat het vóórkomen van obesitas bij volwassenen varieert van een kleine 3% in Japan en Korea, tot liefst 31% in de Verenigde Staten.** Daarbij moet wel opgemerkt worden dat schattingen van overgewicht- en obesitascijfers in de meeste landen zijn gebaseerd op *zelf gerapporteerde* data, wat niet het geval is voor de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland en het Verenigd Koninkrijk, waar de schattingen zijn gebaseerd op de *feitelijke metingen* van het gewicht en de lengte van mensen. Zelfgerapporteerde data over lengte en gewicht zijn niet zo betrouwbaar als feitelijke metingen, meestal omdat het gewicht te laag wordt geschat. Dit betekent dat vanwege deze vertekening de **huidige schattingen van obesitaspercentages in de meeste OESO-landen een onderschatting zijn van de werkelijke obesitascijfers** (diagram 4.12 en 4.13).
- **Omdat obesitas geassocieerd wordt met hogere risico's van chronische ziekten, wordt de aandoening gerelateerd aan aanzienlijke extra kosten voor de gezondheidszorg.** Schattingen uit de Verenigde Staten geven aan dat de kosten van gezondheidszorgvoorzieningen 36% hoger zijn en de kosten van medicijngebruik 77%

hoger dan voor mensen met een normaal gewicht (Sturm, 2002). Het duurt verscheidene jaren voor het begin van obesitas wordt gevolgd door ermee verband houdende gezondheidsproblemen. Hieruit mag worden afgeleid dat de stijging van het obesitascijfer, die in de afgelopen twee decennia in de meeste OESO-landen heeft plaats gehad, hogere kosten voor de gezondheidszorg in de toekomst betekent.



© OECD 2005

Deze samenvatting is geen officiële OESO-vertaling.

Reproductie van deze samenvatting is toegestaan, mits het OESO-copyright en de titel van de oorspronkelijke publicatie worden vermeld.

**Meertalige samenvattingen zijn vertaalde uittreksels van OESO-publicaties die oorspronkelijk in het Engels en Frans zijn gepubliceerd.**

**Deze zijn gratis te verkrijgen via de Online Bookshop van de OESO**  
[www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)

Neem voor meer informatie contact op met de eenheid OECD Rights and Translation,  
Public Affairs and Communications Directorate.

[rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org)

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

OECD Rights and Translation unit (PAC)  
2 rue André-Pascal  
75116 Parijs  
Frankrijk

Bezoek onze website [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

