



מודל מעלה החמישה

פרק 1

פנינה, לאה ו., טלי
קובי, יוג'ין

תודה ליובל... ניר ויוליה ... על העבודה

הרכיבים העיקריים של המודל

■ מהי כמות המשאבים הנדרשת למימון החוק

■ מהם המקורות למימון החוק

- מימון ציבורי: 1. מהי כמות המשאבים שהמערכת הציבורית יכולה להקציב לטובת המערכת הבריאות הציבורית

2. מהו מנגנון העדכון הנכון של המשאבים

3. מהם מקורות המימון הציבורי

- מימון פרטי: 1. מהי רמת ההשתתפות העצמית הרצויה

2. מהו המודל הרצוי של שר"פ, תיירות מרפא, שב"ן

3. מהי כמות המשאבים שהמערכת הפרטית יכולה לתת/לחסוך לטובת המערכת הציבורית

הרכיבים העיקריים של המודל- המשך

■ מהו מודל ההתקשרות הרצוי בין בתי חולים וקופות חולים

- מהם מנגנוני המימון הרצויים של בתי החולים
- מהו מנגנון ההתמחרות הרצוי
- מהם גבולות זכות הבחירה

■ מהו מודל הרגולציה הרצוי

■ התאמות במבנה ביטוחי הבריאות

■ אימוץ המלצות לעניין התאמות בכ"א

מבנה ההצגה של היום

1. אתגרים של מערכת הבריאות
2. "השבר הכלכלי"?-תמצית עדויות בפני המליאה
3. מבט מאקרו כלכלי
4. לבטים, מחשבות וכיווני פתרון אפשריים

אתגרי מערכת הבריאות הציבורית בהווה ובעתיד....

1. הזדקנות האוכלוסייה - בשנת 2030 מספר כפול של זקנים!
2. טכנולוגיה - מעלה עלויות, משפרת בריאות וחוסכת סבל
3. מחסור צפוי בכוח האדם
4. תחרות על כוח אדם מיומן
5. שיקום האמון במערכת הציבורית

**האם למערכת יש מספיק משאבים להתמודד עם האתגרים
ולממש את חוק ביטוח בריאות ממלכתי?**



1. מערכת הבריאות – המשבר הכלכלי

מחסור במשאבים – בתי החולים הציבוריים

- גרעון מובנה במערך האשפוז בישראל

- חלק מהמערך מסובסד

- תמחור כבסיס ועליו הנחות מובנות (α , cap)

- שכר כמרכיב מרכזי בהוצאות המערכת

- שליטה מוגבלת של מנהלים (אחריותיות)

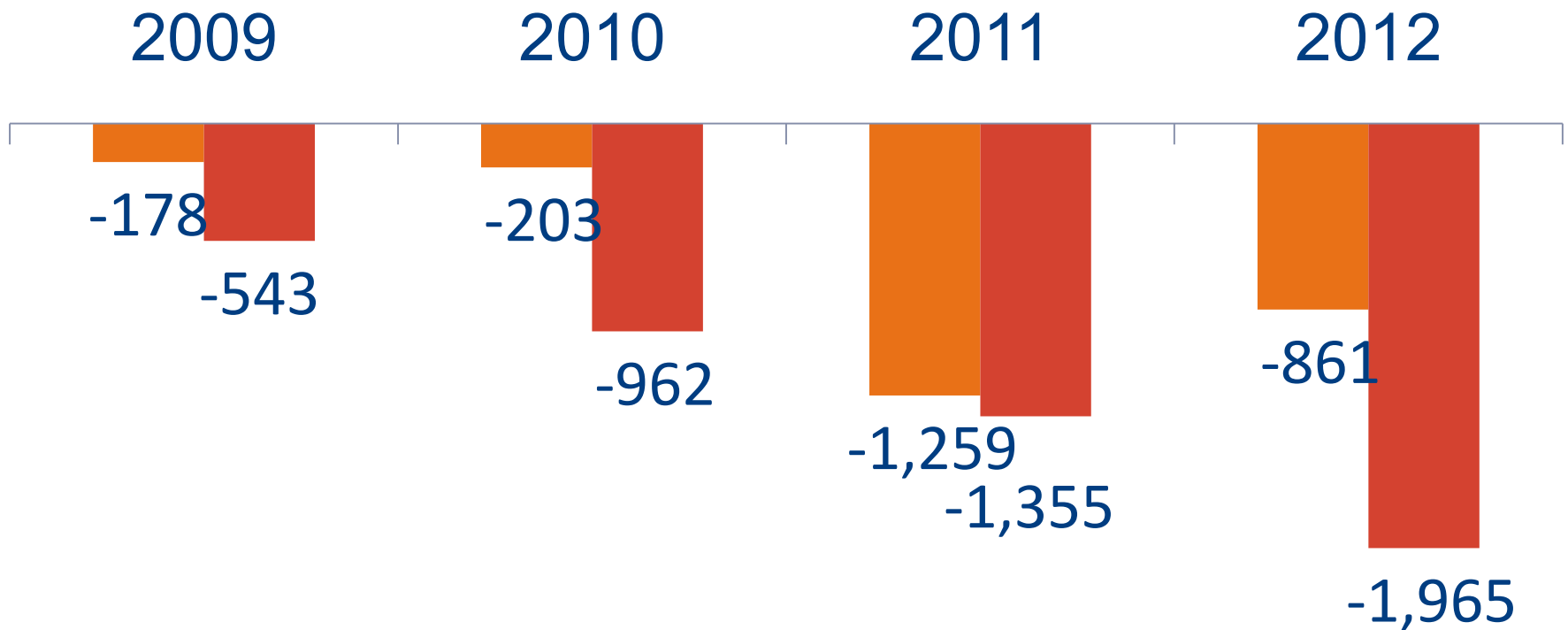
- מוסר תשלומים ירוד (חו"ז חשב 1.8 מיליארד ש"ח)

**מתוך מצגת של
מנהל רפואה
משרד הבריאות**

ומה לגבי בתי חולים ציבוריים שאינם ממשלתיים או בבעלות קופת חולים?

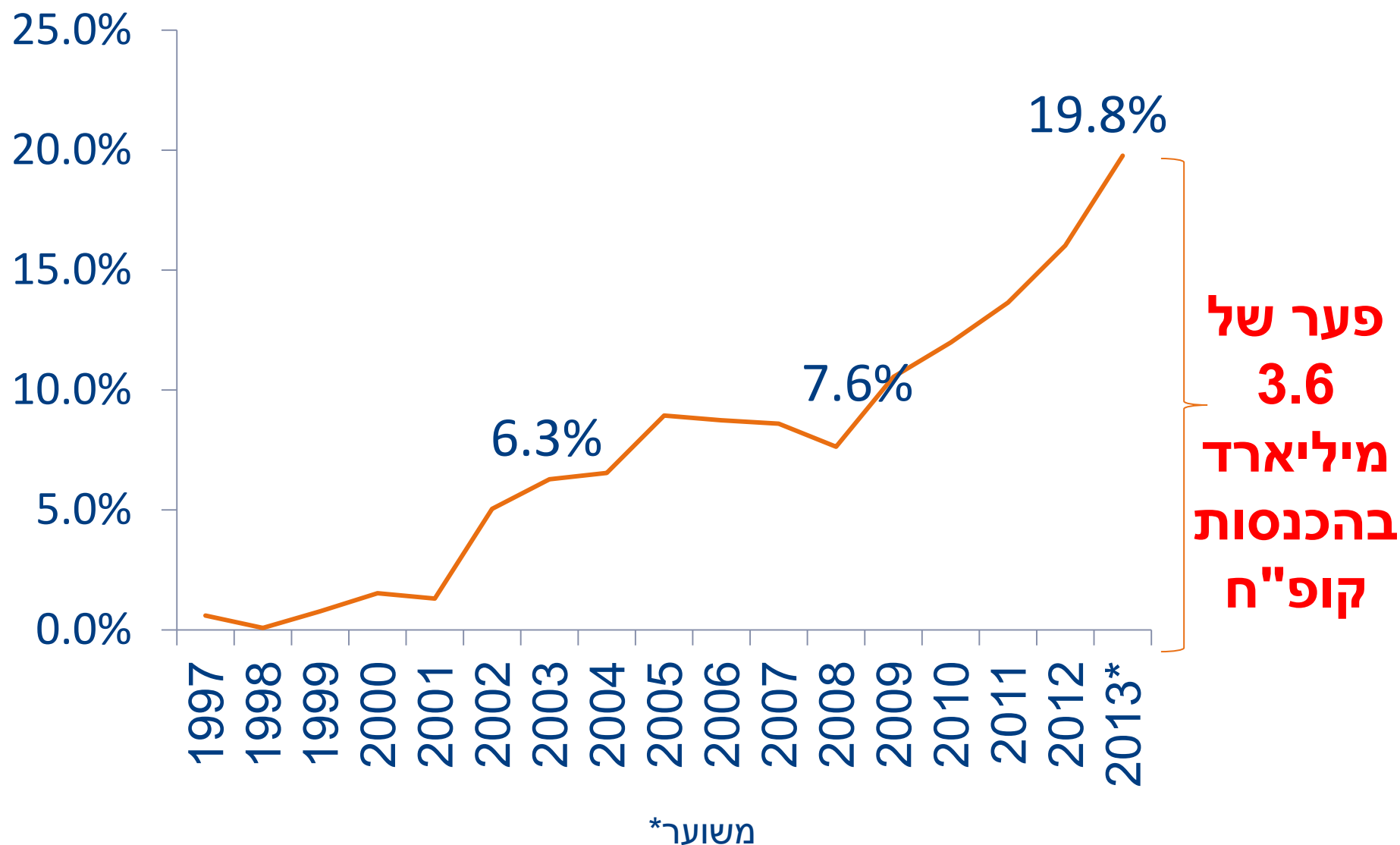
התפתחות גרעון הקופות לאורך השנים (במיליארדי ₪)

גרעון לפני תמיכות והכנסות חד פעמיות ■ גרעון סופי ■



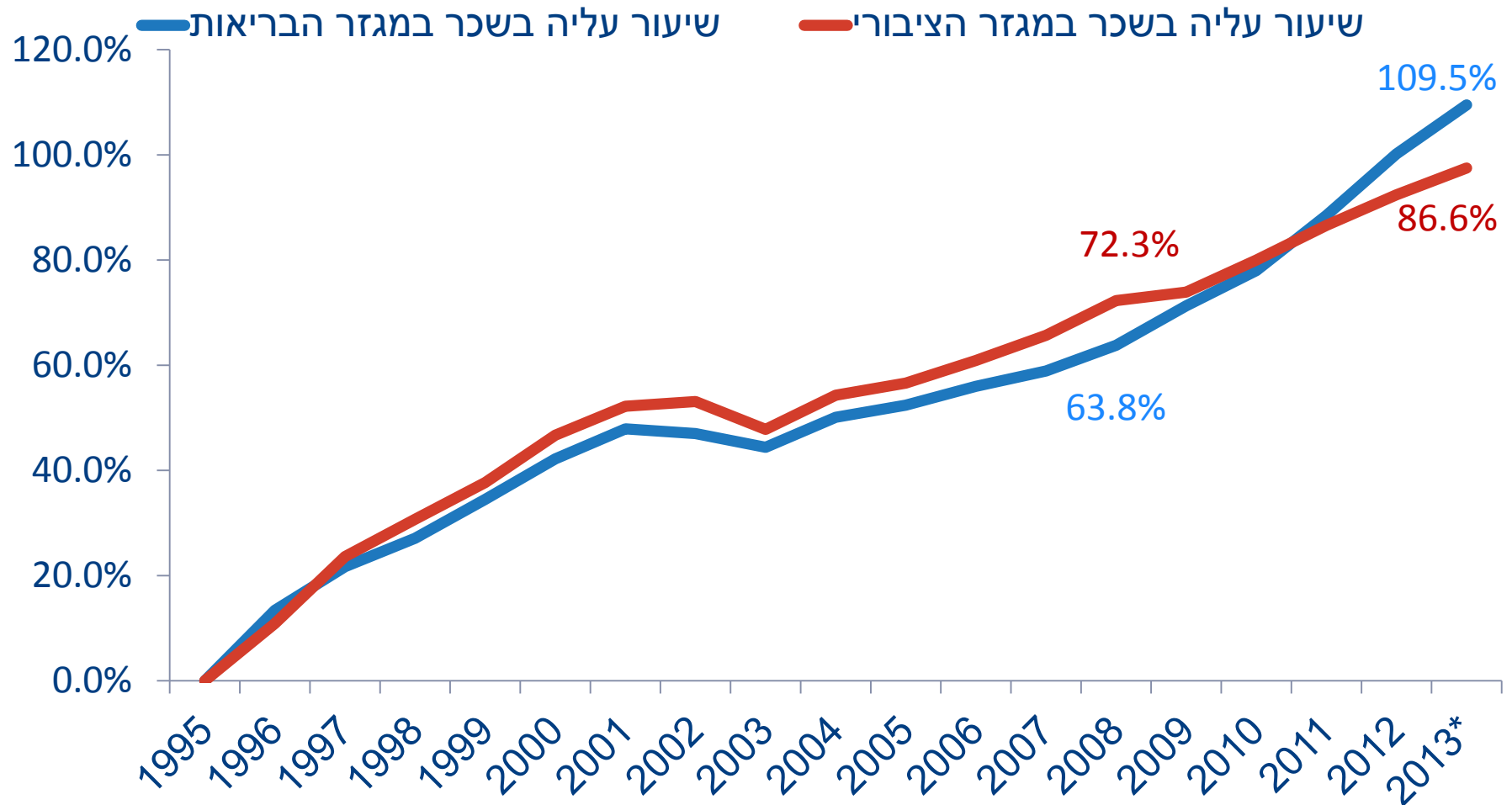
מקור: דוח מסכם קופות חולים לשנת 2012

פער בין מדד יוקר הבריאות לתשומות הבריאות



פער של
3.6
מיליארד
בהכנסות
קופ"ח

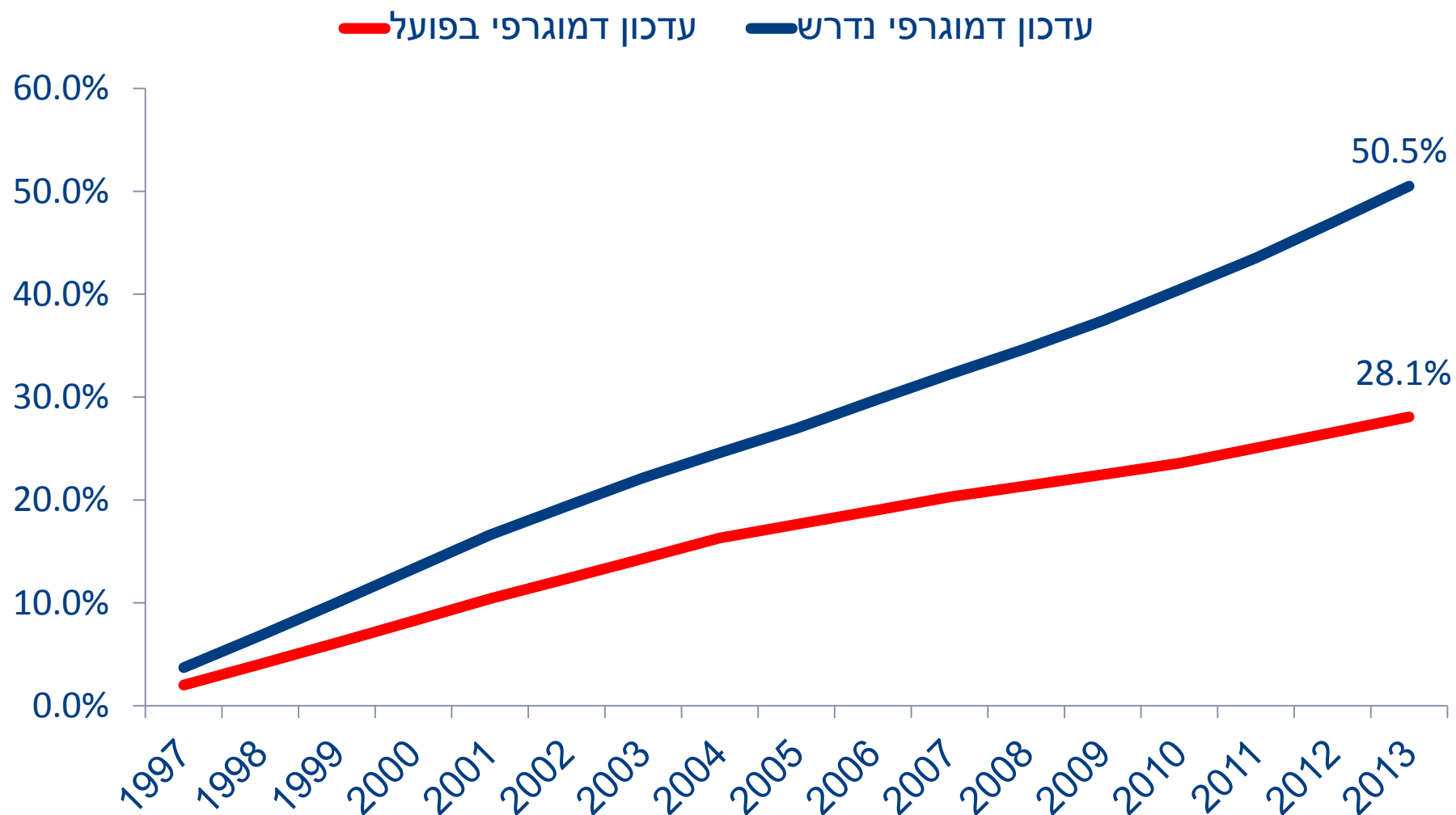
עליה בשכר במגזר הציבורי לעומת במגזר הבריאות



משוער*

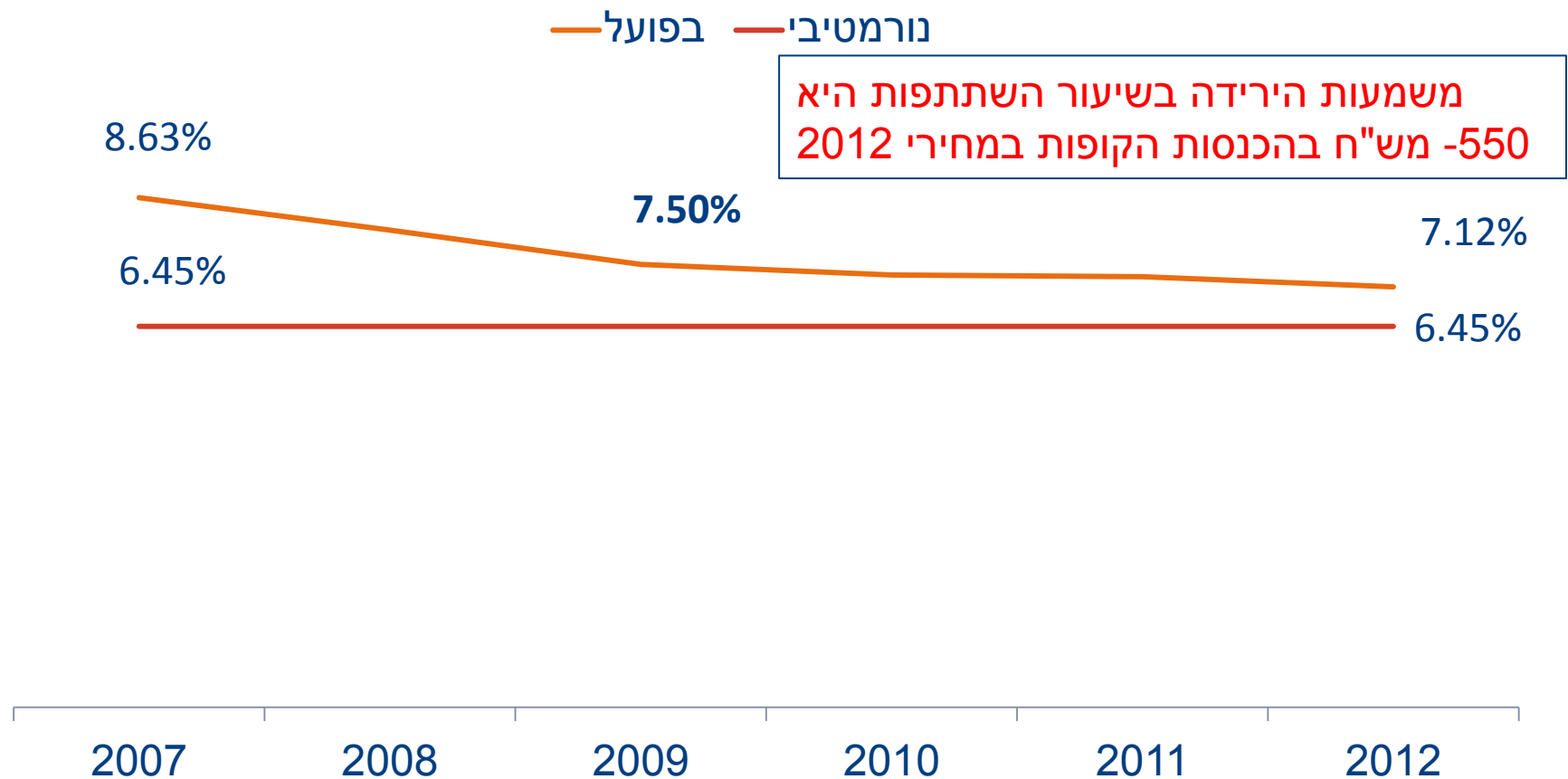
מקור: למ"ס ומשרד הבריאות 2012

עדכון דמוגרפיה בפועל לעומת עדכון דמוגרפי נדרש



ללא תמיכות, הנחה של קידום טכנולוגי בהתאם להתפתחות הסל בפועל *

התפתחות שיעור השתתפות עצמית כחלק מהכנסות הקופות מהסל



מקור: דוח מסכם קופות חולים לשנת 2012

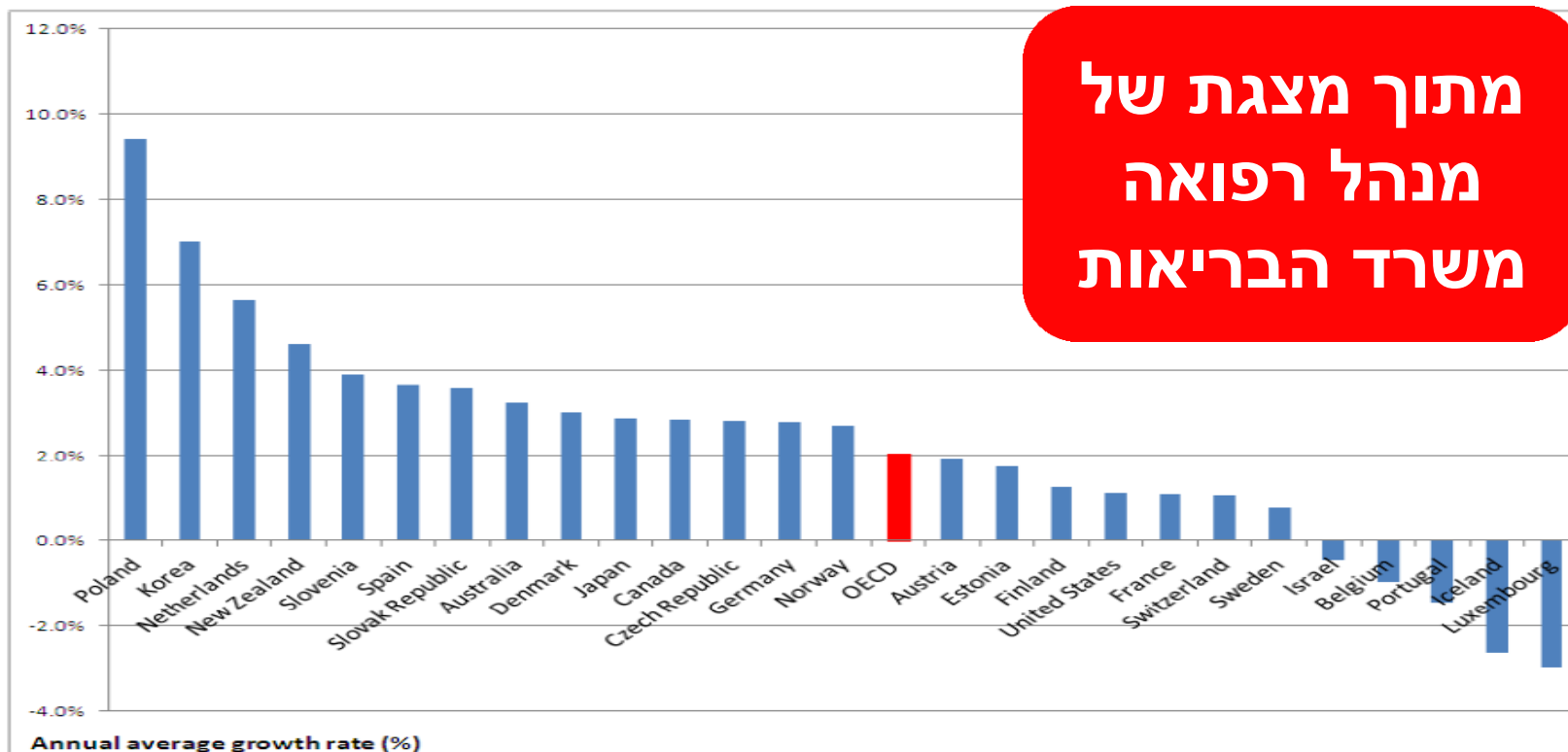


1. מערכת הבריאות – משבר כלכלי

המחסור התקציבי יוצר לחץ על הקופות להקטנת ההוצאה על האשפוז

ישראל בין המדינות הבודדות ב OECD בהן ההוצאה לאשפוז נמצאת במגמת ירידה

Figure 1: Growth in inpatient expenditure per capita, in real terms, 2005-2010 (or nearest year)



מתוך מצגת של
מנהל רפואה
משרד הבריאות



1. מערכת הבריאות – בתי החולים והמשבר הכלכלי

התוצאה: בי"ח צוברים גירעונות מעבר לסבסוד המובנה

גירעונות – מרכזים רפואיים ממשלתיים

שנים 2007-2010

2007	2008	2009	2010	
(180)	(391)	(318)	(393)	גירעון לפני סבסוד
185	399	289	284	סבסוד
5	8	(29)	(109)	גירעון אחרי סבסוד

מתוך מצגת של
מנהל רפואה
משרד הבריאות



1. מערכת הבריאות – בתי החולים והמשבר הכלכלי

גירעונות בי"ח - שירותי בריאות כללית

שנים 2009-2012

מתוך מצגת של
מנהל רפואה
משרד הבריאות

2009	2010	2011	2012	
(230)	(283)	(220)	(254)	סורוקה
(175)	(208)	(172)	(183)	קפלן
(123)	(144)	(132)	(144)	כרמל
(277)	(303)	(252)	(266)	רבין
(128)	(176)	(145)	(180)	העמק
(149)	(163)	(138)	(126)	מאיר
(77)	(79)	(88)	(83)	שניידר
(164)	(170)	(191)	(132)	אחרים
(1,323)	(1,526)	(1,338)	(1,368)	סה"כ

מחיר המחסור מתוך העדויות בפני הועדה

- שיעור מיטות נמוך, תפוסות גבוהות, סבב מיטות גבוה- יש להציג נתוני אמת של מיטות בפועל על מנת למנוע הטעיות!
- תורים ארוכים
- שחיקה של הצוות
- זיהומים- "... עדיין שיעורי ההיארעות ברמה הארצית גבוהים, דבר שמשקף המשך הדבקה בבתי החולים וגילוי מאוחר של נשאים חדשים..." מתוך מכתב למנהלי ביה"ח 18.3.2013
- ועוד...

מקורות נדרשים מודל בן נון וגלזר

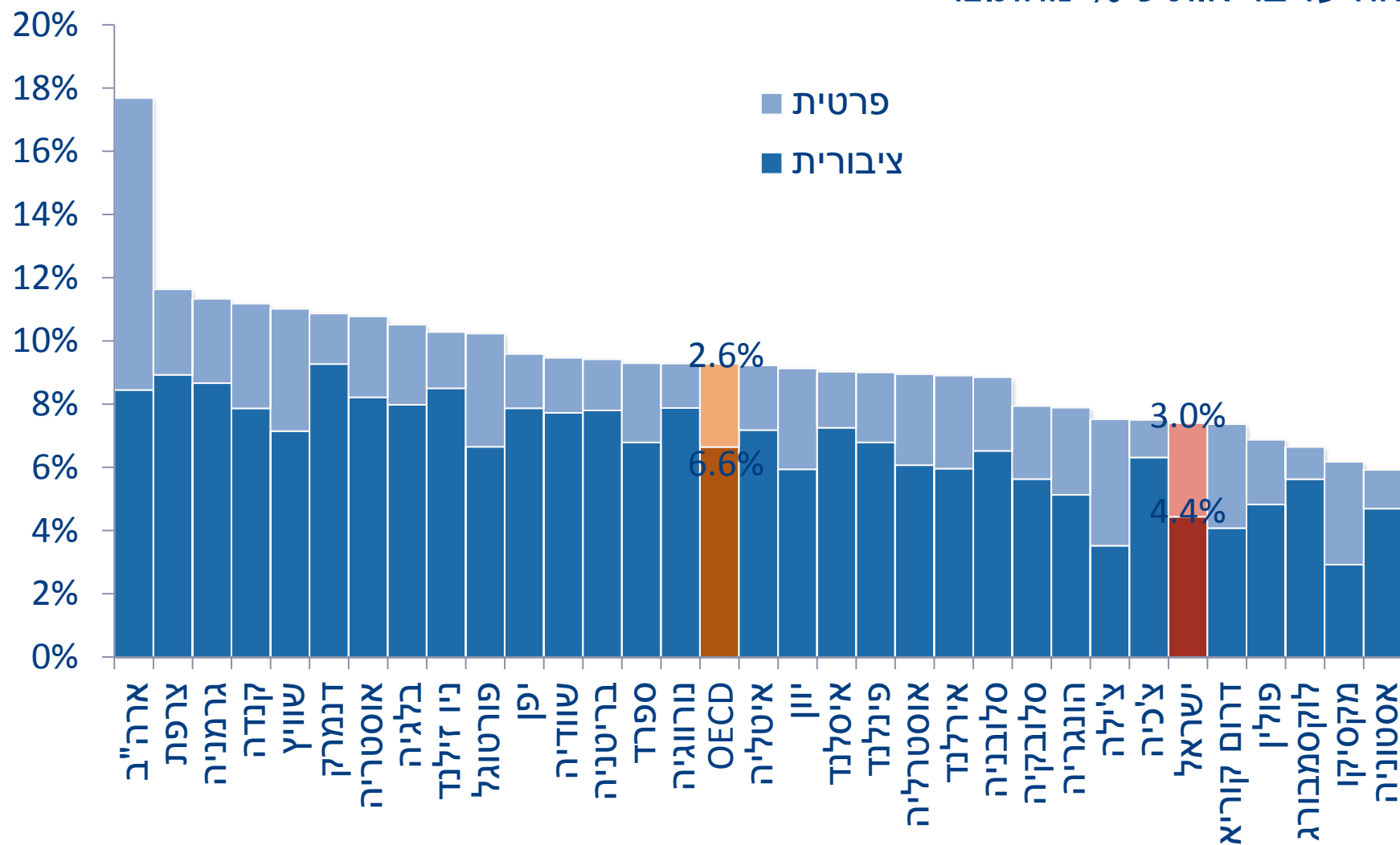
- 2% דמוגרפיה
- 2% טכנולוגיה
- 2% מחירים
- 1% פיצוי על שחיקת העבר

סה"כ 7% כפול מקצב צמיחת התמ"ג

תוספת למערכת הציבורית של 2.5-3 מיליארד ₪ כל שנה

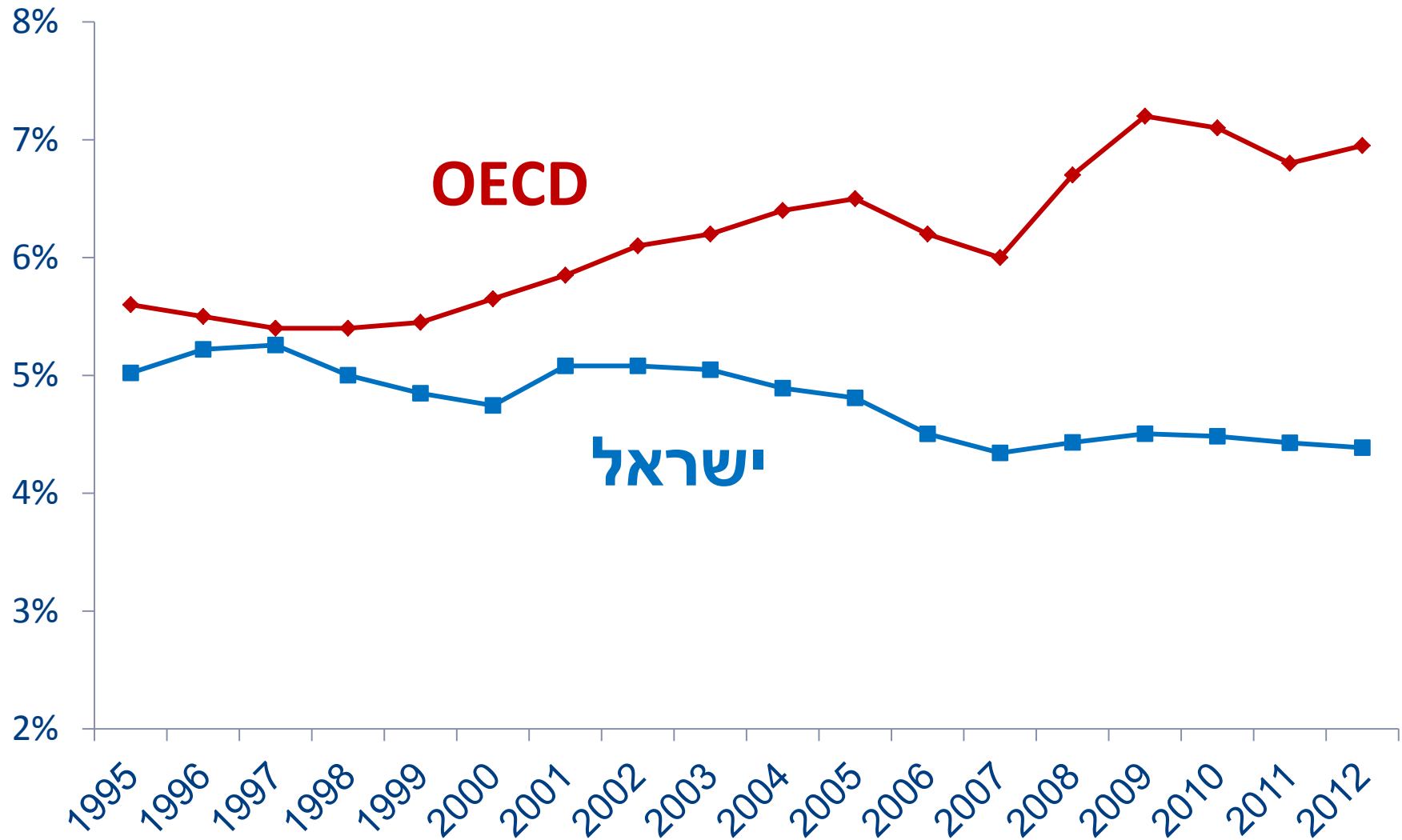
ההוצאה על בריאות בישראל נמוכה בהשוואה בינ"ל

הוצאה על בריאות כ- % מהתוצר



מקור: OECD 2011

הפער בהוצאה ציבורית החל לפני 15 שנה והוא הולך ומתרחב....



אנחנו לעומת העולם

■ אנחנו יותר צעירים- היום, נכון! אבל בעוד עשור מבנה הגילאים של ישראל יהיה דומה ל-OECD של היום

■ אנחנו יותר יעילים- נכון!



הצעה ליעד:

בשנת 2024 אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל יהווה 80% מאחוז ההוצאה של ה-OECD ב-2014

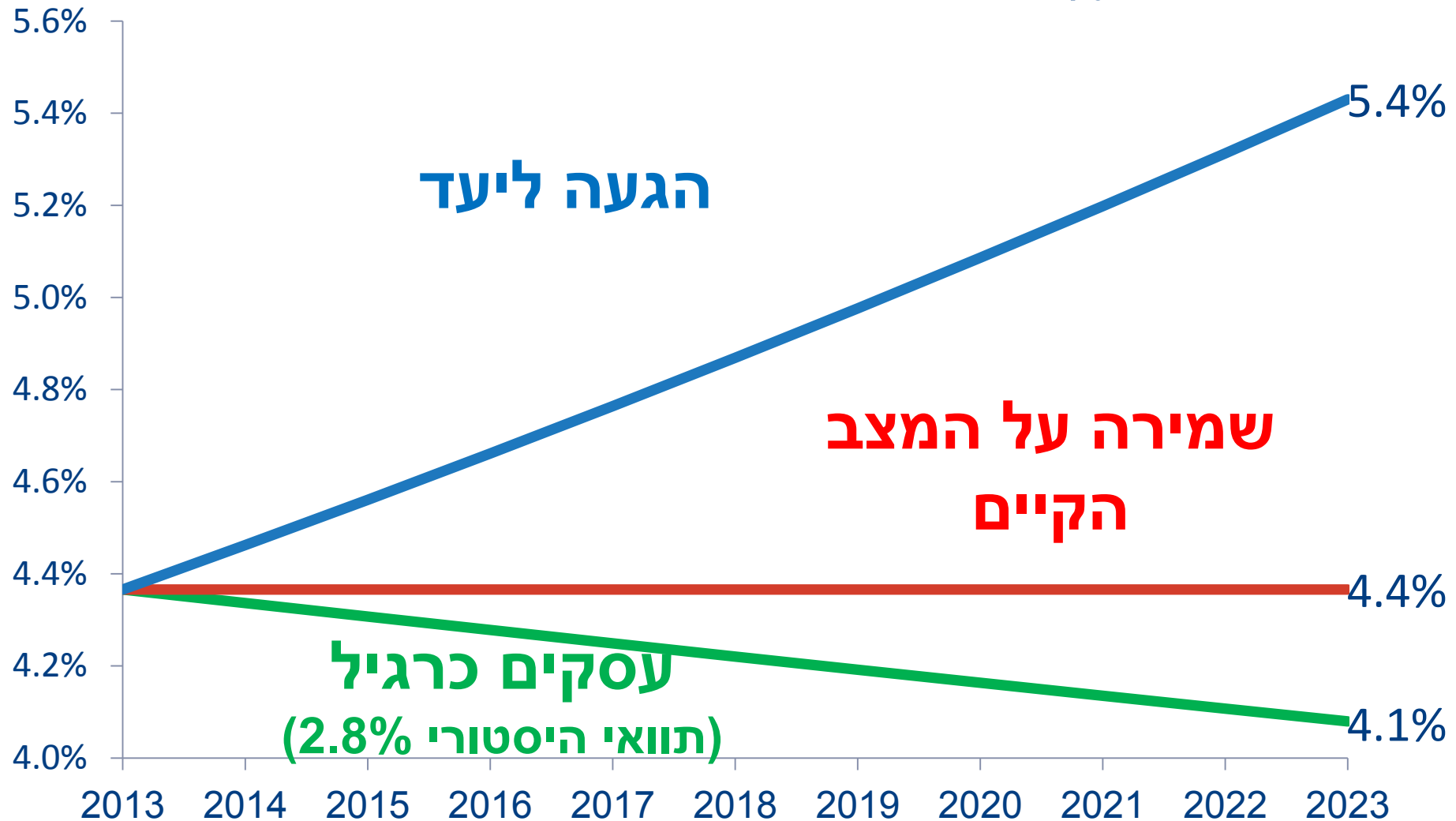
כלומר ההוצאה הציבורית בישראל תהווה 5.4% מהתמ"ג

עמידה ביעד:



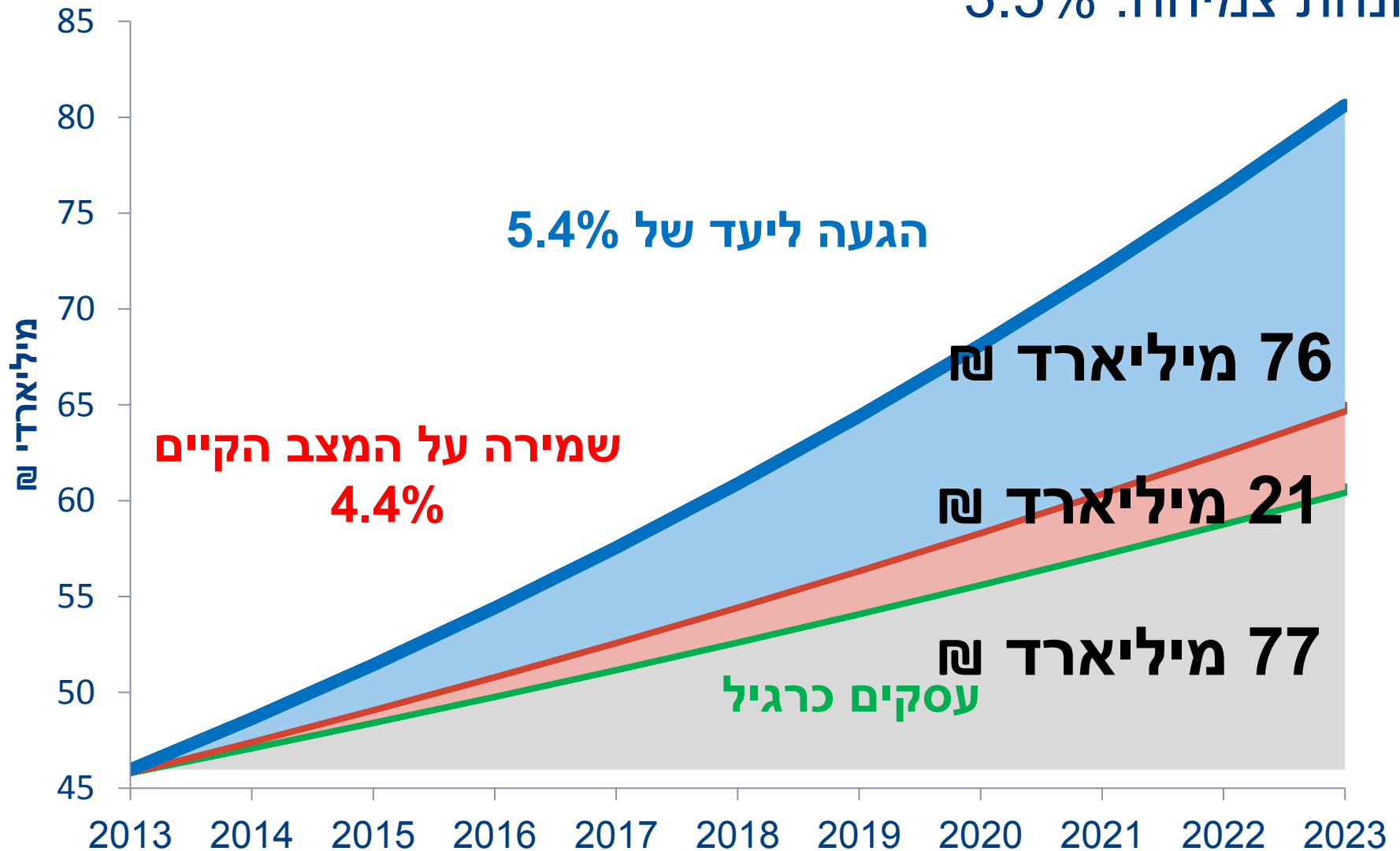
סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות, % תוצר

הנחת צמיחה: 3.5%



סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות

הנחת צמיחה: 3.5%



פתרונות אפשריים



שווי העלאת מס בריאות

■ תקבולי מס בריאות בשנת 2012-18.2 מיליארד ₪

■ שכירים ועצמאים משלמים מס בריאות לפי:

■ הכנסה עד 5.45 אלש"ח - 3.1%

■ הכנסה מעל 5.45 אלש"ח - 5%

■ כיום חלק ממקבלי קצבאות פטורים מתשלום המס

■ העלאת מס בריאות בלי ביטול ההחרגות, כלומר:

■ הכנסה עד 5.45 אלש"ח - 3.6%

■ הכנסה מעל 5.45 אלש"ח - 5.5%

תוסיף למערכת הבריאות 2.05 מיליארד ₪, באופן חד פעמי (על פני עשור כ- 25 מיליארד ₪)

■ תקציב הבריאות הוא "השלמה" לגביית המס יתכן שהתוספת תקוזז מהסובסידיה- לא מבטיח יציבות מקורות



תוספת תקציב

- החוק מאפשר גידול בהוצאה הממשלתית של 2.6% בשלוש השנים הקרובות
- כלומר ניתן להגדיל את התקציב ב-8.1 מיליארד ₪.
- חלק מהגידול משוריין לטובת קידום הסל כבר כעת (תרחיש עסקים כרגיל)
- חלקה של מערכת הבריאות בהוצאה קבוע בעשור האחרון
- נראה שבשנת 2015 הממשלה תידרש לקיצוץ לאור התחייבויות העבר

<http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000927070>



משמעות כספית של ביטול בחירת מנתח מהשב"ן

ומתן זכות בחירה חינם- הצעת בן נון

1.26 מיליארד	בחירת מנתח בשב"ן
0.36 מיליארד	פרמיית חו"ד שניה בשב"ן
1.62 מיליארד	סה"כ מקורות פוטנציאליים
0.4 מיליארד	הרחבת כיסוי לכלל האוכלוסיה
0.45 מיליארד	תוספת עלויות עבור הפעילות במימון ציבורי (עלות הניתוחים היא כ-50% מהמחיר ע"פ נתוני אסותא וועדת ביטוחים): 70% מהניתוחים יתבצעו במערכת ציבורית
0.5 מיליארד	תוספת שכר לרופאים ופרסונל עבור הגדלת הפעילות בציבורי(ללא חו"ד שניה)
1.36 מיליארד	סה"כ עלויות נוספות
0.26 מיליארד	תוספת משאבים למערכת
השפעה על כיס האזרח	
-	פרמיית שב"ן
+	ביטוח פרטי
+	מס בריאות

משמעות כספית של ביטול בחירת מנתח מהשב"ן

1.26 מיליארד	בחירת מנתח בשב"ן
0.36 מיליארד	פרמיית חו"ד שניה בשב"ן
1.62 מיליארד	סה"כ מקורות פוטנציאליים
0.45 מיליארד	תוספת עלויות עבור הפעילות במימון ציבורי (עלות הניתוחים היא כ-50% מהמחיר ע"פ נתוני אסותא וועדת ביטוחים)
0.13 מיליארד	תוספת שכר לרופאים ופרסונל עבור הגדלת הפעילות בציבורי:
0.6 מיליארד	סה"כ עלויות נוספות
1.05 מיליארד	תוספת משאבים למערכת
השפעה על כיס האזרח	
-	פרמיית שב"ן
+	ביטוח פרטי
+	מס בריאות

ביטול בחירת מנתח בשב"ן

- עליה בתמריץ של הקופות להסיט לפרטי
- עליה בפרמיות ביטוח פרטי
- גידול במספר מבוטחים בביטוח פרטי ואינפלציית שכר:
 - שיווק חברות הביטוח לצד אמון מצומצם במערכת הציבורית
 - כוח מיקוח קטן יותר מול הספקים
- חשש לפגיעה באוכלוסיות חלשות- חיתום בפרטי ללא מענה בשב"ן
- פגיעה בקופות החולים
- פגיעה ציבור רחב שמאבד זכות היום ומקבל העלאת מס ומיידיית הבטחת "יהיה בסדר מחר"
- כל החישוב בשקף הקודם הם בהנחה ש:
 - אין הגדלת ביקושים כתוצאה ממתן שירות חינם
 - הרופאים נשארים במערכת הציבורית

משמעות כספית של שר"פ

1.26 מיליארד	בחירת מנתח בשב"ן
0.36 מיליארד	פרמיית חו"ד שניה בשב"ן
0.77 מיליארד	בחירת רופא ביטוח פרטי (כולל קולקטיב)
0.22 מיליארד	חו"ד שניה ביטוח פרטי(כולל קולקטיב)
1 מיליארד	השתתפויות עצמיות
2.84 מיליארד	סה"כ מקורות פוטנציאליים
1.02 מיליארד	תוספת עלויות עבור הפעילות במימון ציבורי (עלות הניתוחים היא כ-50% מהמחיר ע"פ נתוני אסותא וועדת ביטוחים)
1.3 מיליארד	תוספת שכר לרופאים ופרסונל עבור הגדלת הפעילות בציבורי
2.32 מיליארד	סה"כ עלויות נוספות
0.225 מיליארד***	זמן רופא ופרסונל תוספתי בציבורי שווה ערך
0.742 מיליארד	סה"כ תוספת מקורות למערכת ציבורית
השפעה על כיס האזרח	
?	פרמיית שב"ן
?	ביטוח פרטי

הוספת שר"פ למערכת הבריאות

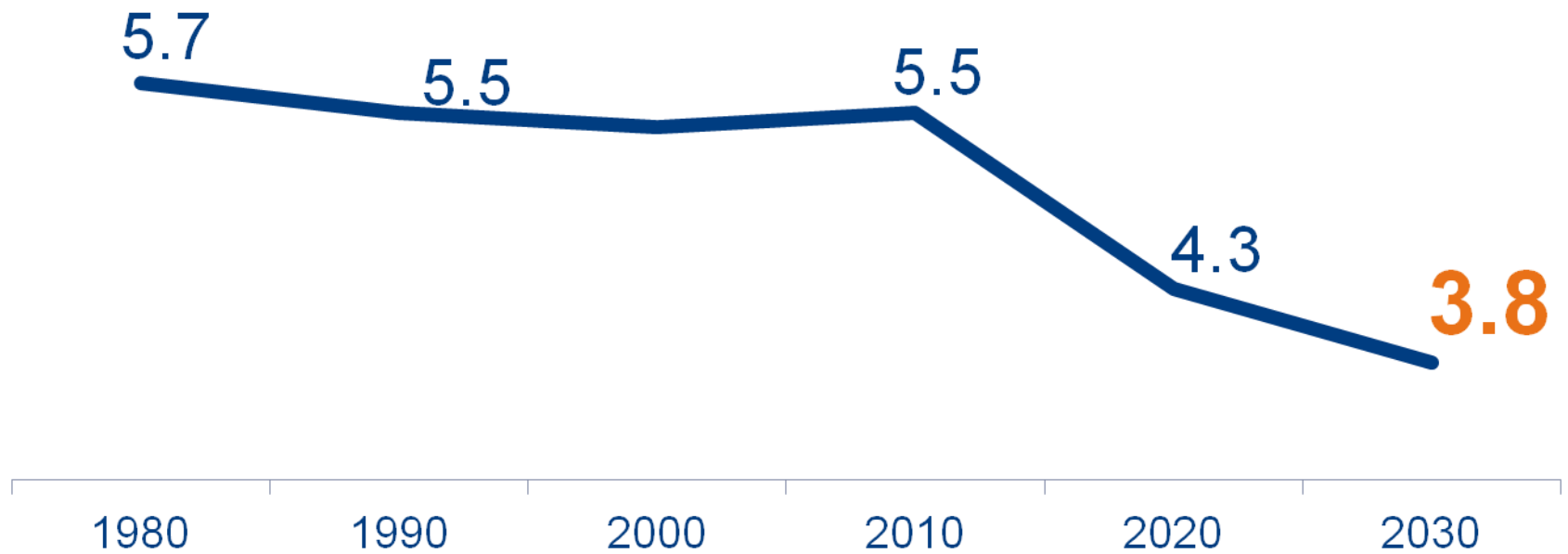
- השר"פ ותיירות מרפא כמקור מימון נותן למערכת הציבורית עצמאות מסויימת מהאילוצים והצרכים של הממשלה כמקור מימון. סביר שבשנים הבאות יהיו מצבים בהם הממשלה תיאלץ לקצץ תקציבים ציבוריים. מנגנון המימון הפרטי נותן הגנה מסויימת.
- בניגוד למקור המימון הציבורי שגודלו תלוי בעיקר בצמיחת המשק ואינו מתואם עם שינויים בצרכים של מערכת הבריאות (כתוצאה מהשינויים הדמוגרפיים, התחלואה והשינויים הטכנולוגיים), מנגנון המימון הפרטי הוא מקור מימון שגודלו מתואם במידה רבה עם הצרכים של המערכת (אם יש לדוגמא התפתחות טכנולוגית, השר"פ יוכל למכור טכנולוגיה חדשה זו למערכת הפרטית וכך תהיה לו יותר הכנסה גם לטובת הציבורית, וכו').
- הגדלת ההיצע השירות הפרטי תוביל לירידה בעלויות המערכת- אסותא לא תהיה מונפול פרטי (כפי שמראה הספרות הרחבה על סלקטיב קונטרקטינג). התחרות היא לא על אמצעי ייצור אלא על המוצר עצמו, כלומר הטיפול הרפואי
- מחייב רגולטור נחוש ורגולציה חכמה- בפרק הבא....



תודה רבה

עומס על העובדים

היחס בין האוכלוסייה בגיל העבודה (20-64) לאוכלוסייה הקשישה (65 ומעלה)

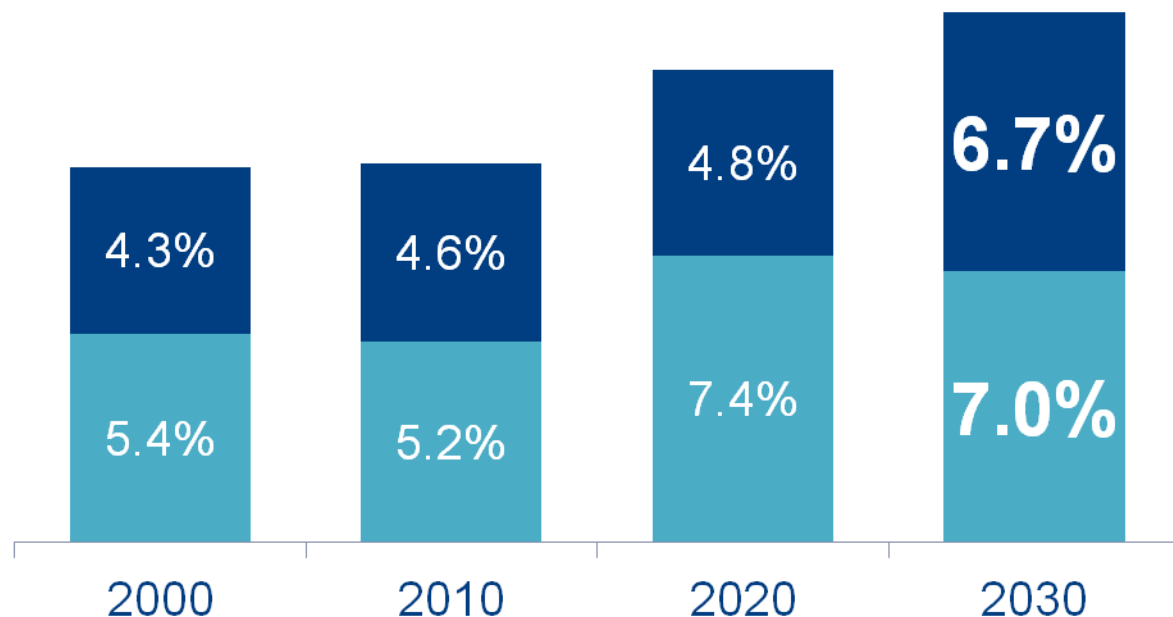


עומס גובר על מערכות שירותים לקשישים



שיעור הקשישים בישראל מתוך כלל האוכלוסייה

■ 65-74 ■ 75+



הכפלת מספר הקשישים מ-700 אלף ל-1.4 מיליון עד שנת 2030



Health Care Spending Growth

Michael E. Chernew and Joseph P. Newhouse

Contents

1. Introduction	2
1.1. Spending Growth in the US	2
1.2. Spending Growth in Other Countries	4
2. Spending Growth vs. Spending Level	5
3. Technology and Spending Growth	7
4. Models of Spending Growth	10
4.1. Models with Exogenous Technology	10
4.1.1. <i>Managed Care and Spending Growth</i>	10
4.1.2. <i>Income Effects and Spending Growth</i>	11
4.2. Models of Endogenous Technology	12
5. Empirical Evidence	17
5.1. Causes of Spending Growth	17
5.2. Spending Growth by Insurance Type	26
5.3. Spending Growth by Disease/Health Status	34
6. Value of Spending Growth	36
7. Conclusion	37
References	38

Table 1.3 Medical Technology and Spending Growth, Residual and Related Studies

Study	Study Period	Method	Findings
(Newhouse, 1992, 1993b)	Varied	Residual approach, reviewing non-technology cause of spending growth	“The principal cause of increased costs appears to be the increased capabilities of medicine.”
(Schwartz, 1987)	1977–1984	Residual approach, reviewing non-technology cause of spending growth	Medical innovation and diffusion is the primary, controllable factor contributing to the underlying, upward trend in health care expenditures.
(Peden and Freeland, 1998)	1960–1993	Regression analysis using the level of insurance coverage and non-commercial research spending as proxies for technology	70% of spending growth is attributable to medical technology (much of which was induced by insurance coverage).
(Newhouse, 1981, Varied, 1988)		Regression analysis examining the change in prices as a function of the level of, and changes in, insurance coverage and gross national product (GNP)	The most important explanation of medical price inflation is that high levels of insurance coverage induced high rates of new product development and use.
(Cutler, 1995)	1940–1990	Residual approach	Technology accounts for 49% of the growth in real health care spending per capita from 1940 to 1990.
(Smith et al., 2009)	1960–2007	Residual approach (update to Newhouse’s 1992 paper, with some modifications to model)	Attribute 27 to 48% of growth to spending on new technologies.
(Bundorf et al., 2009)	2001–2006	Decompose spending growth into increases in price and increases in quantity	Attributed 100% of growth in outpatient services and 72% of growth in pharmaceuticals to increases in quantity.
(Frogner, 2010)	1970–2005	Evaluate impact of growth in average health care wage on growth in spending in the US, Australia, and Canada	Growth in wages is not a significant driver of spending growth.
(Finkelstein, 2007)	1950–1990	Estimated impact of expanded health insurance on spending growth	Spread of insurance accounts for ~50% of the growth in Medicare spending.

Table 1.4 Medical Technology and Spending Growth, Affirmative Studies

Study	Study Period	Method	Findings
(Scitovsky, 1985)	1971–1981	Examined changes in treatment patterns for common illnesses at the Palo Alto Medical Clinic	Big ticket new technologies were responsible for spending growth.
(Scitovsky and McCall, 1976)	1951–1971	Examined changes in treatment patterns for common illnesses at the Palo Alto Medical Clinic	Little ticket items were responsible for spending growth.
(Showstack et al., 1982)	1972–1977	Examined changes in treatment patterns for patients hospitalized at the UCSF hospital for 1 of 10 diagnoses	Increased use was largely attributable to the use of new technologies.
(Holahan et al., 1990)	1983–1985	Used two-stage least squares regression analysis to examine changes in Medicare expenditures per enrollee in different specialties	Spending growth was greatest in specialties likely to have experienced the greatest rate of technical innovation.
(Cutler and McClellan, 1996)	1984–1991	Examined hospital adoption of, and patient receipt of, coronary revascularization technologies	The expansion of invasive cardiac surgeries accounts for almost all of the growth in treatment costs for heart attacks.
(Bradley and Kominski, 1992)	1984–1987	Decomposed Medicare inpatient costs per case into input price inflation, changes in costs with diagnostic related groups (DRGs), and changes in case mix across DRGs	Technology-related factors accounted for at least 35% of the real increase in costs per case.
(Katz et al., 1997)	1987–1992	Examined spending growth across different clinical categories	Spending growth was greatest in service categories considered more technologically expensive.

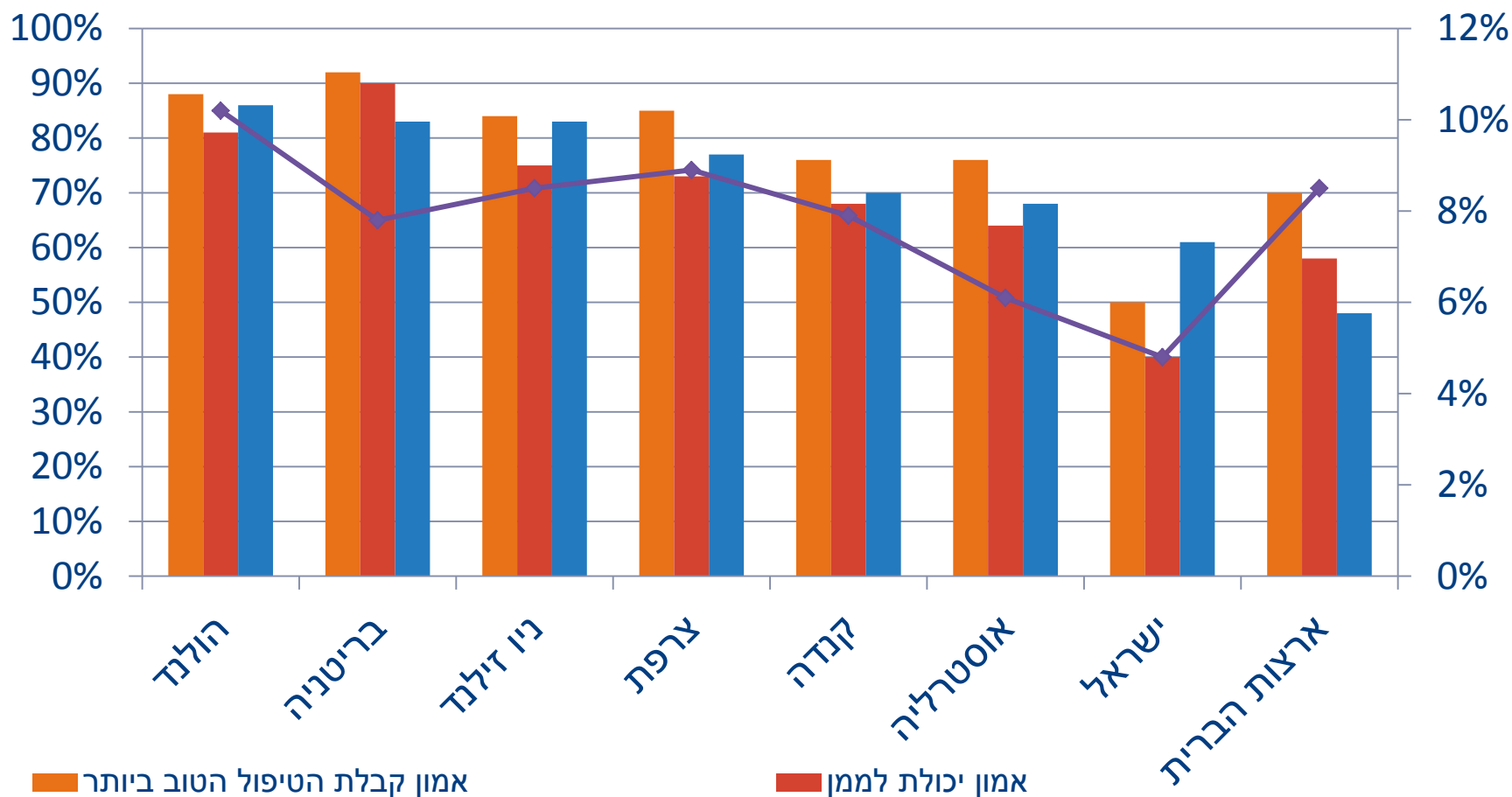
(Continued)

Table 1.4 (Continued)

Study	Study Period	Method	Findings
(Okunade and Murthy, 2002)	1960–1997	Used total research and development spending and health research and development spending as a proxy for technological change	“Technological change is a major escalator of health care expenditure and confirm a significant and stable long-run relationship among per capita real health care expenditure, per capita real income and broad-based R&D expenditures.”
(Di Matteo, 2005)	1975–2000	Used time as a partial proxy for technological change	Technological change accounts for approximately two-thirds of the increases in real per capita health expenditures in US and Canada from 1975 to 2000.
(Mas and Seinfeld, 2008)	1982–1995	Hospitals’ acquisition of technology (as a proxy for spending growth)	Increases in HMO market share reduce the adoption of technologies that are new and already at the steady-state level, thus lowering the ultimate level of technology and leading to ultimate long-term reductions in medical spending growth.



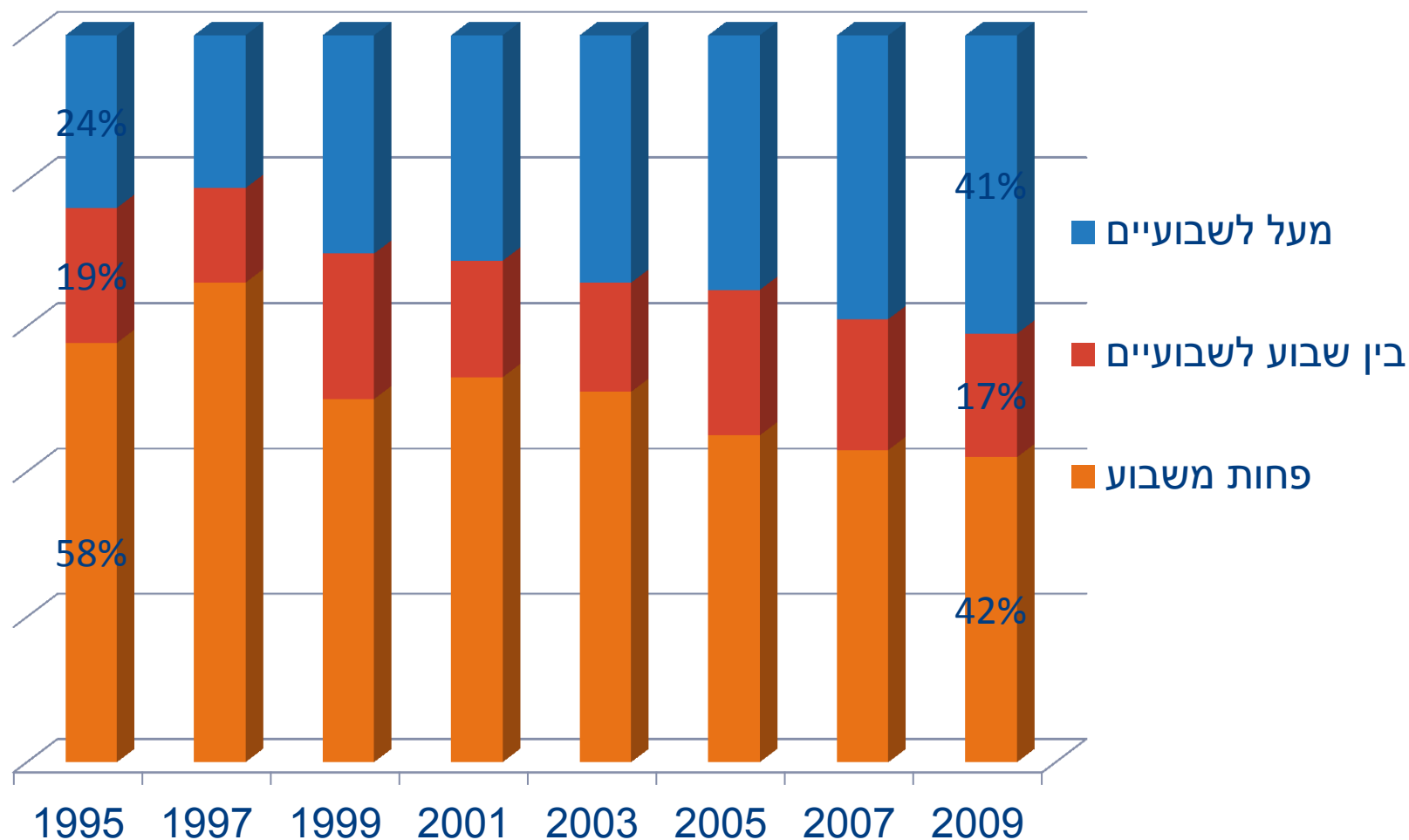
אמון במערכת



מקור: סקרי מכון ברוקדייל

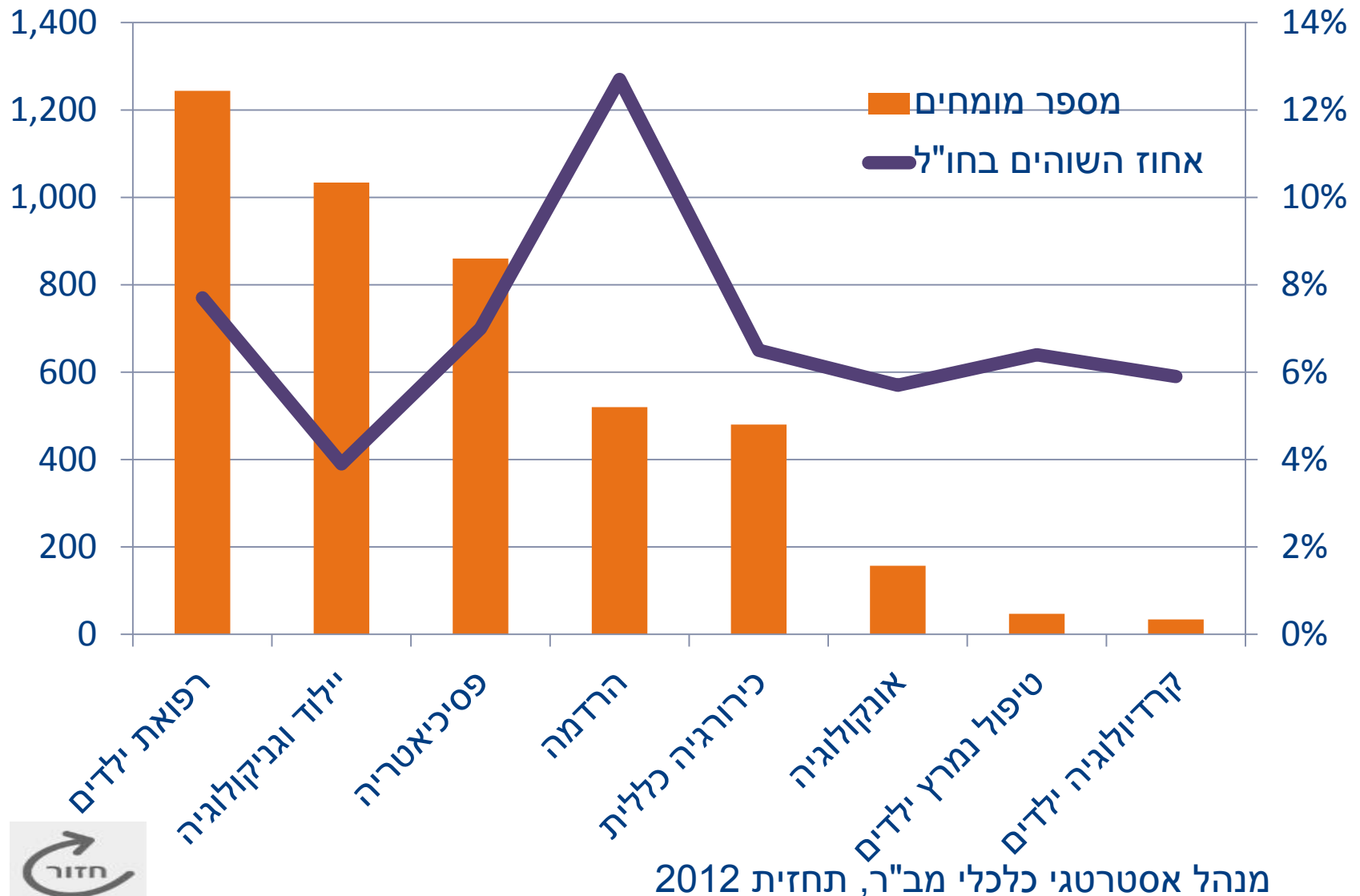


זמני המתנה



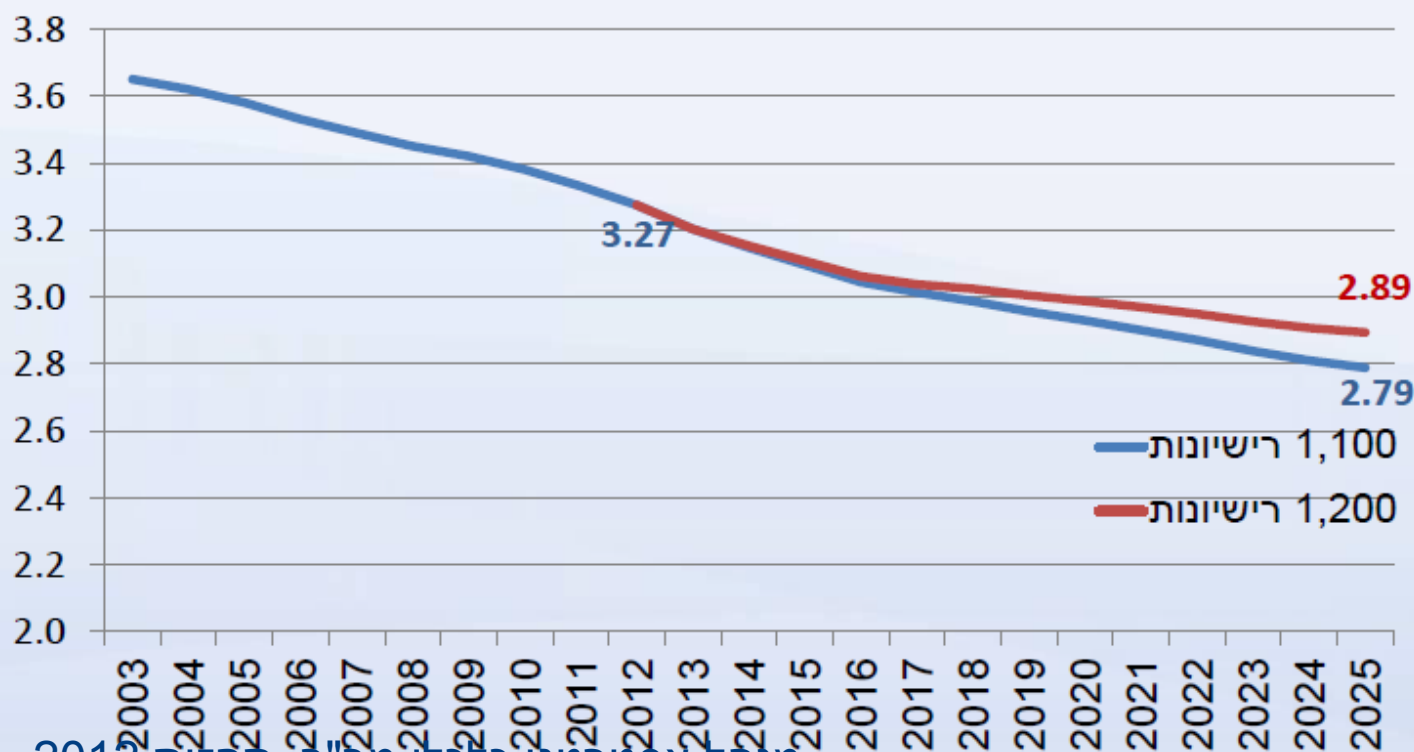
מקור: סקרי מכון ברוקדייל

תחרות על הרופאים



מחסור צפוי בכ"א רפואי

שיעור רופאים עד גיל 65 ל-1,000 נפש 2003-2012 ותחזית ל-2025

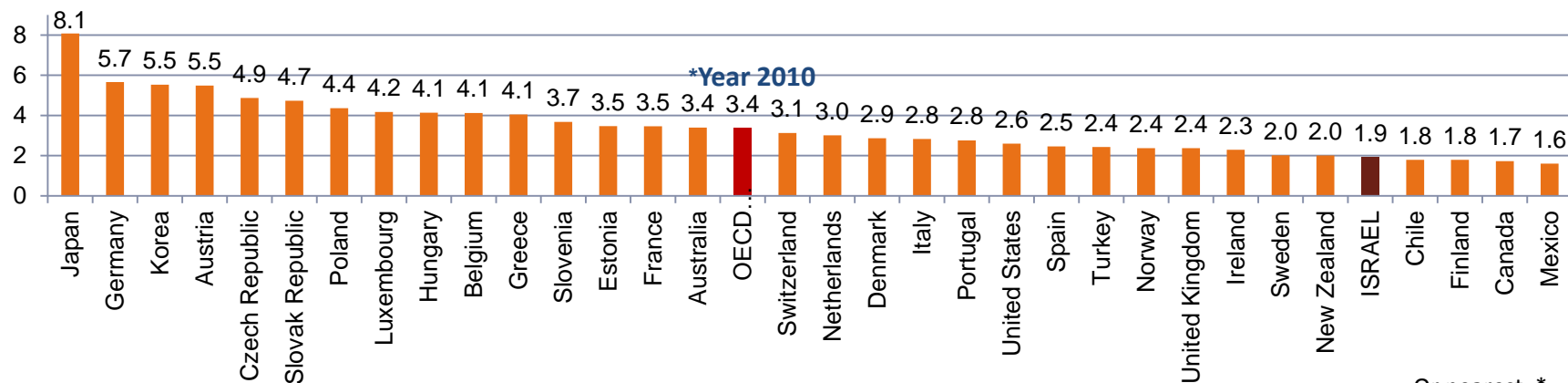
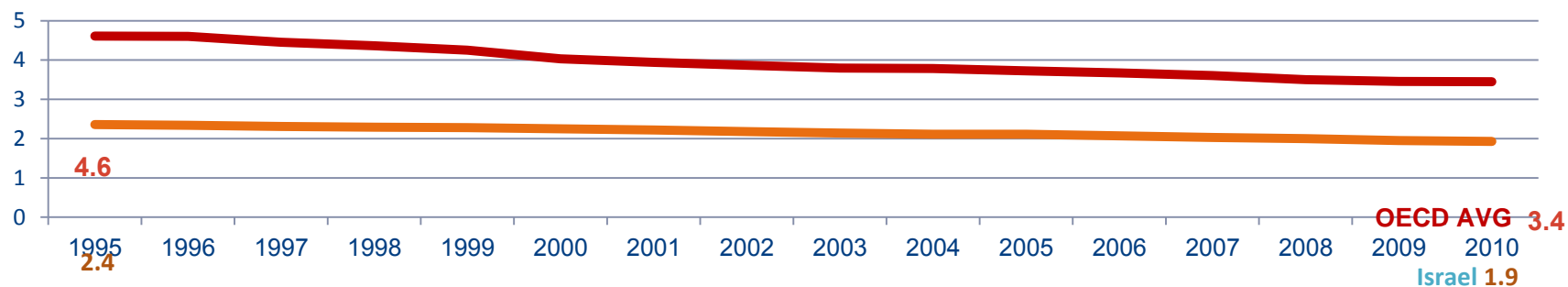


מנהל אסטרטגי כלכלי מב"ר, תחזית 2012

ע"פ עמדת איגוד רופאי המשפחה נדרשת תוספת של **350** רופאים מדי שנה על מנת לשמור על רמת שירות הניתן היום, זאת עקב גידול טבעי פרישה מוקדמת ויציאה לגמלאות של "גל עליה"

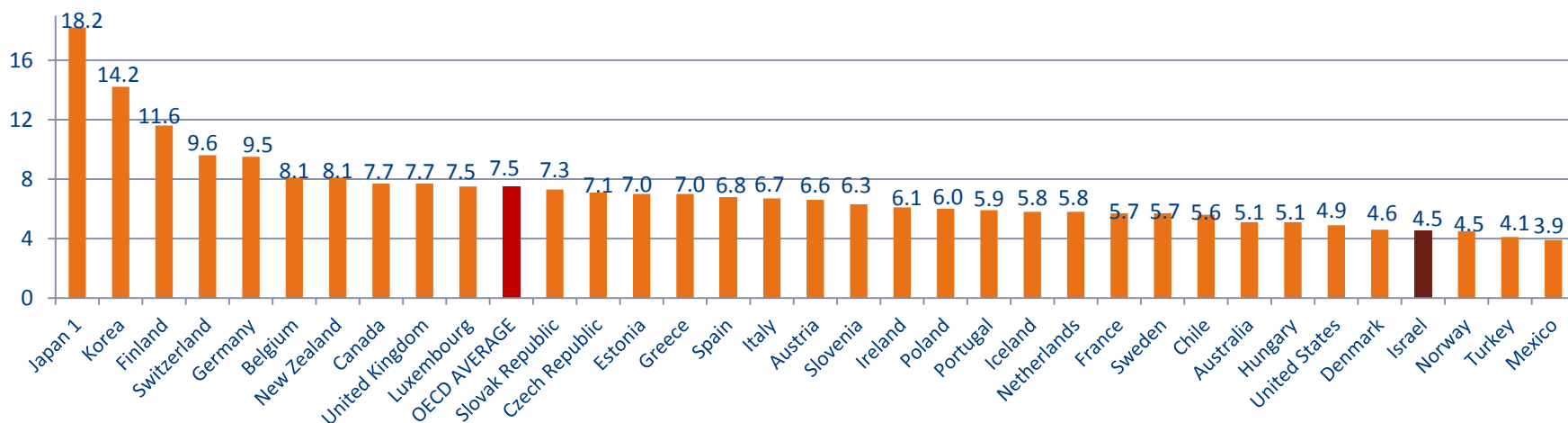
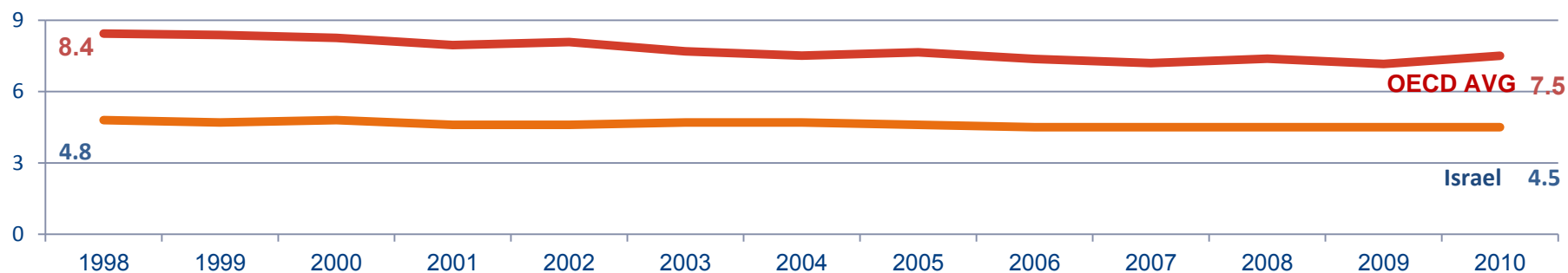


מיטות לאלף נפש

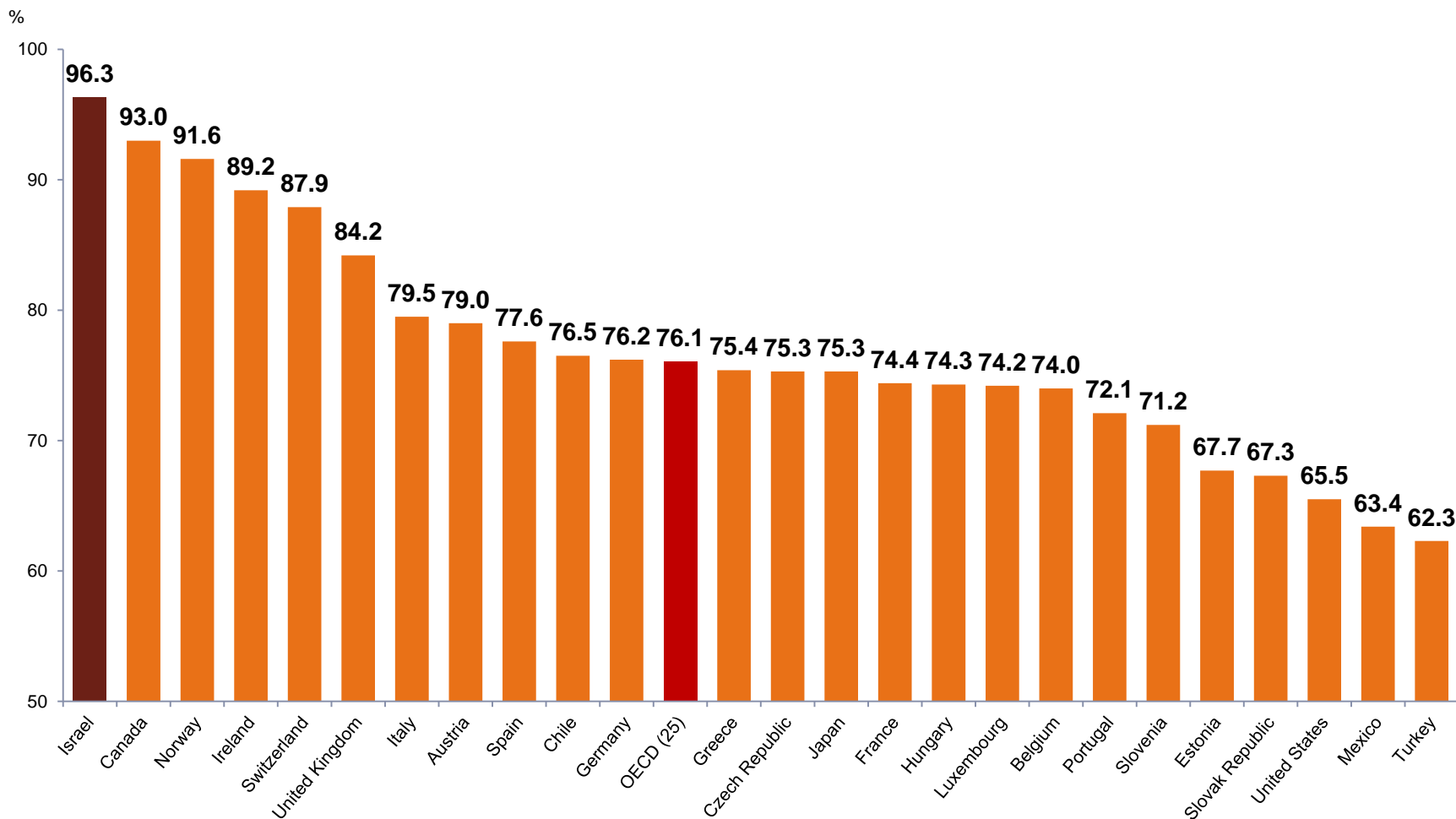


Or nearest *

משך שהייה ממוצעת בבתי החולים

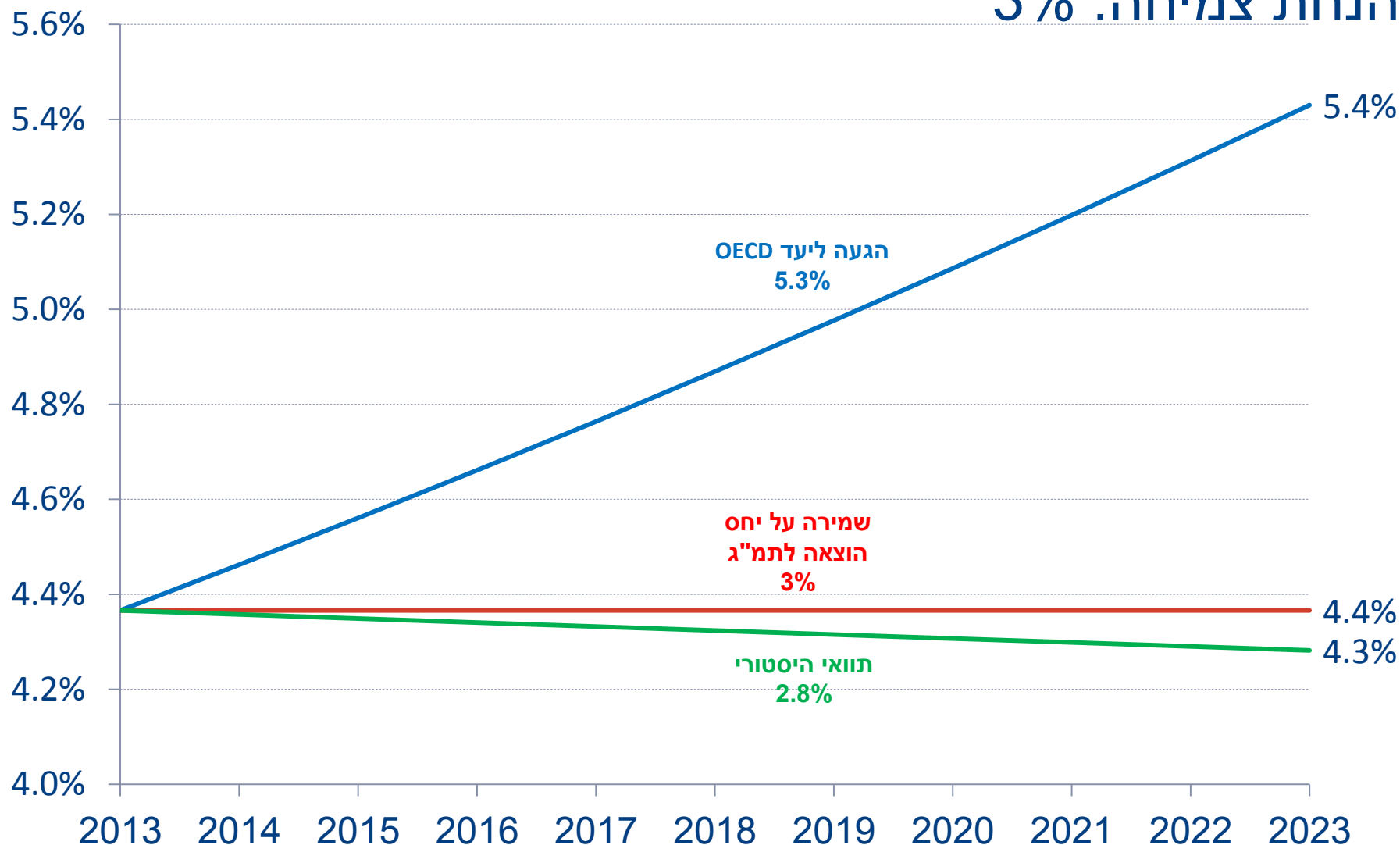


שיעורי תפוסה 2009



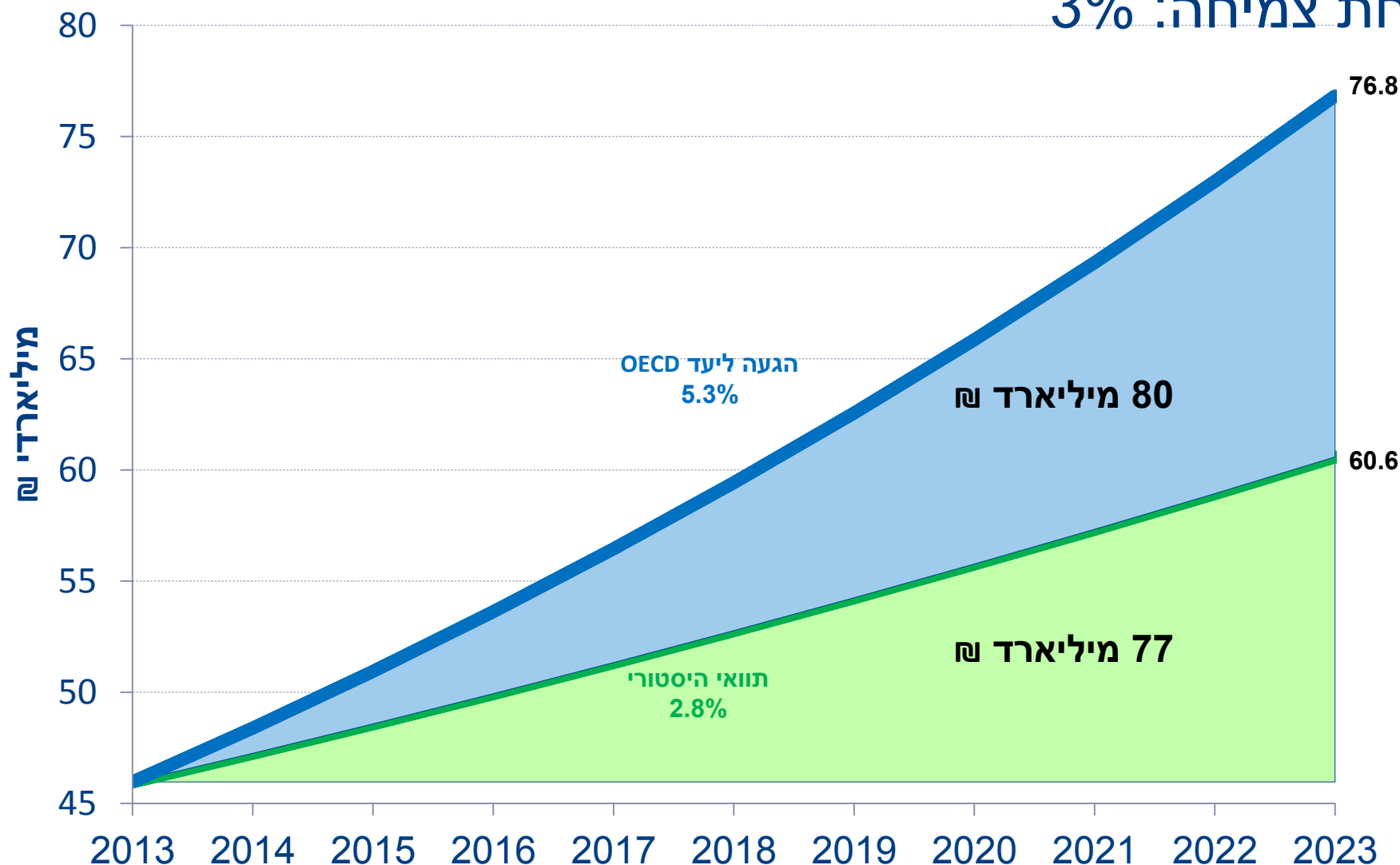
סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות, % תוצר

הנחת צמיחה: 3%



סימולציית הוצאה ציבורית על בריאות

הנחת צמיחה: 3%



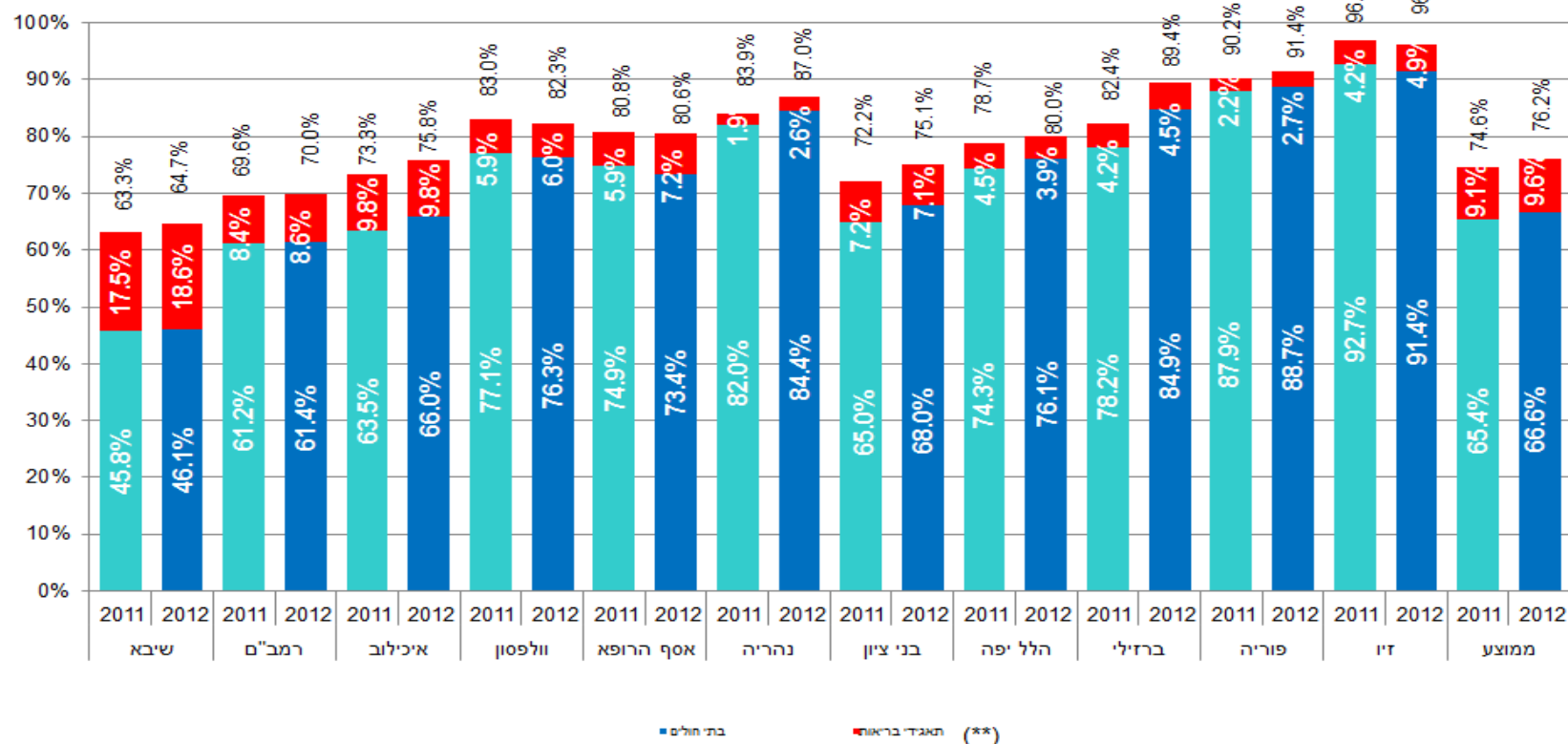
התפלגות לקטיגוריות הוצאה מרכזיות

2012						
שיעור מסך עלות התביעות	סה"כ	לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית*	סוג הכיסוי
42%	1,219,794	102,454	178,111	464,447	474,782	ניתוחים ובחירת מנתח
9%	264,682	29,665	24,932	64,065	146,020	תרופות וחיסונים
13%	362,873	24,339	38,643	65,683	234,208	ייעוץ (חוות דעת שנייה)
9%	266,623	20,330	30,900	105,792	109,601	הריון ולידה
11%	315,802	3,900	8,125	73,661	230,116	רפואת שיניים
4%	110,489	5,908	21,369	16,320	66,892	שירותים לילד
1%	17,334	440	3,378	12,093	1,423	ניתוחים וחוות דעת בחו"ל



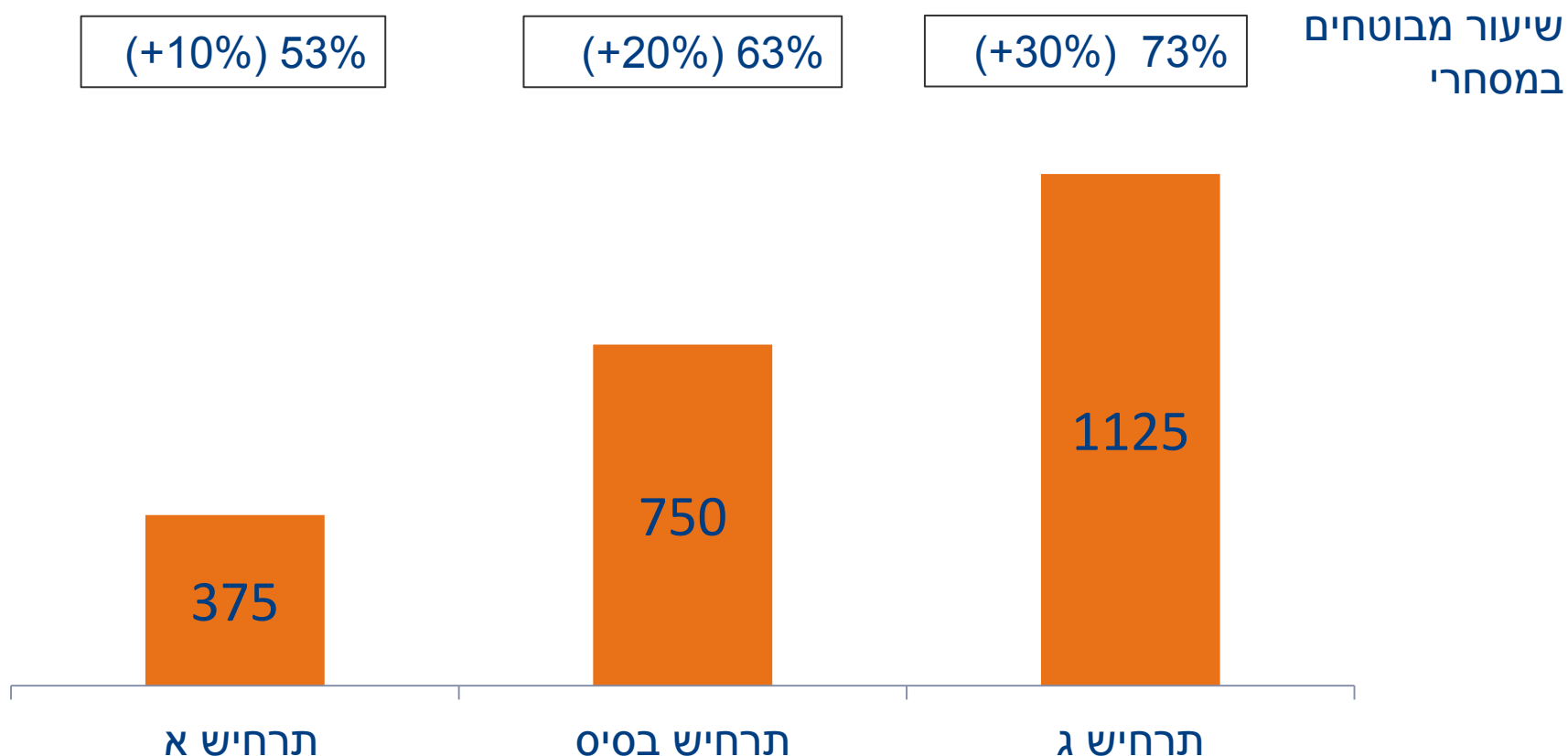
1. מערכת הבריאות – משבר כלכלי

שיעור הוצאות שכר עבודה(*) ביחס להכנסות הבסיס
מרכזים רפואיים
שנים 2011-2012



השפעות ביטול בחירת מנתח – תרחישים אפשריים

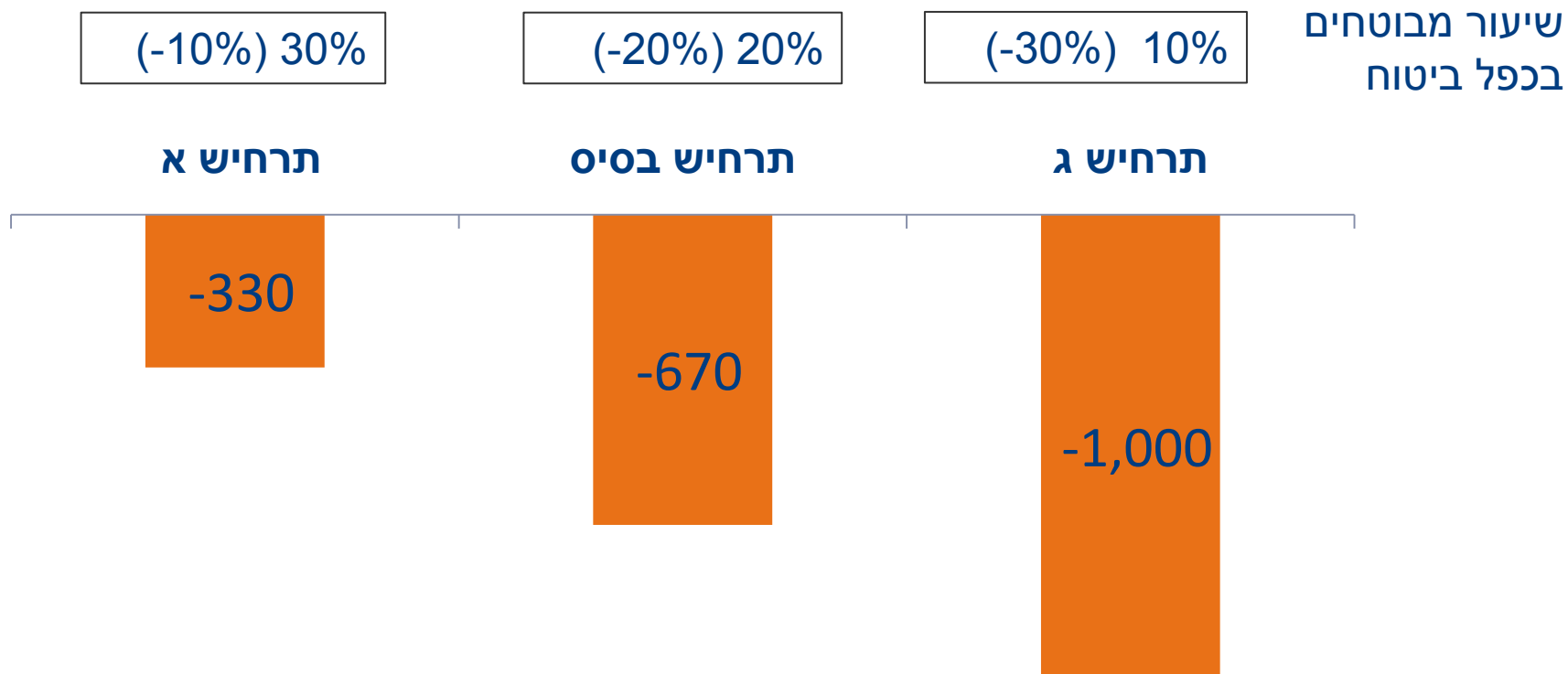
תוספת לעלות התביעות במסחרי כתלות בשיעור המבוטחים (במש"ח)



* סך תביעות בפרטי על בחירת מנתח (כולל תוספת 600 מש"ח בשל ביטול בחירת מנתח בשב"ן) – 1.6 מיליארד ₪
** הגידול בעלויות בתביעות מחושב ע"ב שיעור הגידול במבוטחים במסחרי כפול סך עלות התביעות במסחרי
*** ע"ב תמהיל האוכלוסייה הנוכחי, ללא התייחסות לשינויים דמוגרפיים

השפעות פוליסה אחידה – תרחישים אפשריים

ירידה בפרמיות בחירת מנתח כתלות בירידה בשיעור מבוטחים עם כפל הביטוח (במש"ח)



*סך פרמיות לבחירת מנתח – 3.3 מיליארד ₪

**הנחה שהפסקת הביטוח תיעשה בהתאם ליחס הנוכחי בין מספר המבוטחים בביטוח פרט וקולקטיב לבין מבוטחי השב"ן

***ע"ב תמהיל האוכלוסייה הנוכחי, ללא התייחסות לשינויים דמוגרפיים

הוצאה מכיס האזרח בישראל

country	Health expenditure - % of GDP	Public expenditure - % of total	Out of pocket - % of total	Per capita expenditure, PPP \$ (2011)
Australia	9	68.5	19.8	3,692
Austria	10.6	75.6	16.3	4,482
Belgium	10.6	75.9	19.1	4,119
Canada	11.2	70.4	14.4	4,520
Chile	7.5	47	37.2	1,292
Czech Republic	7.4	83.5	15.1	1,923
Denmark	11.2	85.2	13.2	4,564
Estonia	6	78.9	18.6	1,334
Finland	8.9	74.8	19.2	3,332
France	11.6	76.7	7.5	4,085
Germany	11.1	75.9	12.4	4,371
Greece	10.8	61.2	36.7	2,918
Hungary	7.7	64.8	26.2	1,669
Iceland	9.1	80.4	18.2	3,264
Ireland	9.4	70.4	14.5	3,894
Israel	7.7	61.5	21.4	2,172
Italy	9.5	77.2	19.9	3,130
Japan	9.3	80	16.4	3,120
Korea, Rep.	7.2	57.3	32.9	2,181
Luxembourg	7.7	84.3	11.4	6,876
Mexico	6.2	49.4	46.5	940
Netherlands	12	85.7	5.1	5,123
New Zealand	10.1	83.2	10.5	3,033
Norway	9.1	85.6	13.6	5,674
Poland	6.7	71.2	22.9	1,423
Portugal	10.4	64.1	27.3	2,624
Slovak Republic	8.7	63.8	26.2	2,088
Slovenia	9.1	72.8	13	2,519
Spain	9.4	73.6	20.1	3,041
Sweden	9.4	80.9	16.9	3,870
Switzerland	10.9	65.4	25	5,564
Turkey	6.7	74.9	16.1	1,161
United Kingdom	9.3	82.7	9.2	3,322
United States	17.9	45.9	11.3	8,608