



BR-RR-317-98

ג'וינט-מכון ברוקדייל



תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994

ברוך רוזן ♦ מיכל איבנקובסקי ♦ יעקב נבו
ג'וינט-מכון ברוקדייל ג'וינט-מכון ברוקדייל משרד הבריאות

עבודה זו נכתבה במסגרת תכנית לחקר
מדיניות בריאות המשותפת לממשלת ישראל
ולג'וינט-מכון ברוקדייל

ד ו ח מ ח ק ר

35219 001 002

BR-RR-317-98

BR-RR-317-98

: תמורות במשק הקופות

רוזן, ברוך



0035219001002

ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית. במכון חמש יחידות עיקריות:

- זיקנה
- מדיניות בריאות
- קליטת עלייה
- מוגבלות
- המרכז לילדים ולנוער



תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994

ברוך רוזן מיכל איבנקובסקי יעקב נבו
ג'וינט-מכון ברוקדייל ג'וינט-מכון ברוקדייל משרד הבריאות

עבודה זו נכתבה במסגרת תכנית לחקר
מדיניות בריאות המשותפת לממשלת ישראל
ולג'וינט-מכון ברוקדייל

מאי 1998

אייר תשנ"ח

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391



פרסומים נוספים של ג'וינט-מכון ברוקדייל העוסקים בנושא זה

- **ברג, א'; גרוס, ר'; רוזן, ב'; חניניץ, ד'. 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-284-97.**
- **גרוס, ר'; ברמלי, ש'. 1996. ביטוחי בריאות בישראל 1996. סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות. דמ-272-96.**
- **יובל, ד'; ברג, א'. 1997. השהות בבית חולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995. דמ-278-97.**
- **רוזן, ב'; נבו, י'. 1996. הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות החולים: ניתוח השוואתי: תמצית מחקר. תמ-13-96.**
- **Farfel, M.; Rosen, B.; Berg, A. Gross, R. 1997. Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health Systems Following Implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population. RR-274-97 (English)**
- **Rosen, B.; Nevo, Y. 1996. Sick Fund Revenues, Expenditures and Utilization Patterns: A Comparative Analysis. RR-273-96 (English)**

להזמנת פרסומים ניתן לפנות לג'וינט-מכון ברוקדייל, טל': 02-6557400

תמצית מחקר

תושבי ישראל מבוטחים במסגרתן של ארבע קופות חולים מתחרות. הגדולה שבהן, קופת חולים הכללית, משרתת פלח שוק של כשישים אחוזים ויש בה ריכוז גבוה יחסית של קשישים ושל בעלי הכנסה נמוכה. פלח השוק של קופת החולים השנייה בגודלה - קופת חולים מכבי - הוא כעשרים אחוזים ושל קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית - כעשרה אחוזים כל אחת.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נכנס לתוקפו ב-1 בינואר 1995 וחולל במערכת הבריאות תמורות רבות, בהן שינוי מקורות מימון המערכת ושינוי שיטת חלוקת המשאבים בין קופות החולים. דוח זה בודק את התמורות בהכנסותיהן ובהוצאותיהן של קופות החולים בין 1994 - ערב החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי - לבין 1995, השנה הראשונה לאחר החלתו.

מובן מאליו שלא כל התמורות בהוצאותיהן ובהכנסותיהן של הקופות אכן נבעו ישירות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובתקופה זו התרחשו גם תמורות נוספות - מקצתן במערכת הבריאות עצמה ומקצתן כרוכות בתופעות חברתיות או כלכליות רחבות יותר. המידה שבה אפשר לראות בתמורות אלו השפעה ישירה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נידונה בגוף הדוח.

. רקע

שנת 1995 הייתה טובה למשק בישראל - מספר המועסקים גדל ב-5% והתמ"ג לנפש גדל ב-4.5%. כמו כן התחוללו בשנה זו תמורות מפליגות במערכת הבריאות ואלו הן:

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הבטיח כיסוי אוניברסלי לכל תושבי המדינה, ובעקבות זאת גדל מספר מבוטחי הקופות בכ-4%. בתוספת 2.5% של ריבוי טבעי ושל עלייה גדל מספר המבוטחים בקופות החולים בכ-7%.

2. עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הועברה האחריות על גביית מסי הבריאות מרשות קופות החולים לידי הביטוח הלאומי.

3. במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוחלט כי אם סכום הגבייה ממקורות החוק - דמי ביטוח בריאות וממס מקביל וגביית הקופות מהשתתפות עצמית - יהיה קטן מ"עלות סל השירותים" (כפי שנקבע על ידי שר האוצר ושר הבריאות), ישלים האוצר את החסר מקופת המדינה.

4. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי הסכומים שנגבו בידי הביטוח הלאומי ובתוספת השלמת המדינה לעלות הסל יוקצו לקופות החולים על פי נוסחת קפיטציה. הנוסחה מביאה בחשבון את מספר החברים בכל קופה ואת הרכב הגילים שלהם.

5. ב-1995 הועברה האחריות על תשלום ימי אשפוז לילדות מרשות הביטוח הלאומי לידי קופות החולים (הוחזרה לרשות הביטוח הלאומי ב-1997).

6. התשלום לבתי חולים בעבור יום אשפוז הוגדל ב-10% בערכים ראליים (כלומר מעבר לגידול במדד המחירים לצרכן). בו-זמנית הנחה בת 4%, שב-1994 הייתה נחלתה הבלבדית של קופת החולים הכללית, הוענקה ב-1995 גם לשלוש קופות החולים האחרות; כך שלמעשה רק קופת חולים הכללית נהנתה מתוספת ראלית של 10%, במחיר יום האשפוז ובשלוש הקופות האחרות מסתכמת התוספת ב-6% בלבד.

7. בבתי החולים הממשלתיים הופעלה שיטת התקרות (capping). על פי שיטה זו, לא תצטרך הקופה לשלם לבתי החולים הממשלתיים יותר מאחוז מסוים (ומוגדר מראש) מעבר למה ששילמה בשנה הקודמת, אפילו אם צריכת השירותים גדלה בהרבה.

. שיטת המחקר

הניתוח המוצג כאן מבוסס על דוחותיהן הכספיים של ארבע קופות החולים. כל הסכומים הם בערכים שקליים של דצמבר 1995, על בסיס מדד המחירים לצרכן. לשם השוואה בין מצבן של הקופות בשנת 1994 למצבן בשנת 1995 התאמנו את הנתונים הגולמיים (למשל, לא כללנו בניתוח את ההוצאות וההכנסות בעבור לידות וכמו כן לא כללנו את הוצאותיהן והכנסותיהן של קופות החולים משירותים שאינם כלולים ב"סל הבריאות"). לאחר שניתחנו את הנתונים הכלכליים, ראינו מנהלים בכירים של הקופות על אודות הגורמים שהשפיעו, לדעתם, על הוצאותיהן והכנסותיהן של קופות החולים.

. התמורות בהכנסות קופות החולים

הכנסותיהן של קופות החולים גדלו ב-5.0% (מ-12.7 מיליארד ש"ח ל-13.4 מיליארד ש"ח). מספר הנפשות המתוקננות המבוטחות בקופות החולים גדל ב-7.6%, וההכנסות לנפש מתוקננת ירדו ב-2.5% - מ-2,409 ש"ח ל-2,349 ש"ח. אך יש לזכור כי הממשלה הקטינה את סך הסובסידיות למשק הקופות מ-250 ש"ח לנפש מתוקננת ל-92 ש"ח בלבד לנפש מתוקננת, ולפיכך סך ההכנסות ללא סובסידיות לנפש מתוקננת דווקא עלה ב-4.5% - מ-2,159 ש"ח ל-2,257 ש"ח.

המרכיב הגדול ביותר בהכנסות קופות החולים הוא "הכנסות לפי חוק", כלומר הכספים המחולקים על ידי הביטוח הלאומי על פי נוסחת הקפיטציה. ההכנסה לנפש מתוקננת במרכיב זה עלתה ב-5%. ההכנסה לנפש מתוקננת מהשתתפות עצמית של הקופות עלתה ב-9%, וההכנסה לנפש מתוקננת במרכיב "הכנסות אחרות" ירדה בשישה אחוזים.

התמורות בהכנסותיהן של קופות החולים לא היו אחידות. בקופת חולים הכללית גדל מרכיב ההכנסות לפי חוק לנפש מתוקננת ב-11%, ובקופת חולים לאומית הוא גדל ב-7%. לעומת זאת בקופת חולים מכבי הוא ירד ב-15% ובקופת חולים מאוחדת הוא ירד ב-7%. המקור העיקרי לשינויים אלה טמון בנוסחת הקפיטציה, המיטיבה עם קופות החולים שמספר המבוטחים הקשישים בהן גבוה (בעיקר קופת חולים הכללית). המעבר משיטה שבה כל קופה גובה ישירות את מס הבריאות מחבריה גם מיטיבה עם קופות שבהן מרוכזים בעלי הכנסות נמוכות (כללית ולאומית) משום שנפסק הקשר בין הכנסות החבר לתקבולי הקופה.

קיצוץ הסובסידיות ב-1.2 מיליארד ש"ח בקופת חולים הכללית קיזז את רווחיה משיטת הקפיטציה, וסך הכנסותיה של קופת חולים הכללית לנפש מתוקננת ירד בכשני אחוזים.

לעומת זאת קיזוז הסובסידיות שקיבלו קופת חולים מכבי וקופת חולים מאוחדת ב-1995 במידת-מה את הפסדיהן בעקבות הפעלת שיטת הקפיטציה. סך ההכנסות לנפש מתוקננת בקופת חולים מכבי ירד ב-6%, בקופת חולים מאוחדת ב-2% ובקופת חולים לאומית ב-1%.

יש לשים לב לכך שנתוני ההכנסות המובאים כאן אינם כוללים את ההכנסות של "החודש החסר" ב-1995; נושא שהיה סלע המחלוקת בין הממשלה לקופות החולים. להערכתנו, אילו אכן נכללו ההכנסות מ"החודש החסר", הגידול לנפש מתוקננת ב"הכנסות לפי חוק" היה מגיע ל-8% (ולא ל-5%, כפי שמצוין לעיל), סך ההכנסות לנפש מתוקננת היה עומד בעינו (ולא יורד ב-2.5%, כמצוין לעיל) וסך ההכנסות לנפש מתוקננת ללא הסובסידיות היה 7.4% (ולא 4.5% כפי שמצוין למעלה). גם נתוניהן של קופות החולים, כפי שהובאו לעיל, היו משתנים בהתאם.

. תמורות בהוצאותיהן של קופות החולים

בערכים ריאליים (כלומר מעבר לעלייה במדד המחירים לצרכן) גדלו הוצאותיהן של קופות החולים ב-5.4% — מ-12.7 מיליארד ש"ח ל-13.4 מיליארד ש"ח. מספר הנפשות המתוקננות בקופות החולים עלה ב-7.6%, וההוצאות לנפש מתוקננת ירדו ב-2.1% — מ-2,395 ש"ח ל-2,346 ש"ח. ואילו הוצאותיהן של שלוש קופות החולים האחרות קטנו - הירידה הגדולה ביותר הייתה בקופת חולים מכבי (9%) (בקופת חולים הכללית הייתה יציבות בהוצאות לנפש מתוקננת).

ההוצאות סווגו לארבעה סעיפי הוצאה: שירותי בית חולים, הוצאות בקהילה, הוצאות לתרופות והוצאות אחרות (בעיקר שירותי מנהל, שיווק ופרסום).

סך ההוצאות בסעיף שירותי בתי חולים היווה כ-50% מכלל הוצאותיהן של קופות החולים. ההוצאה לנפש מתוקננת לשירותי בתי חולים גדלה ב-4% - מ-1,153 ש"ח ל-1,200 ש"ח. שיעור הגידול הגבוה ביותר היה בקופת חולים הכללית - 7%, ובקופת חולים מכבי הייתה עלייה של אחוז אחד בלבד.

סעיף ההוצאה השני בגודלו היה סעיף הוצאות בקהילה - כשלושים אחוזים בערך מסך הוצאות הקופות. בהוצאות לנפש מתוקננת בסעיף זה חלה ירידה דרמטית של 11% מ-738 ש"ח ל-660 ש"ח. שיעור הירידה הגבוה ביותר היה בקופת חולים לאומית (16%) והנמוך ביותר בקופת חולים מאוחדת - 6%.

סעיף התרופות היווה כ-15% מסך הוצאותיהן של כל קופות החולים. שיעור ההוצאות לנפש מתוקננת בסעיף זה נשאר יציב ועמד על 345 ש"ח בערך. את הירידות החדות בהוצאות לנפש מתוקננת בסעיף זה בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת (12% ו-18% בהתאמה) קיזזה עלייה בשיעור של 7% בסעיף זה בקופת חולים הכללית.

סעיף "הוצאות אחרות" היווה כ-6%-7% מכלל הוצאותיהן של קופות החולים. ההוצאות לנפש מתוקנת בסעיף זה ירדו ב-12%. בקופת חולים הכללית ובקופת חולים מכבי היה שיעור הירידה מעבר ל-10% ואילו בקופת חולים לאומית הוא עמד על כאחוז.

דוח זה אף בוחן את ההבדלים בין קופות החולים בהוצאות לנפש מתוקנת - הן בכלל ההוצאות והן בכל אחד מסעיפי ההוצאות. ב-1994 היו ההוצאות לנפש מתוקנת גבוהות ביותר בקופת חולים מכבי (2,689 ש"ח) ונמוכות ביותר בקופת חולים הכללית (2,295 ש"ח). ב-1995, בעקבות ירידה של ממש בהוצאות לנפש מתוקנת בשלוש קופות החולים הקטנות, הצטמצם הפער באופן ניכר; אך עדיין, גם בשנה זו רמת ההוצאות הנמוכה ביותר (2,298 ש"ח) היא בקופת חולים הכללית והגבוהה ביותר (2,476 ש"ח) - בקופת חולים לאומית.

יש לציין כי בסעיפי הוצאה מסוימים עדיין נותרו פערים גדולים. למשל, ההוצאה לנפש מתוקנת עבור שירות רפואי בקהילה בקופת חולים מכבי ובקופת חולים לאומית כמעט כפולה מאשר בקופת חולים הכללית. לעומת זאת ההוצאות לשירותי בתי חולים (לנפש מתוקנת) גבוהות ב-60% בקופת חולים הכללית מאשר ההוצאות בשתי הקופות הנ"ל. בסעיף ההוצאות לתרופות הוציאה קופת חולים הכללית (לנפש מתוקנת) שלושה רבעים מסך הוצאותיהן של שלוש הקופות האחרות.

. סיכום

ב-1995 התחוללו במערכת קופות החולים תמורות גדולות, ובהן גידול של ממש במספר המבוטחים, קיצוץ בסובסידיות הממשלתיות ועליית מחירו של יום אשפוז. הקופות יכלו להתמודד בשינויים אלו בזכות ה"הכנסות לפי חוק", בזכות הגידול בתשלומי ההשתתפות העצמית ובזכות הקטנת ההוצאות לנפש מתוקנת — במיוחד בהוצאות לשירותי מנהל ובהוצאות לשירות רפואי בקהילה.

לדעת מנהלי הקופות, סייעו כמה גורמים להפחתה בהוצאות: העברת האחריות לגביית מסי הבריאות לידי הביטוח הלאומי; צמצום בכוח אדם וקיצוצים בשכר העובדים במגזרים אחדים בכמה מקופות החולים.

בחישוב ההוצאות לנפש מתוקנת אכן גדלו ההוצאות לאשפוז, אך הן עלו פחות מהעלייה במחיר יום האשפוז; כנראה הודות לשיטת התקרות (capping) מצד אחד, אך גם הודות להפחתת השימוש באשפוז לא חיוני מצד אחר.

מדוח זה עולה כי לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (במיוחד העברת הגבייה לידי הביטוח הלאומי והפעלת נוסחת הקפיטציה) הייתה השפעה מכרעת על משק הקופות. גם שינויים אחרים שאינם בשליטתם של מנהלי הקופות (בעיקר העלייה במחירו של יום אשפוז והקיצוץ הגדול בסובסידיות לקופת חולים הכללית) השפיעו מאוד על משק הקופות. בה בעת ברור לכול כי הכנסותיהן והוצאותיהן של קופות החולים הושפעו גם מהצעדים שנקטו הקופות עצמן (כלומר הגדלת מעגל המבוטחים ופעולות להגברת היעילות).

ממצאים עיקריים ממחקר זה הוצגו בפני פרומים שונים במערכת הבריאות, החל בשנת 1996. בכך היה להם תפקיד חשוב בסיוע לבכירים בקופות החולים ובמשלה - בהבנת התמורות שהתחוללו במשק קופות החולים ובהתוויית מדיניות הולמת. גם במהלך 1997 ו-1998 שקד צוות הפרויקט על ניתוח מידע חדש על הכנסותיהן ועל הוצאותיהן של קופות החולים, בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ועל הפצתו לכל הגורמים הנוגעים בדבר.

דברי תודה

תודתנו נתונה לאנשי המקצוע בקופות החולים, אשר סייעו לנו בניתוח הדוחות הפיננסיים של הקופות. אנשי הקשר העיקריים שלנו היו: שמעון זיו ונועז בר-ניר (קופת חולים הכללית); יהודה אליעז (קופת חולים מאוחדת); פרנסיס ווד (קופת חולים מכבי) ואורלי אורי (קופת חולים לאומית).

חברי ועדת ההיגוי לפרויקט היו גבי בן-נון (משרד הבריאות), אפי ארבל (משרד האוצר), שלמה כהן, ברנדה מורגנשטיין (המוסד לביטוח לאומי), מיכאל רוזנבלוט (קופת חולים הכללית), פרנסיס ווד (קופת חולים מכבי), דוד סומך (מאוחדת) ועוזי ביתן (קופת חולים לאומית).

אנו מודים לג'יק חביב, לאיילת ברג, לרויטל גרוס, (מכון ברוקדייל), לזוהר ינון (משרד האוצר), לטוביה חורב (קופת חולים מאוחדת) ולגבי בן נון (משרד הבריאות), על הערותיהם המועילות לדוח.

תודה לקרן קורט על מתן ההזדמנות להציג ממצאים מוקדמים בכנס ארצי שהתקיים בחודש דצמבר 1996.

תודה לענת ברבריאן שערכה את הדוח ולאילנה שיזגל שסייעה בהדפסתו.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	2. רקע
3	3. מטרת המחקר
4	4. שיטת המחקר
5	5. תמורות במספר המבוטחים
6	6. תמורות בהכנסות
15	7. תמורות בהוצאות
27	8. הכנסות והוצאות - תמונה מסכמת
28	9. דיון ומסקנות
31	ביבליוגרפיה
32	נספחים

רשימת לוחות

6	לוח 1:	תמורות במספר המבוטחים, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
8	לוח 2:	הכנסות הקופות: 1995 לעומת 1994
9	לוח 3:	סך ההכנסות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
10	לוח 4:	הכנסות לפי חוק, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
10	לוח 5:	משכורת ממוצעת לשכיר, לפי קופה - 1993
11	לוח 6:	הכנסות הקופות ממסי בריאות ומדמי חבר, כולל תשלומים של המדינה עבור מקבלי הטבה סוציאלית
12	לוח 7:	הכנסות מסעיף השתתפות עצמית, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
13	לוח 8:	הכנסות מסעיף "הכנסות אחרות", לפי קופה - 1995 לעומת 1994
14	לוח 9:	הכנסות מסובסידיות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
16	לוח 10:	הוצאות כלל משק הקופות, לפי סעיפי הוצאה - 1995 לעומת 1994
16	לוח 11:	התפלגות מרכיבי ההוצאות - כל קופות החולים
18	לוח 12:	הוצאות לנפש ולנפש מתוקננת בכלל משק הקופות, לפי סעיפי הוצאה - 1995 לעומת 1994
18	לוח 13:	תמורות בהוצאות ומספר הנפשות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
19	לוח 14:	ההוצאות לפי קופה - 1995 לעומת 1994
20	לוח 15:	תמורות בסעיף הוצאות על שירותים בקהילה, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
23	לוח 16:	הוצאות על שירותי בתי חולים, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
24	לוח 17:	הוצאות על תרופות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
24	לוח 18:	הוצאות בסעיף "הוצאות אחרות", לפי קופה - 1995 לעומת 1994
28	לוח 19:	שיעורי השינוי במרכיבי הכנסה והוצאה שונים - 1995 לעומת 1994

נספח א: לוחות

32	לוח א1: הכנסה לנפש מתוקנת, לפי קופה ולפי סעיפי הכנסה
33	לוח א2: הכנסות קופת חולים הכללית: 1995 לעומת 1994
34	לוח א3: הכנסות קופת חולים לאומית: 1995 לעומת 1994
35	לוח א4: הכנסות קופת חולים מכבי: 1995 לעומת 1994
36	לוח א5: הכנסות קופת חולים מאוחדת: 1995 לעומת 1994
37	לוח א6: התפלגות ההוצאות בקופת חולים מאוחדת
37	לוח א7: התפלגות ההוצאות בקופת חולים מכבי
37	לוח א8: התפלגות ההוצאות בקופת חולים לאומית
38	לוח א9: התפלגות ההוצאות בקופת חולים הכללית
38	לוח א10: שינויים בהוצאות בין 1994 ל-1995 לפי קופה

נספח ב: תרשימים

39	תרשים ב1: תמורות מקרו כלכליות: 1995 לעומת 1994
40	תרשים ב2: תמורות בשכר למשרת שכיר
40	תרשים ב3: תמורות בעשור האחרון במחיר הראלי של יום אשפוז
41	תרשים ב4: שיעור הקשישים לפי קופה, דצמבר 1994
41	תרשים ב5: הכנסה ממוצעת ממסי חבר, 1994, לפי קופה
42	תרשים ב6: שיעורי שינוי בסך ההכנסות ובהכנסות לפי חוק, לפי קופה
43	תרשים ב7: סיכום: תמורות עיקריות במשק הקופות

1. מבוא

ב-1 בינואר 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחולל במערכת הבריאות תמורות רבות, בהן שינוי מקורות המימון של המערכת ושינוי שיטת חלוקת המשאבים בין קופות החולים. דוח זה בודק את התמורות בהכנסותיהן ובהוצאותיהן של קופות החולים בשנים 1994-1995 הן בקופות ספציפיות והן במשק הקופות בכללותו (כלומר, סיכום ההכנסות וההוצאות של כל ארבע הקופות).

מובן מאליו שלא כל התמורות בהוצאותיהן ובהכנסותיהן של הקופות אכן נבעו ישירות מחוק ביטוח הבריאות, ובתקופה זו חלו גם תמורות נוספות - מקצתן במערכת הבריאות עצמה ומקצתן כרוכות בתופעות חברתיות או כלכליות רחבות יותר. עם זאת, כפי שנראה בהמשך, יש עדויות לכך שלחוק כשלעצמו הייתה השפעה ניכרת על הכנסות הקופות ועל הוצאותיהן.

בדיקה כלכלית זאת היא חלק ממערך מחקר רחב יותר, הבוחן את התמורות שחלו במערכת הבריאות ברמת השירות, בשביעות הרצון, בשוויוניות, בהתארגנות הקופות, במעבר המבוטחים ביניהן וכו'. גיוינט מכון ברוקדייל כבר פרסם בעבר כמה דוחות ממחקר זה (ר' ביבליוגרפיה). הדוח של רוזן ונבו (רוזן ונבו, 1996) סקר את הכנסות והוצאות הקופות ב-1992, והוא משמש בסיס לעבודה זו.

2. רקע

כדי להבין את התמורות הכלכליות שהתרחשו במשק הקופות, חשוב להכיר את ההקשר המקרו-כלכלי, את השפעתו האפשרית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על הקופות, ולהתייחס גם לתמורות חשובות נוספות שהתחוללו במערכת הבריאות בתקופה הנבדקת.

שינויים כלל-משקיים: 1995 לעומת 1994

כפי שעולה מתרשים 1 (ר' נספח ב') 1995 הייתה שנה טובה למשק הישראלי. התוצר המקומי הגולמי (התמ"ג) גדל ב-7.1% - הרבה מעבר לגידול באוכלוסייה (2.6%). הגידול במספר המועסקים (5.0%) עלה אף הוא על שיעורי הגידול באוכלוסייה. נתוני רקע אלו חשובים לניתוח שינויים בהכנסות הקופות, כי צמיחה במשק יכולה להגדיל את המשאבים העומדים לרשות הקופות.

ב-1995 עלה מדד המחירים לצרכן ב-10% בהשוואה לשנת 1994. השכר עלה עוד יותר; במשק כולו עלה שכר השכירים ב-11.9%, ובתחום שירותי הבריאות הוא עלה ב-13.2%. שינויים אלו מאוד רלוונטיים למחקר זה, כי כל עלייה בשכר או במחירי תשומות אחרות בתחום הבריאות מגדילה את הוצאות הקופות.

כידוע, נטייתו של השכר לעלות יותר בתחום הבריאות מאשר בכלל המשק אינה חדשה. כפי שניתן לראות מתרשים 2 (ר' נספח ב'), בשנים 1988-1993 עלה השכר בתחום הבריאות מעט מהר יותר מאשר בכלל המשק, וב-1994 (עם הסכמי העבודה הנדיבים שהשיגו הרופאים והאחיות) "זינק" השכר במגזר הבריאות, ובמיוחד בבתי החולים, לעומת השכר במשק בכללותו.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

השינוי הכולל ביותר במערכת הבריאות ב-1994-1995 הוא החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוא השפיע על מערכת הבריאות בכמה תחומים:

1. לראשונה בישראל הבטיח החוק כיסוי אוניברסלי לכל תושבי המדינה; ובעקבות זאת גדל מספר המבוטחים בקופות בכ-4%.
2. החוק הבטיח זכויות לסל שירותים מוגדר בחוק (יכול להיות שזו סיבה להגברת הביקוש לשירותים בעתיד).
3. החוק שינה את שיטת גביית מסי הבריאות מהציבור; לפני החלתו גבו הקופות מסים אלו על פי תעריפים שקבעו בעצמן. עם החלת החוק, הועברה האחריות על גביית מסי הבריאות לידי הביטוח הלאומי. גם לפני החלת החוק וגם לאחריו, עלה מס הבריאות עם רמת ההכנסה, אך בעקבות החלתו של החוק עלתה מידת הפרוגרסיוויות.

בקרב קובעי המדיניות רווחה הדעה שבעקבות החלת החוק תצליח המערכת לגבות יותר כסף מהציבור, וזאת מכמה סיבות. ראשית, ציפו שלעומת התקופה הקודמת תוגבר הגבייה (כלומר, שאנשים ייטו יותר לשלם את מלוא הסכום הנדרש מהם, לפי טבלאות המס), מאחר שהביטוח הלאומי מופקד על הגבייה ולא הקופות. מלבד זאת, לפני החלת החוק נתקבלו מסי הבריאות של קופת חולים הכללית עם דמי החבר בהסתדרות, ולכן רק חלק מהכסף שנגבה הוקצה למימון שירותי בריאות. כיום, כשהתשלום נגבה בידי הביטוח הלאומי, הוא מיועד כולו למערכת הבריאות¹. כמו כן רווחה ההשערה שגם השינוי בטבלת המיסוי (שכלל גם ירידה עבור העניים וגם עלייה עבור העשירים) יביא בסך הכול לידי הגברת הגבייה.

למרות זאת, בתקופת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הועלה בכנסת החשש שמא לא יהיה די בסכומים שייגבו מהציבור ומהמעסיקים (דרך מס מקביל) לממן שירותי בריאות ברמה נאותה, בין היתר בגלל עליות השכר במגזר שירותי הבריאות ב-1994. לכן הוחלט ששר האוצר ושר הבריאות יקבעו כל שנה את "עלות הסל", ואם סכום הגבייה ממס הבריאות ומהמס המקביל יהיה קטן מעלותו, ישלים האוצר את החסר מקופת המדינה (כלומר מהמיסוי הכללי)². יצוין שאין זו התחייבות חוקית לממן למפרע את הוצאות הקופות - יהיו אשר יהיו - אלא, שמראש יקבעו קובעי המדיניות סכום שנראה להם מתאים לכיסוי מתן השירותים בסל ברמה נאותה, ולסכום הזה ידאגו למימון.

4. לא זו בלבד שחוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה את שיטת הגבייה אלא הוא שינה גם את שיטת הקצאת התשלומים בין הקופות. על פי החוק, הכספים שעוברים דרך המערכת הממשלתית (כלומר מס בריאות + מס מקביל + השלמת המדינה לעלות הסל) מחולקים בין הקופות על בסיס נוסחת קפיטציה. הנוסחה מביאה בחשבון את מספר החברים בכל קופה ואת הרכב הגילים שלהם; על כל חבר מעל גיל 75 מקבלות הקופות כ-350% לעומת מה שהן מקבלות על חבר ממוצע.

1 יש לציין שלא כל הכסף מגיע לקופות. כאחוז אחד מוקצה לביטוח הלאומי כפיצוי על הוצאות הגבייה, וכעשירית האחוז מוקצה למימון מועצת הבריאות ומחקרים הקשורים לחוק.

2 "עלות הסל" מתעדכנת אוטומטית בהתאם לעלויות במדד, אך המחוקק השאיר לשרים שיקול דעת, באשר להגדלת "עלות הסל", כגון גידול אוכלוסייה, הזדקנות וקידום טכנולוגי.

מצב זה שונה בהרבה מהמצב ששרר ערב החלת החוק; עקרון הקפיטציה הופעל אז רק על כספי המס המקביל. כך, ההכנסה לנפש ממסי הבריאות (שנגבו מהחברים) של כל קופה הייתה תלויה (בין היתר) בהרכב הכנסותיהם של חבריה (שהרי הקופות גבו את הכסף בעצמן על פי סולם שעלה עם רמת ההכנסה) ולא בהרכב הגילי שלהם. המעבר לשיטת הקפיטציה הגדיל את חלקן של הקופות שבהן יש ריכוז גבוה של קשישים ושל עניים בעווגה.

מערכת האשפוז

ב-1995 חל שינוי נוסף בעל השלכות מרחיקות לכת על משק הקופות, והוא עליית מחירו של יום אשפוז רשמי בכ-20% - זאת אומרת 10% מעבר למדד. בחלקו היה זה ביטוי, אם כי בפיגור מסוים, להגדלת השכר במגזר שירותי הבריאות ב-1994, שהוזכר לעיל. כפי שניתן לראות בתרשים 3 (ר' נספח ב', עמ' 58), עלייה מתמדת במחיר יום האשפוז הראלי אינה חדשה. בעשור האחרון הוא עלה ביותר מ-80% מעבר למדד. יש לזכור שמחיר יום האשפוז משפיע לא רק על הוצאות לאשפוזים, אלא גם על המחירים במרפאות החוץ של בתי החולים ובחדרי המיון. במערכת שבה כ-30%-50% מהוצאות הקופות הן עבור שירותי בתי חולים, גידול ראלי של 10% במחירים משמעותי מאוד.

השפעתה של העלייה במחיר יום האשפוז על הוצאות הקופות קווצה חלקית בגלל שתי התפתחויות נוספות. ראשית, ב-1995 ניתנה לקופות הקטנות הנחה של 4% ממחיר יום האשפוז (הנחה שממנה נהנית קופת החולים הכללית כבר מ-1994). שנית, הופעלה שיטת התקרות (Capping), שלפיה במונחים ראליים לא תצטרך הקופה לשלם למערכת בתי החולים הממשלתיים יותר מאחוז מסוים מעבר למה ששילמה בשנה הקודמת (בכללית - 2%; בלאומית - 5.5%; ובמכבי ובמאוחדת - 7.3%). וזאת, אפילו אם צריכת השירותים גדלה בהרבה מעבר לכך.

3. מטרות המחקר

התמורות בהכנסות הקופות ובהוצאותיהן בתקופה האחרונה מעלות טענות ותהיות רבות. יש הטוענים שבעקבות החלת החוק הציבור משלם יותר מבעבר, ויש הטוענים שהקופות מקבלות פחות כסף מבעבר. איזו מטענות אלו נכונה? והאם ייתכן ששתיהן נכונות אך הן מתייחסות לפרמטרים שונים? הניתוח של הכנסות הקופות שיוצג להלן יאפשר לנו לענות על שאלות אלו. מידע זה חשוב במיוחד כי נכונותם של קובעי מדיניות לגייס כספים נוספים מהציבור עבור מערכת הבריאות תלויה, בחלקה, בהערכת המידה שבה החוק כבר הגדיל את נטל המיסוי על הציבור.

סוגיה מכרעת נוספת בנושא הכנסות הקופות היא מידת שינוי חלוקת המשאבים ביניהן. ברור לכול שהחוק הגדיל את חלקה של קופת חולים הכללית והקטין את חלקן של קופות החולים מכבי ומאוחדת, אך עד כה לא הייתה אפשרות לכמת את ממדי השינוי. ניתוח הדוחות הכספיים של הקופות לשנים 1995 ו-1994, שיוצג להלן, מאפשר לכמת תופעה זאת. הנושא עצמו הוא בעל חשיבות רבה, הן לבחינת הצעות שונות לשינויים נוספים בחלוקת המשאבים, והן להבנת השינויים בהוצאות הקופות השונות וברמת השירות שהן מספקות.

בדוח נבחן האם הקופות מתאימות את היקף הוצאותיהן לרמת הכנסותיהן ומשאביהן. הדבר הכרחי כדי להחליט האם יש צורך בהתערבות הממשלה למנוע צבירת גירעונות לאחר החלת החוק. מלבד זאת, ניתוח הוצאות הקופות, לפי סעיפי הוצאה יסייע לנו לעמוד על מידת התייעלותן של הקופות כאשר הן מקטינות את הוצאותיהן בעקבות החוק, ולבחון האם הקיצוץ אינו בא על חשבון הציבור. מובן שניתוח נתונים כספיים אינו יכול לתת תשובה מלאה לשאלה זאת, אך הוא יכול להתוות דרך לבדיקה מעמיקה יותר באמצעות כלים נוספים.

גם את הוצאות הקופות חשוב לבדוק לפי הקופה, ולא רק לפי תמורות במשק הקופות בכללותו. בעבודה קודמת (רוזן ונבו, 1996) מצאנו שב-1992 היו הבדלים משמעותיים בין הקופות בסך ההוצאה לנפש מתוקנת ושקופת חולים מכבי הוציאה כ-30% יותר מקופת חולים הכללית. כמו כן נמצאו הבדלים ניכרים בהרכב ההוצאות: הוצאתה של קופת חולים הכללית על שירותי בתי חולים הייתה גבוהה יחסית, והוצאתה על שירותים קהילתיים³ ותרופות הייתה נמוכה יחסית. האם השתנו דפוסים אלו בעקבות החוק? האם הצטמצמו הפערים? ומה היא השפעתם של ההבדלים בין הקופות על רמת השירות ועל אפשרות הייעול של המערכת בשנים הבאות? דוח זה יאפשר לנו לבדוק את התמורות בהוצאותיה של כל אחת מהקופות בשנים 1994-1995 ולהשוות ביניהן על בסיס אחיד, כדי להתחיל לענות על השאלות הללו.

4. שיטת המחקר

הניתוח המוצג כאן מבוסס על דוחותיהן הכספיים של הקופות. כל הסכומים הם בערכים שקליים של דצמבר 1995, וההתאמות נעשו על בסיס מדד המחירים לצרכן. יצוין שמדד זה עלה בכ-10% בין 1994 ל-1995 (ממוצע שנתי לעומת ממוצע שנתי) ואילו באותה תקופה עלה "מדד יוקר הבריאות" בכ-13%. העדפנו להשתמש במדד המחירים לצרכן, מאחר שבשיטה זו מתקבלת תמונה טובה יותר של השינויים בכוח הקנייה הכלל-משקי של אותם סכומים שהושקעו במערכת הבריאות. מלבד זאת, יש לציין שאפילו "מדד יוקר בריאות" לא נותן ביטוי מלא לשינויים במחירי התשומות של הקופות (כגון שינויים במחיר יום אשפוז) ובמערכת אין כיום הסכמה על מדד שייתן ביטוי מדויק לשינויים במחירי תשומות הקופות.

גם בדקנו את האפשרות להשתמש במדדים שונים לסעיפי הוצאה שונים: שירותי בתי חולים, תרופות, שירותים בקהילה ושירותים אחרים. אך אין מדדים מוסכמים לסעיפים הללו ולכן העדפנו לחשב את הכול על פי מדד המחירים לצרכן.

כדי להשוות בין מצבן הכספי של הקופות ב-1994 לבין מצבן הכספי ב-1995 עשינו את ההתאמות על פי העקרונות הבאים:

א. לא כללנו את הביטוח המשלים ושירותים שונים מחוץ לסל (כגון רפואת שיניים ומעונות לקשישים) - לא בסעיף ההוצאות ולא בסעיף ההכנסות.⁴

3 כנראה, אחת הסיבות לכך היא שבקופת חולים הכללית חלק גדול יחסית מהביקורים אצל מומחים מתבצעים בבתי חולים, וזאת, אולי, משום שהיא מפעילה רשת של בתי חולים. הוצאות על מרפאות חוץ כלולות אצלנו בסעיף "הוצאות על בתי חולים".

4 גרענו מהסל את השירותים שניתן היה לזהות את ההכנסות וההוצאות בעבורם, אך ייתכן שלא הצלחנו לזהות מספר שירותים שההוצאות עבורם מעטות, יחסית.

ב. לא כללנו בניתוח את ההוצאות וההכנסות עבור לידות, מאחר שב-1994 לא היה נושא זה באחריות הקופות, וסביר להניח שגם בעתיד הוא לא יהיה באחריותן.

ג. לא כללנו את הוצאותיהן של הקופות ואת הכנסותיהן על שירותים שסופקו למי שאינם מבוטחים בקופה. במיוחד חשוב לציין שלא הבאנו בחשבון את הכנסותיה של קופת חולים הכללית בגין מכירת שירותיהם של בתי החולים שבבעלותה לקופות אחרות. כמו כן, בחישוב הוצאות קופת חולים הכללית על מבטחיה לא הובאו בחשבון הוצאותיה של קופת חולים הכללית עבור שירותי בתי החולים שהיא מכרה לחברי הקופות האחרות. כך נמנעת כפילות בספירת הוצאות האשפוז של חברי הקופות הקטנות בבתי החולים שבבעלות קופת חולים הכללית.

ד. לא כללנו בחישובים הוצאות פיתוח (ובעקבות הנחיות משרד הבריאות הן גם לא נכללו בדוחות ההכנסות וההוצאות שהקופות הגישו. במקום זה נכנסו חלק מההוצאות על שירותי הון פיוז לדוחות דרך סעיף "פחת" שכן כלול בניתוח שלנו).

ה. הבאנו בחשבון את הסובסידיות הממשלתיות שאמורות לסייע לקופות לכסות את הוצאותיהן השוטפות, ולא כללנו סובסידיות שנועדו לטפל ב-"גיבנות" מהעבר. בשל כך, בניתוח שהוצג להלן אין ביטוי לסיוע הממשלתי לקופת חולים הכללית ב-1995 במסגרת הסדר הנושים⁵.

ו. לא כללנו התחייבויות שונות לספק סובסידיות שלא מומשו, כגון התחייבותה של ההסתדרות לספק כ-465 מיליון ש"ח לקופת חולים הכללית בשנת 1994. לעומת זאת כן כללנו בניתוח את התחייבות המדינה לספק כ-175 מיליון ש"ח לקופת חולים מכבי בעבור הוצאות הקופה בשנת 1995, אף שהתשלום נעשה רק בראשית 1997.

בניתוח שיוצג להלן נעסוק הן בתמורות במשק הקופות בכללותו והן בתמורות בקופות הספציפיות. מלבד זאת, נדון בתמורות בסך כל ההוצאות וההכנסות ובתמורות בהוצאה ובהכנסה לנפש בשני אופנים:

- א. הוצאה והכנסה גולמית לנפש: כל מבוטח בקופה נספר כנפש אחת.
 - ב. הוצאה והכנסה לנפש מתוקנת: בחישוב מספר החברים בקופה נעשה תקנון המתבסס על המשקלות המשמשים לחישוב נוסחת הקפיטציה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסחה זו מובא בחשבון גיל המבוטחים, אשר חולק לצורך קביעת עלות הטיפול לשבע קבוצות.
- מסיבה זאת חשוב להתחיל את ההצגה בנתונים על שינויים במספר המבוטחים.

5. תמורות במספר המבוטחים

על פי נתוני הביטוח הלאומי, עלה ב-1995⁴ מספר הנפשות המבוטחות במשק הקופות בכללותו ב-6.8%⁶ לעומת 1994, ומספר הנפשות המתוקנות (כאשר התקנון מביא בחשבון שינויים בהרכב הגילי) עלה

5 יצוין שיש גורמים, ובהם אנשי האוצר, שחולקים על אבחנה זו. הם טוענים שאם כוללים בניתוח את הסובסידיה שהממשלה שילמה לקופת חולים הכללית ב-1994 במסגרת הסכם ההבראה, צריכים לכלול גם את הערך הכספי עבור הקופה של הסכם הנושים ב-1995.

6 יצוין שחלק מהנציגים של קופות החולים חיוו דעה שבפועל מספר האנשים שקיבלו שירות מהקופות גדל פחות מ-6.8%, וזאת כי לפני החוק הקופות ניתנו שירותים גם למי שלא היו רשומים כמבוטחים במערכת המידע של הביטוח הלאומי. מצד אחר, נציגים אחרים טענו שהגידול בפועל היה יותר מ-6.8% כי הקופות לא תמיד דיווחו לביטוח לאומי על הפסקת חברות של חבר שפיגר בתשלום דמי החבר ושבעקבות פיגור זה, הוקפאו הזכויות שלו בקופה הוקפאו (לפחות לגבי האשפוז).

ב-7.6%. גידול מהיר זה חל בשנה שבה גדלה האוכלוסייה ב-2.6% בלבד. ההפרש מוסבר, רובו ככולו, בהרחבת מעגל המבוטחים; לפני החלת החוק כארבעה עד חמישה אחוזים מתושבי המדינה לא היו מבוטחים בקופה כלשהי.

כפי שעולה מלוח 1, שיעור הגידול לא היה אחיד בין הקופות: בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת היה גידול של כ-19% במספר הנפשות המתוקננות, בקופת חולים לאומית הייתה עלייה בת כ-14%, ובקופת חולים הכללית עלה מספר הנפשות המתוקננות בכ-4% בלבד.⁸

לוח 1: תמורות במספר המבוטחים, לפי קופה - 1995 לעומת 1994
א. נפשות מתוקננות

קופת החולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז שינוי
סה"כ	5,293,052	5,696,464	403,412	7.6
הכללית	3,748,252	3,881,332	133,080	3.6
לאומית	419,945	477,230	57,285	13.6
מכבי	776,860	924,605	147,745	19.0
מאוחדת	347,995	413,297	65,302	18.8

ב. נפשות

קופת החולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז שינוי
סה"כ	5,086,950	5,431,100	344,150	6.8
הכללית	3,331,900	3,411,000	79,100	2.4
לאומית	442,400	495,300	52,900	12.0
מכבי	896,850	1,040,600	143,750	16.0
מאוחדת	415,800	484,200	68,400	16.5

6. תמורות בהכנסות

פרק זה מחולק לשלושה סעיפי-משנה. בראשית הפרק נעסוק בהיבטים כלליים ולאחר מכן נתעמק בתמורות שחלו בכל אחד מסעיפי ההכנסה העיקריים בקופות הספציפיות.

7 חישוב הנפשות המתוקננות מבוסס על המשקלות שנכנסו לתוקף ב-1997 (שלא כוללים את השפעת ההוצאות היולדות) וזאת, משום שבניתוח שהוצג להלן לא כללנו הכנסות והוצאות בגין יולדות.

8 חלקה של קופת חולים הכללית בשוק ירד מ-65.3% (ממוצע 1994) ל-62.6% (ממוצע 1995), כאשר הירידה החדה חלה במשך 1994. לדיון מורחב בתמורות בפלחי השוק של הקופות, ראה רוזן ושטיינר, החברות בקופות-החולים ומעברים ביניהן: מגמות ותמורות, גוינט-מכון ברוקדייל, 1996.

הכנסות - סקירה כללית

בלוח 2 מובאים נתונים על ההכנסות, לפי סעיפי הכנסה של כלל משק הקופות ב-1994 ו-1995. כפי שעולה מהלוח, המרכיב המכריע בהכנסות הקופות הוא "הכנסות לפי חוק"; ב-1994 היה מרכיב זה 82% מהכנסות הקופות. ב"הכנסות לפי חוק" נכללות הכנסות ממס בריאות (שהיה מכונה "מס חבר", לפני החוק), ממס מקביל, ומהשלמת המדינה לעלות הסל; כלומר מאותם משאבים ש"עוברים דרך המדינה" ומחולקים בין הקופות על בסיס קפיטציה. לעומת 1994, עלו ב-1995 ה"הכנסות לפי חוק" בכ-1.3 מיליארד שקל — עלייה של 12.6% (וזאת למרות העובדה שב-1995 גבה הביטוח הלאומי מהציבור והעביר לקופות מסי בריאות עבור 11 חודשים בלבד, סוגיה שתידון בהרחבה בהמשך).

בהכנסות הקופות מהשתתפות עצמית (עמלת תרופות, אגרת ביקור אצל רופא וכו') חלה עלייה תלולה עוד יותר (18%), אם כי יש לציין שכאן מדובר בסכומים קטנים יותר מבחינה אבסולוטית. ואילו, "הכנסות אחרות", שהן ברובן הכנסות ממכירת שירותים שהם מחוץ לסל לחברי הקופה, נשארו יציבות.

אם מסתפקים בשלושת הסעיפים הללו ולא כוללים הכנסות מסובסידיות ממשלתיות, רואים שחל גידול משמעותי מאוד בהכנסות הקופות - כמעט 1.4 מיליארד ש"ח. מבחינת אחוזים מדובר בגידול של 12.5%, הרבה מעבר לגידול במספר הנפשות המתוקננות בקופות (7.6%).

עם זאת, כפי שניתן לראות מלוח 2, עלה סך ההכנסות של משק הקופות רק בכ-633 מיליון ש"ח - גידול של 5.0% בלבד. זאת, משום שחלה ירידה משמעותית ביותר בהיקף הסובסידיות שהגיע למשק הקופות - מ-1,321 מיליון ש"ח ב-1994 ל-527 מיליון ש"ח ב-1995. ירידה זו של כמעט שמונה מאות אלפי שקלים קיזזה חלקית את הגידול בשני סעיפי ההכנסה הנ"ל.

יש לציין שבניתוח זה אנחנו מבחינים בין שני סוגי תשלומים ממשלתיים:

א. תשלומים שהממשלה נותנת על פי חוק להשלמת המימון עד ל"עלות הסל" (ואצלנו הם אינם מסווגים כסובסידיות).

ב. תשלומים שרמתם ועצם קיומם ניתנים לשיקול הדעת של משרדי הממשלה, ואין חובה על פי חוק לשלם אותם (והם נכללים אצלנו כסובסידיות). כלולים כאן, בין היתר כספים שהממשלה העבירה לקופת חולים הכללית (בעיקר ב-1994) במסגרת הסכם ההבראה של הקופה, והכספים שהועברו לקופת חולים מאוחדת ולקופת חולים לאומית ב-1995 (ולקופת חולים מכבי רק בראשית 1997) כדי לסייע להן במעבר לכללי המשחק החדשים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

יש הטוענים שאין להביא בחשבון סובסידיות אלו כאשר משווים בין 1995 ל-1994 מאחר שהן בגדר תשלומים זמניים בלבד ואינן משקפות מקורות הכנסה אינטגרליים של מערכת הבריאות. לעומתם, טוענים אחרים שיש לראות בסובסידיות הכנסה לכל דבר, מאחר שאפשר לממן את הוצאות הקופה מסובסידיות לא פחות מאשר הכנסות ממקורות אחרים. בעקבות חילוקי דעות אלו החלטנו להציג ולנתח גם את סך ההכנסות הכללי וגם את סך ההכנסות ללא הסובסידיות.

לוח 2: הכנסות הקופות - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

סעיפי הכנסה	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז השינוי
מספר הנפשות המתוקננות	5,293,052	5,696,464	403,412	7.6
א. סך ההכנסות (באלפי שקלים)				
סה"כ	12,750,110	13,383,527	633,417	5.0
הכנסות לפי חוק	10,425,241	11,743,612	1,318,371	12.6
השתתפות עצמית	577,254	679,477	102,223	17.7
הכנסות אחרות	426,857	433,534	6,677	1.6
סה"כ ללא סובסידיות	11,429,352	12,856,623	1,427,271	12.5
סובסידיה	1,320,758	526,904	-793,854	-60.1
ב. לנפש מתוקננת				
סה"כ	2,409	2,349	-59	-2.5
הכנסות לפי חוק	1,970	2,062	92	4.7
השתתפות עצמית	109	119	10	9.4
הכנסות אחרות	81	76	-5	-5.6
סה"כ ללא סובסידיות	2,159	2,257	98	4.5
סובסידיה	250	92	-157	-62.9
ג. לנפש				
סה"כ	2,506	2,464	-42	-1.7
הכנסות לפי חוק	2,049	2,162	113	5.5
השתתפות עצמית	113	125	12	10.2
הכנסות אחרות	84	80	-4	-4.9
סה"כ ללא סובסידיות	2,247	2,367	120	5.4
סובסידיה	260	97	-163	-62.6

תמורות בסך ההכנסות לפי קופה

כפי שעולה מלוח 3, ברוב הקופות היו הבדלים ניכרים בהכנסותיהן בשנת 1994 לבין הכנסותיהן בשנת 1995. חשוב להתבונן בחלק א' של הלוח שמציג את סך הכנסותיה של כל קופה וגם בחלק ב' שמציג את השינויים בכל קופה לנפש מתוקננת (מידע על הכנסה לנפש מוצג בחלק ג' של הלוח). מחלק א' עולה שסך הכנסותיה של קופת חולים הכללית גדל בשיעור הקטן ביותר - 1.2% בלבד, ובמאוחדת, הקופה בעלת שיעור גידול ההכנסות הגבוה ביותר, גדלו ההכנסות ב-16.9%. אך מובן שבין היתר יש כאן ביטוי לכך ששיעור הגידול במספר החברים במאוחדת היה גבוה בהרבה מזה של קופת חולים הכללית. כשמתבוננים בחלק ב' של הלוח רואים ששיעור השינוי בקופות חולים הכללית, לאומית, ומאוחדת די דומה (2.3% - 0.7% - ו-1.6% בהתאמה). מבחינה זו, הירידה החדה ביותר הייתה בקופת חולים מכבי (-5.6%). כדי להבין הבדלים אלו חשוב לבדוק את השינויים בסעיפי הכנסתן העיקריים של הקופות, וכך נעשה בפרקים הבאים.

לוח 3: הכנסות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז שינוי
א. לקופה בכללותה (באלפי שקלים)				
סה"כ	12,750,110	13,383,527	633,417	5.0
הכללית	8,845,678	8,952,773	107,095	1.2
לאומית	1,016,163	1,146,697	130,534	12.8
מכבי	2,037,573	2,289,822	252,249	12.4
מאוחדת	850,696	994,235	143,539	16.9
ב. לנפש מתוקננת				
סה"כ	2,409	2,349	-59	-2.5
הכללית	2,360	2,307	-53	-2.3
לאומית	2,420	2,403	-17	-0.7
מכבי	2,623	2,477	-146	-5.6
מאוחדת	2,445	2,406	-39	-1.6
ג. לנפש				
סה"כ	2,506	2,464	-42	-1.7
הכללית	2,655	2,625	-30	-1.1
לאומית	2,297	2,315	18	0.8
מכבי	2,272	2,200	-71	-3.1
מאוחדת	2,046	2,053	7	0.4

תמורות בהכנסות לפי חוק - בכל קופה

ראינו לעיל שההכנסות לפי חוק גדלו ב-12.6%, הווה אומר 5% לנפש מבוטחת (כזכור, מספר הנפשות המתוקננות גדל ב-7.6%). כפי שניתן לראות מלוח 4, בנושא זה היו הבדלים דרמטיים בין הקופות: בקצה האחד, בקופת חולים הכללית היה גידול של 11% לנפש מתוקננת ובקצה שמנגד, בקופת חולים מכבי, הייתה ירידה של 15% לנפש מתוקננת. ההסבר העיקרי לשונות זו הוא החלת שיטת הקפיטציה על מסי החבר; מה שמסייע במיוחד לקופה שמבוטחת בה אוכלוסייה קשישה (מעל גיל 65), ענייה ומרובת ילדים. כפי שרואים בתרשים 4 (נספח ב', עמ' 59), שיעור הקשישים בקופת חולים הכללית ב-1995 היה גבוה בהרבה מאשר בקופות האחרות, ואילו, כפי שניתן לראות מלוח 5, ההכנסה הממוצעת לשכירים בקופת חולים הכללית ולאומית הייתה נמוכה מזו שבקופות האחרות.

אחת השאלות המעניינות שעולה מלוח 4 היא מדוע ירדו ההכנסות לנפש לפי חוק בקופת חולים מכבי יותר מאשר בקופת חולים מאוחדת. הרי בשתיהן שיעור הקשישים דומה, ובשל כך ההכנסות לפי חוק לנפש ב-1995 די דומות אף הן (1,781 לעומת 1,760).

לוח 4: הכנסות לפי חוק, לפי קופה (במחירי 12.95) - לעומת 1994

קופת חולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז שינוי
א. לקופה בכללותה (באלפי שקלים)				
סה"כ	10,425,241	11,743,612	1,318,371	12.6
הכללית	6,959,564	7,983,700	1,024,136	14.7
לאומית	830,870	1,010,777	179,907	21.7
מכבי	1,851,464	1,884,183	32,719	1.8
מאוחדת	783,343	864,952	81,609	10.4
ב. לנפש מתוקנת				
סה"כ	1,970	2,062	92	4.7
הכללית	1,857	2,057	200	10.8
לאומית	1,979	2,118	139	7.1
מכבי	2,383	2,038	-345	-14.5
מאוחדת	2,251	2,093	-158	-7.0
ג. לנפש				
סה"כ	2,049	2,162	113	5.5
הכללית	2,089	2,341	252	12.1
לאומית	1,878	2,041	163	8.7
מכבי	2,064	1,811	-254	-12.3
מאוחדת	1,884	1,786	-98	-5.2

לוח 5: משכורת ממוצעת לשכיר, לפי קופה (במחירי 1993)*

קופת חולים	הכנסה חודשית	מדד (סה"כ=100)
סך הכול	2,975	100
הכללית	2,885	95
לאומית	2,772	93
מכבי	3,663	123
מאוחדת	3,396	114

* מקור: שטיינר, התפלגות השכר לפי פרמטרים כלכליים שונים (1992-1993). המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

מתברר שב-1994 היו ה"הכנסות לפי חוק" לנפש בקופת חולים מכבי גבוהות מאלו של קופת חולים מאוחדת, וזאת בעיקר בגלל הבדלים בהכנסה לנפש ממסי חבר (ראה תרשים 5 - נספח ב). ייתכן שהבדל זה נובע בחלקו מכך שממוצע הכנסתם של שכירים במאוחדת היה נמוך בכ-10% מזה של השכירים במכבי. מלבד זאת, מספר הנפשות הממוצע במשק בית בקופת חולים מאוחדת כנראה גבוה ממספר הנפשות הממוצע בקופת חולים מכבי (4.4 לעומת 4.0, לפי סקר שימוש בשירותי בריאות, 1993); כך שבהכנסה לנפש מבוססת (ולא לשכיר) ייתכן שהפער מגיע עד ל-20%. אפשרות נוספת היא שלפני החלתו של החוק התעריפים במכבי היו גבוהים יותר מאשר במאוחדת או שהגבייה בקופת חולים מכבי הייתה יעילה יותר.

הכנסות לפי חוק - (לפי תת-סעיפים של הכנסה)

בעתיד בדעתנו לפלח את סעיף "הכנסות לפי חוק" לשלושה מרכיבים - מס בריאות, מס מקביל והשלמת המדינה לעלות הסל - ולנתח את השינויים לפי כל אחד משלושת הסעיפים הללו, לפי קופה ובמשק הקופות בכללותו. כעת חסרים נתונים מלאים על שניים מתתי הסעיפים - מס מקביל והשלמת המדינה לעלות הסל, ולכן בשלב זה נציג רק אומדנים על השינוי בכספים שהגיעו לקופות⁹ בגין מס בריאות (כולל תשלומים של המדינה עבור מקבלי הטבה סוציאלית).

כפי שניתן לראות מלוח 6, בסך הגבייה ממקור זה חלה עלייה בת 3%, אך מאחר שמספר הנפשות המתוקננות הוגדל ב-7.6%, הייתה ירידה של 4% לנפש מתוקננת. עם זאת יש לזכור שבשנת 1995 גבה הביטוח הלאומי כסף מציבור השכירים רק החל מחודש פברואר, ובעצם הגבייה מהשכירים הייתה עבור 11 חודשים בלבד. חלקו התחתון של לוח 6 מציג אומדן של הסכום שהביטוח הלאומי היה גובה ב-1995 אילו התחיל לגבות מהשכירים במשך 12 חודשים. כאן מדובר בגידול בסך הגבייה של 9%, ובגידול בגבייה לנפש מתוקננת של 2%.

ברור שחלק מהגידול של 9% בגבייה נבע מהגידול במספר המועסקים (כ-5%), ומהגידול ברמת השכר במשק (כ-1%), שהוזכרו לעיל. אך גם לאחר ניכוי ההשפעות הללו עדיין נותר גידול של כ-3%, שנבע כנראה משינויים בטבלאות המס או מהעמקת הגבייה.

לוח 6: הכנסות הקופות ממסי בריאות ומדמי חבר, כולל תשלומים של המדינה עבור מקבלי הטבה סוציאלית (במחירי 12.95)

	1995	1994	
סה"כ הכנסה	*5,744	*5,578	3
נפשות מתוקננות	5,696,464	5,293,052	8
הכנסה לנפש	1,008	1,054	-4
מתוקנן ל-12 חודש			
סה"כ הכנסה	*6,102	*5,578	9
נפשות מתוקננות	5,696,464	5,293,052	8
הכנסה לנפש	1,071	1,054	2
*באלפי שקלים			

9 כלומר, הנתונים עבור 1995 אינם כוללים הוצאות מינהל של הביטוח הלאומי (53 מיליון ש"ח) וחקצאה למועצת הבריאות (5 מיליון ש"ח) מאחר שכספים אלו לא הועברו לקופות. שני סכומים אלו הם ביחד כ-1% מהגבייה ברוטו. בהמשך יהיה חשוב לבדוק אפשרות לתקן את הנתונים עבור 1994, כך שגם הם לא יכללו את הוצאות הגבייה של הקופות.

הכנסות מסעיף השתתפות עצמית

כפי שניתן לראות מלוח 7, עלה סך ההכנסות מהשתתפות עצמית בכמעט 18%, וההכנסות לנפש מתוקנת ממקור זה עלו בכ-9% — מ-109 ש"ח ב-1994 ל-119 ש"ח ב-1995. כמו שמצאנו לגבי מרכיבי הכנסה אחרים, גם כאן, יש הבדלים ניכרים בין הקופות, הן בשיעור הגידול בהכנסה לנפש מתוקנת ממקור זה בשנת 1994 לבין שיעור הגידול בהכנסה לנפש בשנת 1995 והן ברמה האבסולוטית של ההכנסה לנפש מתוקנת בשנת הבסיס. ב-1994, למשל, היו ההכנסות ממקור זה בקופת חולים מכבי 170 ש"ח לנפש, יותר מפי שניים מההכנסה לנפש בקופת חולים לאומית - 78 ש"ח; ההכנסה לנפש מתוקנת בקופת חולים הכללית הייתה קרובה למוצק כלל משק הקופות. לגבי שיעור השינוי בין שנת 1994 לשנת 1995 היה בקופת חולים הכללית ומאוחדת גידול של מעל 10% בהכנסות ממקור זה לנפש מתוקנת ובקופת חולים מכבי הייתה ירידה קלה.

לוח 7: הכנסות מסעיף השתתפות עצמית, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז שינוי
א. לקופה בכללותה				
סה"כ	577,254	679,477	102,223	17.7
הכללית	377,365	439,834	62,469	16.6
לאומית	32,848	38,899	6,051	18.4
מכבי	131,836	153,579	21,743	16.5
מאוחדת	35,205	47,165	11,960	34.0
ב. לנפש מתוקנת				
סה"כ	109	119	10	9.4
הכללית	101	113	13	12.6
לאומית	78	82	3	4.2
מכבי	170	166	-4	-2.1
מאוחדת	101	114	13	12.8
ג. לנפש				
סה"כ	113	125	12	10.2
הכללית	113	129	16	13.9
לאומית	74	79	4	5.8
מכבי	147	148	1	0.4
מאוחדת	85	97	13	15.0

הכנסה מסעיף "הכנסות אחרות"

הכנסות "אחרות" (ובהן הכנסות ממכירת שירותים שאינם בסל לחברי הקופה)¹⁰ הן רק חלק קטן מסך הכנסותיהן של הקופות. עם זאת להשלמת התמונה, השינויים בסעיף זה מוצגים בלוח 8. מהלוח עולה שבמשק הקופות בכללותו חלה בסעיף זה עלייה בת כ-2%; כך שבהכנסה לנפש מתוקנת מסעיף זה חלה ירידה בת כ-6%. הירידה החדה ביותר היא בקופת חולים מאוחדת - כ-50%. יצוין שבסעיף זה יש הבדלים לא מבוטלים בין הקופות לגבי ההכנסה לנפש מתוקנת כבר ב-1994, כאשר ההכנסות היו הגבוהות ביותר בקופת חולים מאוחדת (בעתיד יש לבדוק עם הקופות את אחידות ההגדרות).

לוח 8: הכנסות מסעיף "הכנסות אחרות", לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז השינוי
א. לקופה בכללותה				
סה"כ	426,857	433,534	6,677	1.6
הכללית	304,739	306,735	1,996	0.7
לאומית	35,697	32,021	-3,676	-10.3
מכבי	54,273	77,060	22,787	42.0
מאוחדת	32,148	17,718	-14,430	-44.9
ב. לנפש מתוקנת				
סה"כ	81	76	-5	15.6
הכללית	81	79	-2	-2.8
לאומית	85	67	-18	-21.1
מכבי	70	83	13	19.3
מאוחדת	92	43	-50	-53.6
ג. לנפש				
סה"כ	84	80	-4	-4.9
הכללית	91	90	-2	-1.7
לאומית	81	65	-16	-19.9
מכבי	61	74	14	22.4
מאוחדת	77	37	-41	-52.7

תמורות בהכנסות מסובסידיות

לוח 9 מציג נתונים על סובסידיות שנתקבלו בכל אחת מהקופות בשנים 1994 ו-1995.¹¹ הלוח כולל סובסידיות הן מהממשלה והן מההסתדרות. כפי שאפשר לראות הירידה הגדולה חלה בסובסידיה לקופת חולים הכללית. גם בקופת חולים לאומית חלה ירידה בסובסידיה שהייתה משמעותית מבחינת סך

10 כפי שצוין לעיל, ניסינו לזהות ולגרוע מהחישובים הוצאות והכנסות עבור שירותים שלא היו בסל, אך לא הגענו למאה אחוזי הצלחה.

11 המטרה כאן הייתה לכלול רק סובסידיות בגין פעילות שוטפת. לאחרונה, הועלו ספקות האם כל הסובסידיה שקופת חולים הכללית קיבלה ב-1994 הייתה כזאת, והנושא ייבדק בהמשך.

הכנסותיה של אותה קופה, אך השפעתה על משק הקופות בכללותו הייתה משנית. באישור הכנסת, החליטה הממשלה לתת ב-1995 סובסידיות לכל שלוש הקופות הקטנות במסגרת הסכמי הבראה, כדי לעזור להן במעבר לכללי המשחק החדשים (בעיקר הקפיטציה).¹² לקופת חולים מכבי הועברו הכספים עבור שנת 1995 רק בראשית 1997, לאחר חתימה על הסכם הבראה בין האוצר לבין הקופה.

לוח 9: הכנסות מסובסידיות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

הכנסות מסובסידיות				
קופת חולים	1994	1995	שינוי אבסולוטי	אחוז השינוי
א. לקופה בכללותה (באלפי שקלים)				
סה"כ	1,320,758	526,904	-793,854	-60.1
הכללית	1,204,010	222,504	-981,506	-81.5
לאומית	116,748	65,000	-51,748	-44.3
מכבי	0	175,000	175,000	
מאוחדת	0	64,400	64,400	
ב. לנפש מתוקננת				
סה"כ	250	92	-157	-62.9
הכללית	321	57	-264	-82.2
לאומית	278	136	-142	-51.0
מכבי	0	189	189	
מאוחדת	0	156	156	
ג. לנפש				
סה"כ	260	97	-163	-62.6
הכללית	361	65	-296	-81.9
לאומית	264	131	-133	-50.3
מכבי	0	168	168	
מאוחדת	0	133	133	

יש לציין שהירידה הגדולה בסובסידיות שהגיעו לקופת חולים הכללית קיזזה את התוספת בסך הכנסותיה (שנבעה מהכנסותיה לפי חוק), ולכן סך ההכנסות לנפש מתוקננת של קופת חולים הכללית ירד בכ-2% (לוח 3). לעומת זאת, בקופת חולים מאוחדת הירידה של כ-7% בסך ההכנסות לפי חוק לנפש מתוקננת קיזזה על ידי הגידול בסובסידיה; כך שההכנסות לנפש מתוקננת במאוחדת ירדו רק כ-2%.

כפי שעולה מתרשים 6 (נספח ב') הפערים בין הקופות בשינוי בסך ההכנסות קטנים בהרבה מהפערים שבהכנסות לפי חוק בלבד (ראה בנספח א' לוחות המציגים מידע על הכנסות, לפי קופות).

¹² כפי שהוצג לעיל ירדו ההכנסות לפי חוק לנפש מתוקננת ב-15% בקופת חולים מכבי וב-7% בקופת חולים מאוחדת.

סיכום

כזכור, אחת ממטרותיה העיקריות של עבודה זו היא לבחון האם הכנסותיהן של הקופות גדלו או קטנו בעקבות החוק. מאחר שהשאלה ("האם הכנסותיהן של הקופות עלו או ירדו?") מורכבת ורב-ממדית, תשובה הולמת צריכה להיות רב-ממדית אף היא; ואכן, מהניתוח שהוצג לעיל עולה שהתשובה מורכבת. ההכנסות לנפש מתוקננת ירדו ב-2.5% אך ההכנסות ללא סובסידיה עלו ב-4.5%, וזאת אף שהביטוח הלאומי גבה מהציבור (וחילק לקופות) מסי בריאות עבור 11 חודשים בלבד. גם בסך ההכנסות (אם הכוונה היא לכלל ההכנסות ולא להכנסות לנפש מתוקננת) חלה עלייה בת 5.0%, ומובן שהייתה שונות גדולה בין הקופות; באחת מהקופות, למשל, עלה סך ההכנסות לנפש ללא סובסידיות ביותר מ-10% ובקופה אחרת הוא ירד ביותר מ-10%.

יש לשים לב לכך שנתוני ההכנסות המובאים כאן אינם כוללים את ההכנסות של "החודש החסר" ב-1995; נושא שהיה סלע המחלוקת בין הממשלה לקופות החולים. להערכתנו, אילו אכן נכללו ההכנסות מ"החודש החסר", הגידול לנפש מתוקננת ב"הכנסות לפי חוק" היה מגיע ל-8% (ולא ל-5%, כפי שמצוין לעיל), סך ההכנסות לנפש מתוקננת היה עומד בעינו (ולא יורד ב-2.5%, כמצוין לעיל) וסך ההכנסות לנפש מתוקננת ללא הסובסידיות היה 7.4% (ולא 4.5% כפי שמצוין למעלה). גם נתונין של קופות החולים, כפי שהובאו לעיל היו משתנים בהתאם.

7. תמורות בהוצאות

בפרק זה מוצגים שינויים בהיקף הוצאותיהן התפעוליות של ארבע קופות החולים בשנים 1994 ו-1995. לצורך ניתוח זה יסווגו ההוצאות התפעוליות¹³ לארבע קטגוריות: הוצאות בקהילה, הוצאות עבור שירותי בתי חולים¹⁴, הוצאות לתרופות והוצאות "אחרות"¹⁵.

כל הנתונים מותאמים למחירי דצמבר 1995, בהתאם למדד המחירים לצרכן. לפיכך, ההבדלים המוצגים במסמך זה בין ההוצאות בשנת 1994 לבין ההוצאות בשנת 1995 הם ריאליים.

13 ההוצאות התפעוליות כוללות את המרכיבים הבאים: שכר עבודה והוצאות נלוות, קניית שירותים, שימוש בחומרים, הוצאות משקיות וטכניות, פחת, "אחר" הוצאות הנהלה והוצאות כלליות. בהגדרת ה"הוצאות" עבור כל הקופות נכללו שירותים הכלולים בסל הבריאות ואשר ניתנים לחברי הקופה במסגרת ביטוח הבריאות. לא נכללו הוצאות מימון. בהמשך נשקול לגרוע את מרכיב הפחת מההוצאות התפעוליות.

14 הוצאות לשירותי בתי חולים כוללות את השירותים הנמכרים לקופות בידי בתי החולים, כגון אשפוז, מרפאות חוץ, חדרי מיון וכו'.

15 "הוצאות אחרות" כוללות הוצאות ניהול, הוצאות כלליות והוצאות שיווק ופרסום. אופן ההקבצה לארבע הקטגוריות מתואר בפירוט בנספח.

יצוין שהשימוש בשנת 1994 כבסיס נובע מכך ש-1994 הייתה השנה האחרונה לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אין בכך קביעה כלשהי לגבי רמת יעילותה של המערכת ב-1994, או לגבי "נכונות" בהוצאה לנפש באותה שנה.

הוצאות כלל משק הקופות

לוח 10 מציג את השינויים בהוצאות בכלל משק קופות החולים בשנים 1994 ו-1995. מהלוח עולה כי בשנת 1995 גדלו ההוצאות ב-5.4% (שהם כ-686 מיליון ש"ח), מספר המבוטחים עלה ב-6.8% ומספר הנפשות המתוקננות עלה ב-7.6%. ההוצאות עבור שירותי בתי חולים גדלו ב-12%; ההוצאות לתרופות עלו ב-8%, ההוצאות עבור שירותים בקהילה קטנו בכ-4%, ו"ההוצאות האחרות" קטנו בכ-6%.

לוח 10 : הוצאות כלל משק הקופות, לפי סעיפי הוצאה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

סעיפי הוצאה	1994	1995	הפרש	אחוז השינוי
סה"כ הוצאות (באלפי שקלים)	12,677,780	13,363,683	685,903	5.4
שירותים בקהילה	3,906,460	3,761,170	-145,290	-3.7
שירותי בתי חולים	6,158,404	6,837,055	733,727	12.0
תרופות	1,816,068	1,960,604	144,536	7.9
הוצאות אחרות	851,924	804,855	-47,069	-5.5
מספר נפשות	5,086,950	5,431,100	344,150	6.8
מספר נפשות מתוקננות	5,293,052	5,696,464	403,412	7.6

לוח 11: התפלגות מרכיבי ההוצאות - כל קופות החולים (באחוזים)

סעיף הוצאה	1994	1995
סה"כ הוצאות	100	100
שירותים בקהילה	30.8	28.1
שירותי בתי חולים	48.1	51.2
תרופות	14.3	14.7
הוצאות אחרות	6.7	6.0

לוח 11 מציג את התפלגות מרכיבי ההוצאות ב-1994 וב-1995. מהלוח עולה כי החלוקה בין ארבעת סעיפי ההוצאות לא השתנתה במידה רבה בשנים אלה. עם זאת חלקן של ההוצאות עבור שירותי בתי חולים, שהן המרכיב העיקרי בהוצאות של קופות החולים, עלה מכ-48% מסך מההוצאות בשנת 1994 לכ-51% ב-1995. באופן משלים, שיעור ההוצאות עבור שירותים בקהילה היה בשנת 1994 כ-31% מכלל ההוצאות של הקופות, וב-1995 קטן שיעור זה ל-28%.

אחוז הגידול במספר הנפשות המתוקננות היה גבוה מאחוז הגידול בהוצאות, כך שחלה ירידה של 2.1% בהוצאותיהן של קופות החולים לנפש מתוקננת; ההוצאה הממוצעת לנפש מתוקננת הייתה 2,400 ש"ח ב-1994 ו-2,350 ש"ח ב-1995.

בלוח 12 מוצגת ההוצאה הממוצעת לנפש מתוקננת ולנפש בכל קופות החולים לפי סעיפי ההוצאה (כמו לוחות אחרים שיוצגו בהמשך פרק זה, חלק א' של הלוח מתייחס להוצאה לנפש מתוקננת וחלק ב' של הלוח מתייחס להוצאה לנפש, ללא תקנון). מהלוח עולה כי סכום ההוצאה לנפש מתוקננת עבור שירותים בקהילה ירד מ-740 ש"ח לנפש ב-1994 ל-660 ש"ח לנפש מתוקננת ב-1995 (ירידה של כ-11%), ההוצאות לנפש לשירותי בתי חולים עלו מ-1,150 ש"ח ל-1,200 ש"ח (כ-4%), ההוצאה לתרופות נשארה יציבה (340 ש"ח לנפש) וההוצאות האחרות לנפש ירדו בכ-12% (מ-160 ש"ח ל-140 ש"ח).

תמורות בהוצאות לפי קופות חולים

השינויים בהוצאותיהן של קופות החולים כמו השינויים במספר המבוטחים אינם אחידים בקופות החולים. בלוח 13 מוצגים אחוזי השינוי בהוצאות ובמספר הנפשות, לפי קופה. אחוזי הגידול בהוצאותיהן של ארבע קופות החולים נעים בין 12.2% בקופת חולים מאוחדת לבין 3.7% בקופת חולים הכללית. יש לציין, כי אחוז הגידול בהוצאות אינו קשור ישירות לאחוז הגידול במספר הנפשות המתוקננות; כך, למשל, גדל מספר הנפשות המתוקננות בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת באחוז דומה (כ-19%), אולם אחוזי הגידול בהוצאות היו שונים (8.5% במכבי ו-12.2% במאוחדת). הוצאותיה של קופת חולים לאומית גדלו בכ-8%, בדומה לאחוז הגידול בהוצאותיה של קופת חולים מכבי, אבל מספר הנפשות המתוקננות בקופה זו גדל בכ-14% בלבד. קופת חולים הכללית היא היחידה שבה אחוז הגידול במספר הנפשות המתוקננות קטן מאחוז הגידול בהוצאות - כלומר, ההוצאה לנפש בקופת חולים הכללית בשנת 1995 הייתה גדולה במקצת מאשר בשנת 1994.

לוח 12: הוצאות לנפש ולנפש מתוקננת בכלל משק הקופות, לפי סעיפי הוצאה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

סעיף הוצאה	1994	1995	אחוז השינוי
א. לנפש מתוקננת			
סה"כ	2,395	2,346	-2.1
שירותים בקהילה	738	660	-10.5
שירותי בתי חולים	1,153	1,200	4.1
תרופות	343	344	0.3
הוצאות אחרות	161	141	-12.2
ב. הוצאות לנפש			
סה"כ הוצאות לנפש	2,492	2,461	-1.3
שירותים בקהילה	768	693	-9.8
שירותי בתי חולים	1,200	1,259	4.9
תרופות	357	361	1.1
הוצאות אחרות	167	148	-11.5

לוח 13: תמורות בהוצאות ומספר הנפשות לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (באחוזים)

מרכיבי השינויים	סה"כ	מאוחדת	מכבי	לאומית	הכללית
הוצאות	5.4	12.2	8.5	7.7	3.7
מספר נפשות	6.8	16.5	16.0	12.0	2.4
מספר נפשות מתוקננות	7.6	18.8	19.0	13.6	3.6

בנושא מספר הנפשות בקופות השונות יש לחזור ולהדגיש את משמעות התקנון מבחינת הוצאות הקופות. התקנון נעשה, כאמור, על פי המשקלות המשמשים לחישוב נוסחת הקפיטציה, כאשר המשקל שמקבלים המבוטחים מחושב לפי עלות הטיפול הממוצעת הצפויה בכל אחת משבע קבוצות הגיל. מלוח 13 עולים הבדלים קלים בין אחוז השינוי¹⁶ במספר הנפשות המתוקננות ובין אחוז השינוי במספר הנפשות הלא מתוקננות¹⁷. בכל קופות החולים אחוז השינוי במספר הנפשות המתוקננות גבוה יותר מאחוז השינוי במספר המבוטחים. הדבר מעיד ששיעור הקשישים והילדים¹⁸ מבין המצטרפים החדשים לביטוח הבריאות גבוה יחסית.

כדי לנטרל את ההבדלים בהוצאותיהן של קופות החולים שנובעים מהבדלים במבנה הגילי של החברים בקופות השונות, הוחלט להתמקד בהשוואה בין הקופות, בהוצאות לנפש מתוקננת (עם זאת, בלוחות מוצגות גם ההוצאות לנפש מתוקננת וגם ההוצאות לנפש).

16 שחל בגלל הצטרפות מבוטחים חדשים למערכת הבריאות ובגלל מעברים בין הקופות

17 מדובר גם בגודל השינוי במספר החברים בקופות השונות (שבא לידי ביטוי ב"אחוז שינוי במספר החברים") וגם בשוני במאפיינים הדמוגרפיים שלהם (שבא לידי ביטוי ב"אחוז שינוי במספר החברים המתוקנן").

18 שמשקלם בנוסחת הקפיטציה גבוה.

בלוח 14 מוצגות ההוצאות לנפש מתוקננת ולנפש בכל אחת מקופות החולים בשנים 1994 ו-1995 וכן השינויים (האבסולוטי ובאחוזים) בהוצאות בשנים האלה. מהלוח עולה כי ההוצאה הממוצעת לנפש מתוקננת במשק הקופות בכללותו ירדה ב-2.1% (מ-2,395 ש"ח ל-2,346 ש"ח). הירידה בסך ההוצאות נובעת מירידה של בין 5% ל-9% בהוצאות לנפש מתוקננת בקופות החולים מכבי מאוחדת ולאומית. ההוצאה לנפש מתוקננת בקופת חולים הכללית נשארה יציבה.

ב-1994 היה טווח ההוצאה לנפש מתוקננת 394 ש"ח, והוא נע בין 2,295 ש"ח בקופת חולים הכללית ל-2,689 ש"ח בקופת חולים מכבי. ב-1995 הצטמצם טווח ההוצאות ל-178 ש"ח: ההוצאה לנפש מתוקננת נעה בין 2,298 ש"ח בקופת חולים הכללית לבין 2,476 ש"ח בקופת חולים לאומית.

ניתן לראות כי אף שאין ירידה בהוצאה לנפש בקופת חולים הכללית, ב-1995 רמת ההוצאות לנפש בקופה זו עדיין נמוכה לעומת קופות החולים האחרות - זאת בשל רמת ההוצאות הנמוכה של קופת חולים הכללית ב-1994. לעומת זאת, בקופות האחרות שבהן רמת ההוצאה ההתחלתית הייתה גבוהה יחסית חל צמצום בהוצאות. הדבר נכון בפרט לגבי הוצאותיה של קופת חולים מכבי.

לוח 14: ההוצאות לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

ההוצאה			
קופת חולים	1994	1995	הפרש
א. לנפש מתוקננת			
סה"כ	2,395	2,346	-49
הכללית	2,295	2,298	3
לאומית	2,613	2,476	-137
מכבי	2,689	2,451	-238
מאוחדת	2,552	2,410	-141
ב. לנפש			
סה"כ	2,492	2,461	-32
הכללית	2,582	2,615	33
לאומית	2,480	2,386	-95
מכבי	2,330	2,178	-152
מאוחדת	2,136	2,057	-78
אחוז שינוי			
			-2.1
			0.1
			-5.2
			-8.9
			-5.5
			-1.3
			1.3
			-3.8
			-6.5
			-3.7

שינויים במרכיבי ההוצאות לפי קופות

מהנתונים שהוצגו לעיל עולה כי הסתמנה מגמת ירידה בהוצאותיהן של הקופות "הקטנות", ולעומת זאת בהוצאות לנפש מתוקננת בקופת חולים הכללית ניכרת התייצבות ואפילו עלייה קלה. כדי שיהיה אפשר לעמוד על מקורם של הבדלים אלו יש לבחון את השינויים שחלו בארבעת סעיפי ההוצאות: שירותים בקהילה, שירותי בית חולים, תרופות ו"הוצאות אחרות".

1. שינויים בהוצאות עבור שירותים בקהילה (כ-30% מסך ההוצאות של קופות החולים). בסעיף ההוצאה "שירותים בקהילה" נכללות כל העלויות הכרוכות במתן טיפול רפואי בתוך הקהילה – החל במשכורות רופאים, תחזוקה שוטפת של המרפאות, הפעלת מרפאות, מעבדות ומכונים וכלה בפחת על הציוד והמבנים.

מלוח 15 עולה כי במשק הקופות בכללותו ההוצאה לנפש מתוקנת עבור שירותים בקהילה בשנת 1995 ירדה בכ-11% יחסית לשנה הקודמת; בכל קופות החולים חלה ירידה במרכיב הוצאה זה; ירידה שנעה מ-6% בקופת חולים מאוחדת לכ-16% בקופת חולים לאומית.

סכום ההוצאה האבסולוטי לנפש מתוקנת עבור שירותים בקהילה ב-1994 וגם ב-1995 היה נמוך בהרבה בקופת חולים הכללית לעומת שאר הקופות - בפרט מכבי ומאוחדת. ב-1994 נע טווח ההוצאה לנפש מתוקנת בין 600 ש"ח בקופת חולים הכללית ל-1,166 ש"ח בקופת חולים מכבי; ב-1995 טווח ההוצאה לנפש מתוקנת עבור שירותים בקהילה הצטמצם והוא נע בין 526 ש"ח בקופת חולים הכללית ל-1,016 ש"ח בקופת חולים מכבי.

לוח 15: תמורות בסעיף הוצאות על שירותים בקהילה, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	הפרש	אחוז שינוי
א. לנפש מתוקנת				
סה"כ	738	660	-78	-10.5
הכללית	600	526	-74	-12.3
לאומית	912	767	-144	-15.8
מכבי	1,166	1,016	-150	-12.9
מאוחדת	1,061	1,002	-60	-5.6
ב. לנפש				
סה"כ	768	693	-75	-9.8
הכללית	675	599	-76	-11.3
לאומית	866	739	-126	-14.6
מכבי	1,010	903	-107	-10.6
מאוחדת	888	855	-33	-3.8

ב-1994 היו לכמה קופות, ובמיוחד לקופת חולים הכללית, שני סוגי הוצאות חריגות שקיבלו ביטוי בסעיף "הוצאות קהילתיות":

א. בעקבות הסכמי השכר הנדיבים של 1994 היה צורך להפריש סכומים ניכרים לעתודות הפנסיה של העובדים.

ב. בעקבות הסכמי הבראה שונים (במיוחד בקופת חולים הכללית) היה צורך לקצץ במצבת כוח האדם; וזה אכן נעשה בחלקו באמצעות הוצאת עובדים לפרישה מוקדמת. בעקבות זאת נוצרו הוצאות מיוחדות בגין מענקי פרישה, הגדלת עתודות לפנסיה וכו'. עד עתה טרם הצלחנו לכמת שתי תופעות אלו.

2. שינויים בהוצאות לשירותי בית חולים (כ-50% מהוצאותיהן של קופות החולים).

מלוח 16 עולה כי ההוצאות עבור שירותי בתי חולים לנפש מתוקננת עלו במשך הקופות בכללותו בכ-4%. העלייה במרכיב זה חלה בקופות החולים מאוחדת, לאומית ובפרט בקופת חולים הכללית.¹⁹ בקופת חולים מכבי מסתמנת ירידה של כאחוז אחד בהוצאות עבור שירותי בתי חולים.

טווח ההוצאות²⁰ לנפש מתוקננת של הקופות ב-1995 היה 506 ש"ח לעומת 426 ש"ח ב-1994. בשנתיים אלו הוצאותיהן של קופת חולים הכללית ולאומית היו גבוהות מהוצאותיהן של קופת חולים מכבי ומאוחדת; ב-1995 היו ההוצאות לנפש מתוקננת בקופת חולים הכללית²¹ 1,338 ש"ח, בקופת חולים לאומית 1,097 ש"ח, בקופת חולים מכבי 832 ש"ח, ובקופת חולים מאוחדת - 851 ש"ח.

אף שבדרך כלל לא פירטנו בדוח זה את היבטיה הטכניים של העבודה, מצאנו לנכון לציין את שיטת חישוב הוצאותיה של קופת חולים הכללית עבור השירותים שקיבלו מבוטחיה בבתי החולים שלה. הוצאות אלו חושבו כהפרש בין סך ההוצאות של בתי החולים של הקופה לבין ההכנסות של בתי החולים הללו ממכירת שירותים למטופלים שלא היו חברי הקופה (חברי קופות אחרות, צה"ל, תיירים וכו'). אם התעריפים למכירת שירותי בתי החולים לא נתנו ביטוי נכון לעלות השירותים, עלולה להיווצר כאן הטיה.

ההוצאות עבור שירותי בתי חולים כוללות הוצאות אשפוז - שהן חלק הארי מסך ההוצאות לשירותי בתי חולים²² - הוצאות למרפאות חוץ, לחדרי מיון וכו'. הוצאות האשפוז תלויות בשני מרכיבים²³ - מספר יחידות השירות (ימי אשפוז ומספר האשפוזים עבור אותן פרודורות שעבורן נקבעו תעריפים דיפרנציאליים) ומחיר ליחידת שירות (מחיר יום אשפוז ואשפוזים). כדי לבדוק את סיבת העלייה בהוצאות לשירותי בתי החולים יש לבחון כל אחד מהמרכיבים המשפיעים על עלויות האשפוז.

19 יש לזכור שמדובר בהוצאות לנפש מתוקננת, כך שלא ניתן להסביר את ההבדלים בהוצאות האשפוז של הקופות באמצעות הבדלים בהרכב הגילים של המבוטחים.

20 ההפרש בין ההוצאות של הקופה שהוציאה את הסכום הגבוה ביותר לבין ההוצאות של הקופה שהוציאה את הסכום הנמוך ביותר.

21 יש לציין שכ-2% מהוצאות קופת חולים הכללית על שירותי בתי חולים הם עבור שירותי בתי חולים פסיכיאטריים.

22 להבדיל מההוצאות עבור מרפאות חוץ, חדרי מיון וכו'.

23 יש גם "אשפוזים דיפרנציאליים", שבהם ההוצאה היא מכפלת הכמות במחיר.

מ-1994 ל-1995 עלה מחיר יום אשפוז (וכמו כן התעריפים הדיפרנציאליים) בכ-10% מעבר למדד המחירים לצרכן. בנוסף, יש לזכור כי ב-1995 קיבלו קופות החולים הקטנות הנחה של 4% בעבור קניית שירותיהם של בתי החולים הממשלתיים (בדומה להנחה שקופת חולים הכללית החלה לקבל כבר ב-1994). החלת ההנחה על הקופות הקטנות יכולה אולי להסביר חלק מההבדלים בשינויים שחלו בין 1994 ו-1995 ברמת הוצאותיה של קופת חולים הכללית לעומת הוצאותיהן של הקופות הקטנות.²⁴ לאחר תקנון לעלייה האפקטיבית במחיר יום האשפוז (כ-10% בקופת חולים כללית, כ-6% באחרות) מתקבלים שיעורי שינוי אלו בהוצאה לנפש מתוקנת: קופת חולים הכללית - 3.4%; קופת חולים לאומית - 5.2%; קופת חולים מכבי - 7.1%; קופת חולים מאוחדת - 3.4%.

לבסוף יש לזכור, שבעקבות הפעלת שיטת התקרות (capping), התשלום המרבי לבתי החולים הממשלתיים אינו אמור לעלות על אחוז קבוע²⁵ מעבר לתשלום בשנה הקודמת. ב-1995 אף לא אחת מהקופות לא "עברה את המכסה", אך בכל זאת ייתכן שהמכסה השפיעה על הוצאות האשפוז בכך שדרבנה את בתי החולים לרסן את רמת הפעילות וההוצאות.

3. שינויים בהוצאות עבור תרופות (כ-15% מההוצאות של קופות החולים).

לוח 17 מראה כי ההוצאה לנפש עבור תרופות במשק הקופות בכללותו נשארה יציבה בין 1994 ו-1995. עם זאת, הוצאותיהן של קופות החולים הספציפיות עבור תרופות²⁶ השתנו; בקופת חולים הכללית גדלה ההוצאה לנפש מתוקנת ב-6%, לעומת זאת, בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת חלה ירידה של כ-12% ושל כ-18% בהתאמה, ובקופת חולים לאומית נשארה ההוצאה לתרופות יציבה.

בדומה להוצאות עבור שירותים בקהילה גם בהוצאות לתרופות הסתמנה מגמת צמצום פורים בין הקופות. טווח ההוצאות הצטמצם מ-252 ש"ח ב-1994 ל-140 ש"ח ב-1995; בעיקר עקב קיצוץ בהוצאותיה של קופת חולים מאוחדת (מ-542 ש"ח ל-447 ש"ח) ובשל עלייה בהוצאותיה של קופת חולים הכללית (מ-290 ש"ח ל-307 ש"ח).

כאשר בוחנים את המספרים האבסולוטיים, ההוצאה לתרופות לנפש מתוקנת בקופת חולים הכללית ב-1995 עדיין נמוכה בהרבה מהוצאותיהן של קופות החולים האחרות, וזאת למרות הגידול שחל בקופת חולים הכללית בהוצאות עבור מרכיב זה.

24 אך היא אינה יכולה להסביר את רמת ההוצאות הגבוהה של קופת חולים הכללית גם ב-1994 וגם ב-1995.

25 אחוז זה הושפע בחלקו על ידי הגידול הצפוי במספר החברים בקופה. ב-1995 האחוזים נקבעו כדלקמן: קופת חולים הכללית - 2%, קופת חולים לאומית - 5.5%, קופת חולים מכבי ומאוחדת - 7.3%.

26 ההוצאות עבור תרופות כוללות הוצאות לתרופות ושכר רוקחים. הוצאות לוגיסטיקה לא הובאו בחשבון. ייתכנו טעויות של עד 5% בשל הבדלים בשיטות האספקה ובאחסנה הנהוגות בקופות החולים השונות.

נראה שקופות החולים מאוחדת ומכבי קיצצו בהצלחה בהוצאותיהן לתרופות. משיחות עם נציגי הקופות עולה שכנראה הן הפעילו לחץ על חברות התרופות והביאו להורדת מחירים. בנוסף לכך, חלק מהקופות הגבילו את הרופאים באשר לרישום תרופות והפעילו שיטות לבקרת מרשמים.

4. תמורות ב"הוצאות אחרות" (כ-6% מההוצאות של קופות החולים).

מלוח 18 עולה כי ה"הוצאות האחרות" לנפש מתוקננת במשק קופות החולים בכללותו ירדו בכ-12%. הירידה המשמעותית ביותר הייתה בקופת חולים הכללית (16%). קופת חולים מכבי צמצמה את הוצאותיה במרכיב זה ב-11% וקופת חולים מאוחדת ב-7%. בקופת חולים לאומית לא חל שינוי בגובה ה"הוצאות האחרות" לנפש.

ה"הוצאות האחרות" מורכבות מהוצאות הנהלה, מהוצאות כלליות ומהוצאות שיווק ופרסום. חלקן של הוצאות השיווק והפרסום מסך ה"הוצאות האחרות" של כל קופות החולים עלה ב-1995 לעומת 1994, מ-6.3% ל-7.8%. למרות המגמה שמסתמנת בקופות החולים, של צמצום הוצאות בכלל, ובפרט של צמצום ה"הוצאות האחרות", מהדוחות הכספיים עולה שבהוצאות הפרסום והשיווק חלה עלייה. ממצא זה יכול לאשש את התחושה שקיימת תחרות בשוק קופות החולים, אשר מתבטאת בצורך שלהן להילחם על פלח השוק שלהן ואף להגדיל אותו.

לוח 16: הוצאות על שירותי בתי חולים, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	הפרש	אחוז שינוי
א. לנפש מתוקננת				
סה"כ	1,153	1,200	47	4.1
הכללית	1,255	1,338	83	6.6
לאומית	1,087	1,097	10	0.8
מכבי	841	832	-9	-1.1
מאוחדת	829	851	22	2.6
ב. לנפש				
סה"כ	1,212	1,271	60	4.9
הכללית	1,412	1,522	110	7.8
לאומית	1,032	1,057	24	2.4
מכבי	729	739	11	1.5
מאוחדת	694	726	32	4.7

לוח 17: הוצאות על תרופות, לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	הפרש	אחוז שינוי
א. לנפש מתוקננת				
סה"כ	343	344	1	0.3
הכללית	290	307	17	6.0
לאומית	430	431	0	0.1
מכבי	464	409	-55	-11.8
מאוחדת	542	447	-95	-17.6
ב. לנפש				
סה"כ	364	368	4	1.1
הכללית	326	349	23	7.2
לאומית	408	415	7	1.6
מכבי	402	364	-38	-9.5
מאוחדת	454	382	-72	-15.9

לוח 18: הוצאות בסעיף "הוצאות אחרות", לפי קופה - 1995 לעומת 1994 (במחירי 12.95)

קופת חולים	1994	1995	הפרש	אחוז שינוי
א. לנפש מתוקננת				
סה"כ	161	141	-20	-12.2
הכללית	150	127	-23	-15.5
לאומית	184	181	-2	-1.3
מכבי	218	194	-25	-11.3
מאוחדת	119	111	-8	-6.8
ב. לנפש				
סה"כ	172	153	-20	-11.5
הכללית	169	145	-25	-14.5
לאומית	174	175	0	0.2
מכבי	189	172	-17	-9.0
מאוחדת	100	95	-5	-4.9

סיכום ודיון

ב-1995 גדלו הוצאות כלל משק קופות החולים ב-5% לעומת 1994, וההוצאה לנפש ירדה בכ-1%. למעשה רק בקופת חולים הכללית מסתמנת יציבות ואף עלייה קלה בהוצאה לנפש, ובקופות האחרות חלה ירידה של ממש בהוצאה לנפש. הקופות הקטנות אמנם קיצצו בהוצאותיהן לנפש מתוקננת, אך לעומת הוצאותיה של קופת חולים הכללית הוצאותיהן עדיין גבוהות.

ההוצאות לנפש מתוקננת עבור שירותים בקהילה בכלל משק קופות החולים ירדו בשנת 1995 לעומת 1994 בכ-11%; סכום ההוצאה לתרופות לנפש מתוקננת לא השתנה, ההוצאה עבור שירותי בית חולים גדלה בכ-4% וה"הוצאות האחרות" ירדו בכ-12%.

בכל הקופות הייתה מגמת השינויים שחלו במרכיבים "שירותים בקהילה", "שירותי בית חולים", וב"הוצאות האחרות" דומה; בכל הקופות חלה עלייה²⁷ בהוצאות עבור שירותי בתי חולים לנפש מתוקנת ובכל הקופות חלה ירידה (או התייצבות) בהוצאות עבור שירותים בקהילה ו"הוצאות אחרות". לעומת זאת כיוון השינוי בהוצאותיהן של הקופות השונות לתרופות לא היה אחיד; ההוצאות לנפש מתוקנת עבור תרופות קטנו באופן משמעותי בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת, עלו בקופת חולים הכללית ונשארו יציבות בקופת חולים לאומית.

ניתוח התפלגות מרכיבי ההוצאות בכלל משק קופות החולים ב-1994 וב-1995 מלמד על עלייה בחלקן של ההוצאות עבור שירותי בתי החולים ועל ירידה בחלקם של מרכיבי ההוצאות האחרים. מגמה זו באה לידי ביטוי בקופות החולים מכבי ומאוחדת. בקופת חולים הכללית גדל גם שיעור ההוצאה לתרופות ובקופת חולים לאומית קטן רק החלק היחסי של המרכיב "שירותים בקהילה", ושיעורי ההוצאה עבור יתר המרכיבים גדלו (התפלגות מרכיבי ההוצאות לפי קופות - בנספח לוחות).

בעקבות ניתוח נתוני הוצאותיהן של הקופות לפי מרכיבי ההוצאות נשאלות כמה שאלות:

א. מדוע ההוצאות עבור שירותי בתי חולים גבוהות במיוחד בקופת חולים הכללית?

הוצאותיה של קופת חולים הכללית ב-1995 לנפש מתוקנת עבור שירותי בתי חולים גבוהות בכשני שלישים מההוצאות המקבילות בקופת חולים מכבי ומאוחדת ובכרבע מההוצאות של קופת חולים לאומית. לעומת זאת, ההוצאות לנפש מתוקנת עבור שירותים בקהילה ותרופות בקופת חולים הכללית נמוכות בהרבה מההוצאות המקבילות בקופות האחרות. בעתיד יהיה חשוב לבדוק כמה נקודות:

1. האם ההוצאות הגבוהות יחסית עבור שירותי בתי חולים בקופת חולים הכללית²⁸ נובעות מעלות גבוהה ליחידת שירות (עלות יום אשפוז) או ממספר גבוה של יחידות שירות. מספר גבוה יחסית של יחידות שירות משקף שימוש רב בימי אשפוז או בשירותים אחרים של בתי החולים. דפוסי אלו יכולים לנבוע אולי משום שקופת חולים הכללית היא הבעלים של חלק מבתי החולים ומתחושתם של מנהלים ושל רופאים שלשימוש בשירותי בתי החולים של הקופה, "אין עלות" (מאחר שהכסף נשאר בתוך הקופה). גם יכול להיות שהסיבה לכך היא שהתושבים החולים יותר בכל קבוצת גיל - מרוכזים דווקא בקופת חולים הכללית.

27 להוציא קופת חולים מכבי, שבה חלה ירידה מזערית בהוצאות עבור שירותי בתי חולים.

28 כידוע, קופת חולים הכללית היא הבעלים של בתי החולים של הקופה. ההוצאות עבור שירותי בתי חולים של הקופה מהוות יותר מ-40% מכלל ההוצאות של הקופה עבור שירותים של בתי חולים.

2. האם הדפוס שלפיו קופת חולים הכללית משקיעה "הרבה" יחסית בשירותים לבתי חולים ו"מעט" בשירותים בקהילה ובתרופות, הוא מענה הולם למצב הרפואי (העכשווי) ולצורכי מבוטחיה; או שמא ה"חיסכון" בשלב הריפוי בקהילה מגביר את הצורך בשירותי בתי חולים מאוחר יותר.

3. יכול להיות שהעדפתם של שירותים בקהילה על פני שירותי בתי חולים (או להפך) היא החלטה אסטרטגית של הקופות, המבוססת על שיקולים כלכליים ועל שיקולים אחרים. כך, לדוגמה, ייתכן שקופת חולים הכללית אכן תעדיף להשתמש בבתי החולים שלה על פני פיתוח השירותים בקהילה, ולעומת זאת לקופות החולים האחרות (שאינן בעלים על בתי חולים) תהיה מוטיבציה רבה יותר לחפש פתרונות חלופיים לבתי החולים.

ב. מדוע נעשו קיצוצים בסעיפי הוצאות מסוימים ולא באחרים?

בכל הקופות קוצצו סעיפי "שירותים בקהילה" ו"הוצאות האחרות", ולעומת זאת עלו הוצאותיהן בסעיף "שירותי בתי חולים". ייתכן שהסיבה נעוצה בכך שיכולת השליטה רבה יותר בהוצאות כמו משכורות, הוצאות פרסום והוצאות הנהלה והוצאות כלליות. בקיצוץ בסעיף "הוצאות אחרות" אין פגיעה ישירה בשירותים הניתנים לחולים ("בבשר החי"), ולפחות בטווח הקצר הוא פחות מורגש. אפשר לקצץ במרכיבים מסוימים של "שירותים בקהילה" (למשל שכר עובדים) על פי החלטה פנימית של הקופה ובאופן כמעט מידי, אך לקיצוץ מעין זה עשויות להיות השלכות ארוכות טווח.

לעומת זאת ייתכן שקשה יותר לשלוט בהוצאות מסוג הוצאות עבור שירותי בתי חולים. זאת מאחר שבין היתר הוצאות אלו תלויות במחיר יום אשפוז, שאינו בר שליטה (בטווח הקצר). גם צמצום מספר ימי האשפוז הוא צעד מורכב, לא מידי, והוא כרוך בהכנות רבות (בניית תחליפי אשפוז, גיבוש מדיניות, "חינוך" הרופאים לשימוש בתחליפים וכו').

ג. מה המשמעות של הקטנת הפערים בהוצאות בין הקופות?

צמצום הפער בהוצאותיהן של הקופות מתבטא הן בחלק ממרכיבי ההוצאות והן בהוצאה בכללותה וייתכן שהוא כורח המציאות, שנובע מצמצום בהכנסות של קופות החולים.

בהמשך יהיה כדאי לבדוק האם בד בבד עם צמצום פערי ההוצאות הצטמצמו גם ההבדלים בהיקף שירותי הקופות וברמתם, באיכות הטיפול ועוד. בסקר שנערך במכון ברוקדייל בשנת 1995 (יובל, ברג, 1997) נמצא כי שיעור המדווחים על שיפור ברמת השירות לעומת השנה הקודמת היה גבוה במיוחד בקופת חולים הכללית, ושיעור המדווחים על הרעה ברמת השירות היה גבוה בקופת חולים מכבי ובקופת חולים מאוחדת. בכך צומצמו הפערים (לטובת הקופות הקטנות) שהיו קיימים ערב החלת החוק.

בהקשר זה נשאלת השאלה האם צמצום ההבדלים בין הקופות משמעו שבעידן חוק ביטוח בריאות ממלכתי חשיבותה של בחירת קופת החולים (ספק השירותים) פוחתת.

ד. סוגיות נוספות להמשך המחקר:

- האם אפשר ללמוד מדפוסי הוצאותיהן של הקופות על "מדיניותן הרפואית"?
- האם אפשר לקבוע איזה דפוס הוצאות עדיף?
- האם אפשר לקבוע איזו קופת חולים יעילה יותר? (או התייעלה ביותר)?
- האם יתמידו הקופות בריסון ההוצאות, ואם כן באילו תחומים?

8. תמורות בהכנסות ובהוצאות - תמונה מסכמת

התמונה הכללית מסוכמת בתרשים 7 (ר' נספח ב'). בשנה שבה גדלה האוכלוסייה בכ-2.6%, גדל מספר הנפשות המתוקננות ב-7.6%, בעיקר עקב הכללתם של מי שלפי החוק לא היו במעגל הביטוח. הכנסותיהן של הקופות, לא כולל סובסידיות, גדלו עוד יותר - 12.5% - אך הירידה הדרמטית ברמת הסבסוד הביאה לכך שסך ההכנסות גדל ב-5.0% בלבד, וסך ההכנסות לנפש מתוקננת ירד ב-2.5%.

ההוצאות גדלו ב-5.4% בלבד; כך שסך ההוצאות לנפש מתוקננת ירד ב-2.1%. ההוצאות לנפש מתוקננת בסעיף שירותים בקהילה ובסעיף "הוצאות אחרות" ירדו ביותר מ-10%, בהוצאות לנפש מתוקננת על תרופות הייתה יציבות, ובהוצאות לנפש מתוקננת על שירותי בתי חולים חלה עלייה של כ-4%.

בלוח 19 מסוכמים השינויים בפרמטרים העיקריים הללו לפי קופה. כמובן, התמורות של 1995 לא השפיעו על הקופות בצורה אחידה.

מאחר שבעבודה זו דנו רק בהכנסות ובהוצאות שוטפות של כל קופה עבור מבוטחיה-היא, ולא הצגנו כאן נתונים על מלוא ההכנסות וההוצאות, נמנע מאתנו מלהתייחס ישירות ובצורה ממצה לגירעונות הקופות. עם זאת, יש מקום להשוות בין שיעורי השינוי של ההכנסות וההוצאות השוטפות ולתת את הדעת לתרומתן לגירעונות הקופות. מהניתוח שלנו עולה שהירידה בסך ההכנסות לנפש מתוקננת (2.5%) הייתה תלולה יותר מהירידה בסך ההוצאות לנפש (2.1%). כך במשק הקופות בכללותו יחס ההכנסות להוצאות ירד (מכ-101% לכ-100%). השוואה בין התמורות בפרמטרים הכספיים האלו לתמורות בצרכים היא מעבר לגבולות העבודה הנוכחית, אך ברור שזה נושא הדורש התייחסות מעמיקה של חוקרים ושל קובעי מדיניות.

לוח 19: שיעורי השינוי במרכיבי הכנסה והוצאה שונים - 1995 לעומת 1994 (באחוזים)

קופת חולים						השינוי במשק הקופות	השינוי לנפש מתוקנת	הכללית	לאומית	מכבי	מאוחדת
א. הכנסה											
סך ההכנסות											
הכנסות לפי חוק											
השתתפות עצמית											
הכנסות אחרות											
הכנסות ללא סובסידיות											
סובסידיות											
ב. הוצאות											
סך הוצאות											
שירותים קהילתיים											
שירותי בתי חולים											
תרופות											
הוצאות אחרות											

-1.6	-5.6	-0.7	-2.3	-2.5	5.0	
-7.0	-14.5	7.1	10.8	4.7	12.6	
12.8	-2.1	4.2	12.6	9.4	17.7	
-53.6	19.3	-21.1	-2.8	-5.6	1.6	
-8.0	-12.8	5.8	10.3	4.5	12.5	
*	*	-51.0	-82.2	-62.9	-60.1	
-5.5	-8.9	-5.2	0.1	-2.1	5.4	
-5.6	-12.9	-15.8	-12.3	-10.5	-3.7	
2.6	-1.1	0.8	6.6	4.1	12.0	
-17.6	-11.8	0.1	6.0	0.3	7.9	
-6.8	-11.3	-1.3	-15.5	-12.2	-5.5	

* אי אפשר לחשב אחוז שינוי כי הערך בשנת 1994 היה 0.

יש לשים לב לכך שנתוני ההכנסות המובאים כאן אינם כוללים את ההכנסות של "החודש החסר" ב-1995; נושא שהיה סלע המחלוקת בין הממשלה לקופות החולים. להערכתנו, אילו אכן נכללו ההכנסות מ"החודש החסר", הגידול לנפש מתוקנת ב"הכנסות לפי חוק" היה מגיע ל-8% (ולא ל-5%, כפי שמצוין לעיל), סך ההכנסות לנפש מתוקנת היה עומד בעינו (ולא יורד ב-2.5%, כמצוין לעיל) וסך ההכנסות לנפש מתוקנת ללא הסובסידיות היה 7.4% (ולא 4.5% כפי שמצוין למעלה). גם נתונין של קופות החולים, כפי שהובאו לעיל היו משתנים בהתאם.

9. דיון ומסקנות

כאמור, הציבה שנת 1995 מספר אתגרים לא קלים בפני משק הקופות, ובהם:

- הרחבת מעגל המבוטחים, שבעקבותיה נוצר הצורך בחלוקת העוגה בין יותר נפשות.
- עלייה דרמטית במחיר יום האשפוז - הרבה מעבר לעלייה במדד המחירים לצרכן.
- עליית השכר במגזר שירותי הבריאות מעבר למדד וגם יותר מאשר במשק בכללותו.
- קיצוץ גדול בסובסידיה הממשלתית.
- גביית מסי בריאות מהציבור (והעברתם לקופות) עבור 11 חודשים בלבד, בידי הביטוח הלאומי.

כיצד הצליחה המערכת להתמודד עם אתגרים אלו?

העלייה הגדולה בהכנסות לפי חוק וכן העלייה בתשלומי ההשתתפות העצמית קיזזו את השפעת הירידה בסובסידיה על סך ההכנסות. אך למרות זאת ירדו ההכנסות לנפש, וכדי להתמודד עם זאת, על המערכת היה לקצץ בהוצאה לנפש. הדבר בא לידי ביטוי די חריף בקופות הקטנות, אך לעומת זאת בקופת חולים הכללית הייתה יציבות בהוצאות לנפש מתוקננת. מלבד זאת, יש לזכור שכ-175 מיליון ש"ח סובסידיה ממשלתית לקופת חולים מכבי עבור הוצאות 1995 הגיעו לקופה רק בראשית 1997, ועד למועד זה לא הייתה ודאות בקופה שהסובסידיה אכן בכלל תמומש.

נשאלת השאלה איך הצליחה המערכת לרסן הוצאות, ובמיוחד בתקופה שבה חלו עליות במחיר יום האשפוז והשכר. לפי דיווחיהם של מנהלי הקופות, התרחשו כמה תהליכים (שייתכן שמקצתם אפיינו רק קופה אחת או שתיים):

1. ביטול מנגנוני הגבייה עקב העברת תפקיד הגבייה לביטוח הלאומי הקטין את הוצאות הקופות. שינוי זה היה כנראה משמעותי במיוחד בקופת חולים הכללית²⁹, משום שהגבייה בקופה זה הייתה פחות ממוחשבת ואוטומטית.

2. כמה מהקופות קיצצו בשכרם של מגזרים שונים של עובדי הקופה.

3. היחס בין מספר העובדים למספר המבוטחים ירד, כנראה, לפחות בקופות שהתאפיינו בגידול מהיר במצבת המבוטחים.

4. שירותים שונים, שב-1994 (בחלק מהקופות) ניתנו במסגרת הביטוח הבסיסי, לא נכללו בסל השירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והועברו לביטוח המשלים (אך מצד אחר, בחלק מהקופות הביא החוק גם לכך ששירותים מסוימים עברו מהביטוח המשלים לביטוח הבסיסי, ולא ברור לאיזו משתי התופעות הללו הייתה משמעות כספית גדולה יותר).

5. מתן ההנחה של 4% לקופות הקטנות במחיר יום האשפוז סייע להן לבלום במידה מסוימת את הגידול בהוצאות האשפוז.

6. קביעת תקרות הוצאה לשירותי אשפוז תרמה, כנראה, לבלימת הוצאות אלו, כי הפחיתה את התמריץ לבתי החולים להרבות בטיפולים. וזאת, למרות העובדה שמאידך גיסא התקרות מתמרצות את הקופות דווקא להעביר טיפולים מסוימים מהקהילה לבתי החולים.

29 מסי החבר נגבו על ידי ההסתדרות ולא על ידי קופת חולים הכללית, אך קופת חולים הכללית השתתפה בהוצאות הגבייה.

7. בכמה קופות ננקטו צעדים שונים לריסון שיעור האשפוזים והשימוש במרפאות חוץ של בתי חולים (בעיקר באמצעות פיתוח שירותים חלופיים בקהילה) ולריסון משך שהייה בבתי החולים.

8. חלק מהקופות דיווחו שדרשו מספקים שונים (בעיקר בסקטור התרופות) להוריד מחירים.

9. היו קופות שהגבילו את הרופאים ברישום תרופות והפעילו שיטות לבקרת מרשמים.

10. ייתכן ששיעורי השימוש בשירותים של המבוטחים החדשים נמוכים מהממוצע (אפילו בתוך כל קבוצת גיל), שכן יש בקרבם ריכוז גבוה של ערבים – המתאפיינים בשיעורי שימוש נמוכים במערכת הבריאות גם כשהם מבוטחים.

ייתכן שהמאמצים המוזכרים בסעיפים 1-4 מסבירים, לפחות חלקית, את הירידה של יותר מ-10% בהוצאה לנפש מתוקנת על שירותים בקהילה ועל "אחר". כמו כן ייתכן שהמאמצים המוזכרים בסעיפים 5-7 תרמו לכך שההוצאה לנפש מתוקנת עבור שירותי בתי חולים עלתה בכ-4% "בלבד", למרות עלייה ראלית של 10% במחיר יום האשפוז. בסעיפים 8 ו-9 ייתכן שיש הסבר חלקי לעובדה שההוצאות לנפש מתוקנת על תרופות ירדו בצורה משמעותית בקופת חולים מכבי ומאוחדת.

בעתיד יהיה על משק הקופות להמשיך להתמודד עם לחצים פיננסיים, וחשוב לתת את הדעת מראש על דרכי התמודדות אפשריות. ייתכן שמקצת שיטות ההתמודדות שאפיינו את 1995, כגון לחץ על ספקים, היו בגדר צעדים חד-פעמיים ואי אפשר לחזור עליהם מדי שנה. אולם מצד אחר ייתכן שהקופות יכולות לרסן הוצאות באמצעות שימוש נכון יותר בשירותים שונים ובאמצעות הקטנת שיעורי השימוש הלא חיוני.

מה שברור לכול, שכיום לקופות השפעה מועטה בלבד על חלק מהגורמים העשויים לקבוע את פני משק הקופות בעתיד. בין גורמים אלו אפשר למנות את מחיר יום האשפוז, מספר המיטות במערכת האשפוז ושינויים ברמות השכר בסקטור הבריאות. יש למצוא את הדרכים לאפשר להנהלות השונות להשמיע את דעתן בנושאים מכריעים אלו.

ממצאים עיקריים ממחקר זה הוצגו בפני פורומים שונים במערכת הבריאות, החל בשנת 1996. בכך היה להם תפקיד חשוב בסיוע לבכירים בקופות החולים ובממשלה - בהבנת התמורות שהתחוללו במשק קופות החולים ובהתוויית מדיניות הולמת. גם במהלך 1997 ו-1998 שקד צוות הפרויקט על ניתוח מידע חדש על הכנסותיהן ועל הוצאותיהן של קופות החולים, בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ועל הפצתו לכל הגורמים הנוגעים בדבר.

ביבליוגרפיה

בנטור, נ'; ברג, א'; גרוס, ר'; ברודסקי, ג'. 1997. מערכת הבריאות בעיני הקשישים בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ-97-280.

ברג, א'; גרוס, ר'; רוזן, ב'; חניניץ, ד'. 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ-97-284.

ברג, א'; רוזן, ב'; גרוס, ר'; חניניץ, ד'. 1996. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: לקט ממצאים ראשוניים. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, תמ-96-12.

גרוס, ר'; ברמלי, ש'. 1996. סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ-96-272.

יובל, ד'; ברג, א'. 1997. השהות בבית חולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ-97-278.

פרפל, מ'; רוזן, ב'. 1997. הבדלים בין יהודים לערבים בשירותי בריאות לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: תמצית מחקר. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, תמ-97-14.

רוזן, ב'; נבו, י'. 1996. הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות החולים: ניתוח השוואתי: תמצית מחקר. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, תמ-96-13.

Farfel, M.; Rosen, B.; Berg, A.; Gross, R. 1997. Arab's and Jew's Perceptions and Use of the Health Systems Following Implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population. JDC-Brookdale Institute, Jerusalem, RR-274-97.

Rosen, B.; Nevo, Y. 1996. Sick Fund Revenues, Expenditures and Utilization Patterns: A Comparative Analysis. JDC-Brookdale Institute, Jerusalem, RR-273-96

נספח א: לוחות

לוח א1: הכנסות לנפש מתוקננת, לפי קופה ולפי סעיפי הכנסה (במחירי 12.95)

קופות החולים				משק הקופות	
מאוחדת	מכבי	לאומית	הכללית		
א. 1994					
2,445	2,623	2,420	2,360	2,409	סך ההכנסות
2,251	2,383	1,979	1,857	1,970	הכנסות לפי חוק
101	170	78	101	109	השתתפות עצמית
92	70	85	81	81	הכנסות אחרות
2,445	2,623	2,142	2,039	2,159	הכנסות ללא סובסידיות
0	0	278	321	250	סובסידיה
ב. 1995					
2,406	2,477	2,403	2,307	2,349	סך ההכנסות
2,093	2,038	2,118	2,057	2,062	הכנסות לפי חוק
114	166	82	113	119	השתתפות עצמית
43	83	67	79	76	הכנסות אחרות
2,250	2,287	2,267	2,249	2,257	הכנסות ללא סובסידיות
156	189	136	57	92	סובסידיה

לוח א2: הכנסות קופת חולים הכללית: 1994 לעומת 1995 (במחירי 12.95)

שער	1995	1994	סעיף ההכנסה
שינוי אבסולוטי אחוז השינוי			
3.6	133,080	3,881,332	מספר הנפשות המתוקננות
א. סך ההכנסות (באלפי שקלים)			
1.2	107,095	8,952,773	סה"כ
14.7	1,024,136	7,983,700	הכנסות לפי חוק
16.6	62,469	439,834	השתתפות עצמית
0.7	1,996	306,735	הכנסות אחרות
14.2	1,088,601	8,730,269	סה"כ ללא סובסידיות
-81.5	-981,506	222,504	סובסידיה
ב. לנפש מתוקנת			
-2.3	-53	2,307	סה"כ
10.8	200	2,057	הכנסות לפי חוק
12.6	13	113	השתתפות עצמית
-2.8	-2	79	הכנסות אחרות
10.3	211	2,249	סה"כ ללא סובסידיות
-82.2	-264	57	סובסידיה

לוח א3: הכנסות קופת חולים מאוחדת: 1994 לעומת 1995 (במחירי 12.95)

שינוי אבסולוטי אחוז השינוי		1995	1994	
18.8	65,302	413,297	347,995	מספר הנפשות המתוקננות
א. סך ההכנסות (באלפי שקלים)				
16.9	143,539	994,235	850,696	סה"כ
10.4	81,609	864,952	783,343	הכנסות לפי חוק
34.0	11,960	47,165	35,205	השתתפות עצמית
-44.9	-14,430	17,718	32,148	הכנסות אחרות
9.3	79,139	929,835	850,696	סה"כ ללא סובסידיות
	64,400	64,400	0	סובסידיה
ב. הכנסות לנפש מתוקננת				
-1.6	-39	2,406	2,445	סה"כ
-7.0	-158	2,093	2,251	הכנסות לפי חוק
12.8	13	114	101	השתתפות עצמית
-53.6	-50	43	92	הכנסות אחרות
-8.0	-195	2,250	2,445	סה"כ ללא סובסידיות
	156	156	0	סובסידיה

לוח א4: הכנסות קופת חולים לאומית: 1994 לעומת 1995 (במחירי 12.95)

שינוי אבסולוטי אחוז השינוי		1995	1994	
13.6	57,285	477,230	419,945	מספר הנפשות המתוקננות
א. סך ההכנסות (באלפי שקלים)				
12.8	130,534	1,146,697	1,016,163	סה"כ
21.7	179,907	1,010,777	830,870	הכנסות לפי חוק
18.4	6,051	38,899	32,848	השתתפות עצמית
-10.3	-3,676	32,021	35,697	הכנסות אחרות
20.3	182,282	1,081,697	899,415	סה"כ ללא סובסידיות
-44.3	-51,748	65,000	116,748	סובסידיה
ב. הכנסות לנפש מתוקננת				
-0.7	-17	2,403	2,420	סה"כ
7.1	139	2,118	1,979	הכנסות לפי חוק
4.2	3	82	78	השתתפות עצמית
-21.1	-18	67	85	הכנסות אחרות
5.8	125	2,267	2,142	סה"כ ללא סובסידיות
-51.0	-142	136	278	סובסידיה

לוח א5: הכנסות קופת חולים מכבי: 1994 לעומת 1995 (במחירי 12.95)

שינוי אבסולוטי אחוז השינוי		1995	1994	
19.0	147,745	924,605	776,860	מספר הנפשות המתוקננות
א. סך ההכנסות (באלפי שקלים)				
12.4	252,249	2,289,822	2,037,573	סה"כ
1.8	32,719	1,884,183	1,851,464	הכנסות לפי חוק
16.5	21,743	153,579	131,836	השתתפות עצמית
42.0	22,787	77,060	54,273	הכנסות אחרות
3.8	77,249	2,114,822	2,037,573	סה"כ ללא סובסידיות
	175,000	175,000	0	סובסידיה
ב. הכנסות לנפש מתוקננת				
-5.6	-146	2,477	2,623	סה"כ
-14.5	-345	2,038	2,383	הכנסות לפי חוק
-2.1	-4	166	170	השתתפות עצמית
19.3	13	83	70	הכנסות אחרות
-12.8	-336	2,287	2,623	סה"כ ללא סובסידיות
	189	189	0	סובסידיה

לוח א6: התפלגות ההוצאות של קופת חולים מאוחדת: 1994 לעומת 1995 (באחוזים)

	1994	1995
סה"כ הוצאות תפעוליות	100.0	100.0
שירותים בקהילה	41.6	41.5
שירותי בתי חולים	32.5	35.3
חומרים-תרופות	21.2	18.5
הוצאות אחרות	4.7	4.6

לוח א7: התפלגות ההוצאות של קופת חולים מכבי: 1994 לעומת 1995 (באחוזים)

	1994	1995
סה"כ הוצאות תפעוליות	100.0	100.0
שירותים בקהילה	43.3	41.4
שירותי בתי חולים	31.3	33.9
חומרים-תרופות	17.3	16.7
הוצאות אחרות	8.1	7.9

לוח א8: התפלגות ההוצאות בקופת חולים לאומית: 1994 לעומת 1995 (באחוזים)

	1994	1995
סה"כ הוצאות תפעוליות	100.0	100.0
שירותים בקהילה	34.9	31.0
שירותי בתי חולים	41.6	44.3
חומרים-תרופות	16.5	17.4
הוצאות אחרות	7.0	7.3

לוח א9: התפלגות הוצאות של קופת חולים הכללית: 1994 לעומת 1995 (באחוזים)

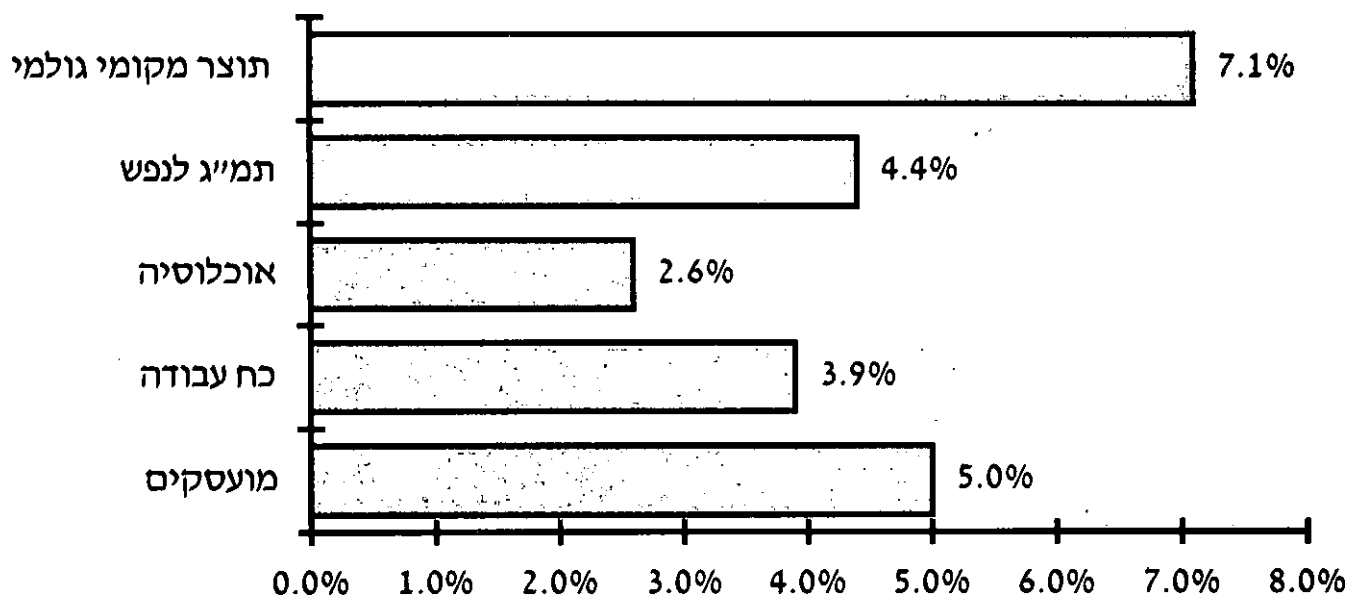
סעיפי הוצאה	1994	1995
סה"כ הוצאות תפעוליות	100.0	100.0
שירותים בקהילה	26.1	22.9
שירותי בתי חולים	54.7	58.2
חומרים-תרופות	12.6	13.4
הוצאות אחרות	6.6	5.5

לוח א10: התפלגות ההוצאות, לפי קופה - 1994 לעומת 1995 (באלפי שקלים, במחירי 12.95)

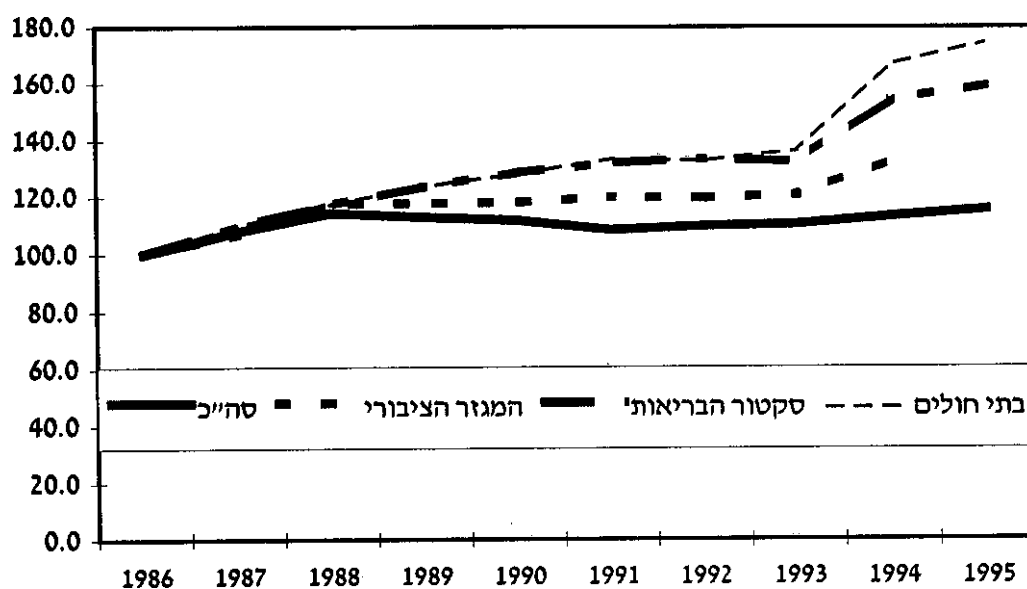
הוצאות				
קופת החולים	1994	1995	הפרש	אחוז שינוי
סה"כ הוצאות	12,677,780	13,363,683	685,903	5.4
הכללית	8,603,204	8,919,509	316,305	3.7
לאומית	1,097,336	1,181,557	42,821	7.7
מכבי	2,089,268	2,266,403	117,135	8.5
מאוחדת	887,972	996,214	108,242	12.2

נספח ב': תרשימים

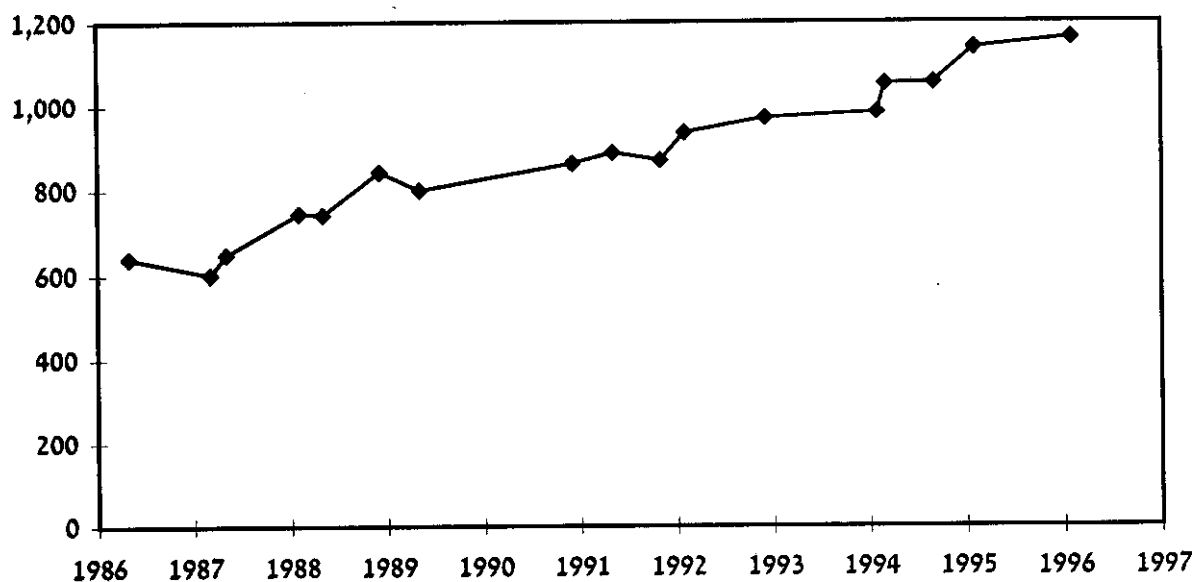
תרשים ב1: תמורות מקרו כלכליות: 1995 לעומת 1994



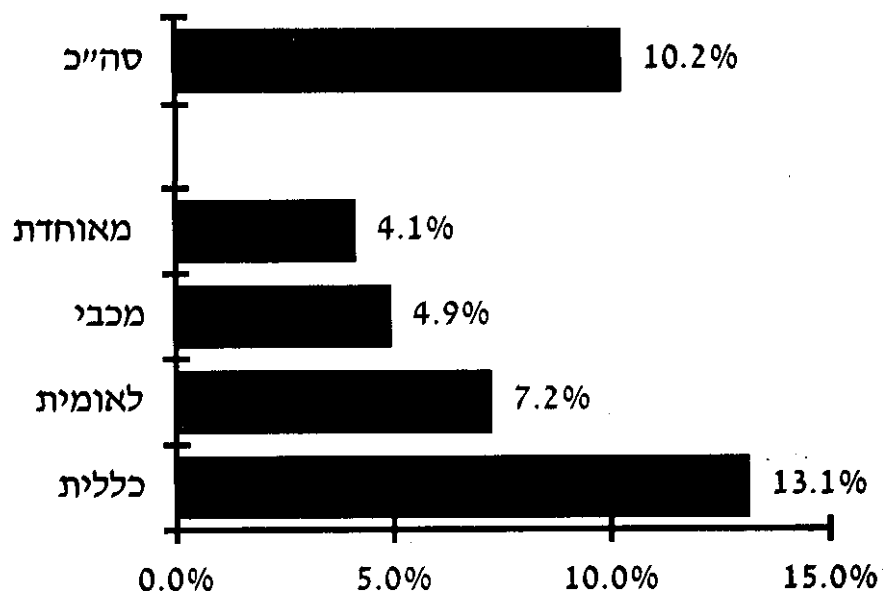
תרשים ב2: תמורות בשכר למשרת שכיר



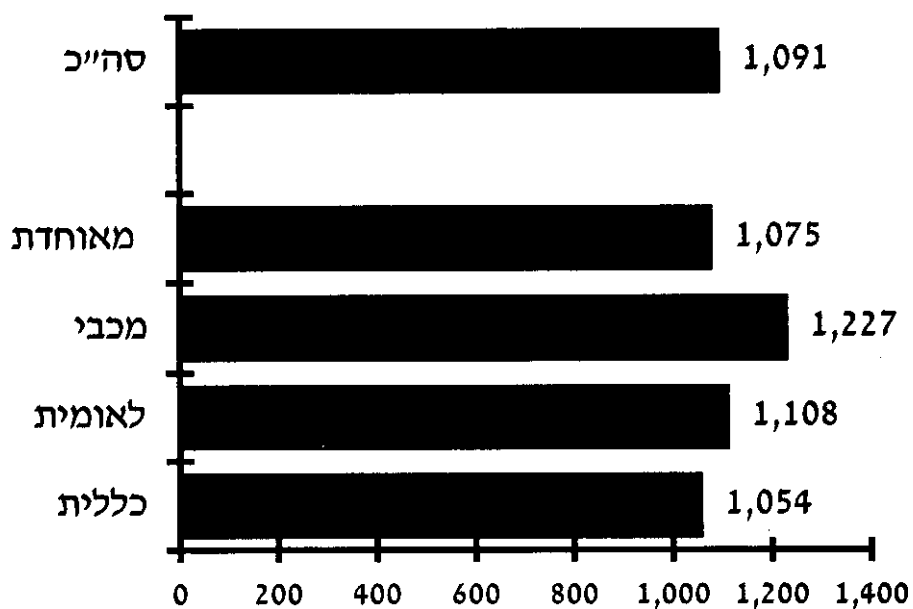
תרשים ב3: תמורות בעשור האחרון במחיר הראלי של יום אשפוז (במחירי 1.96)



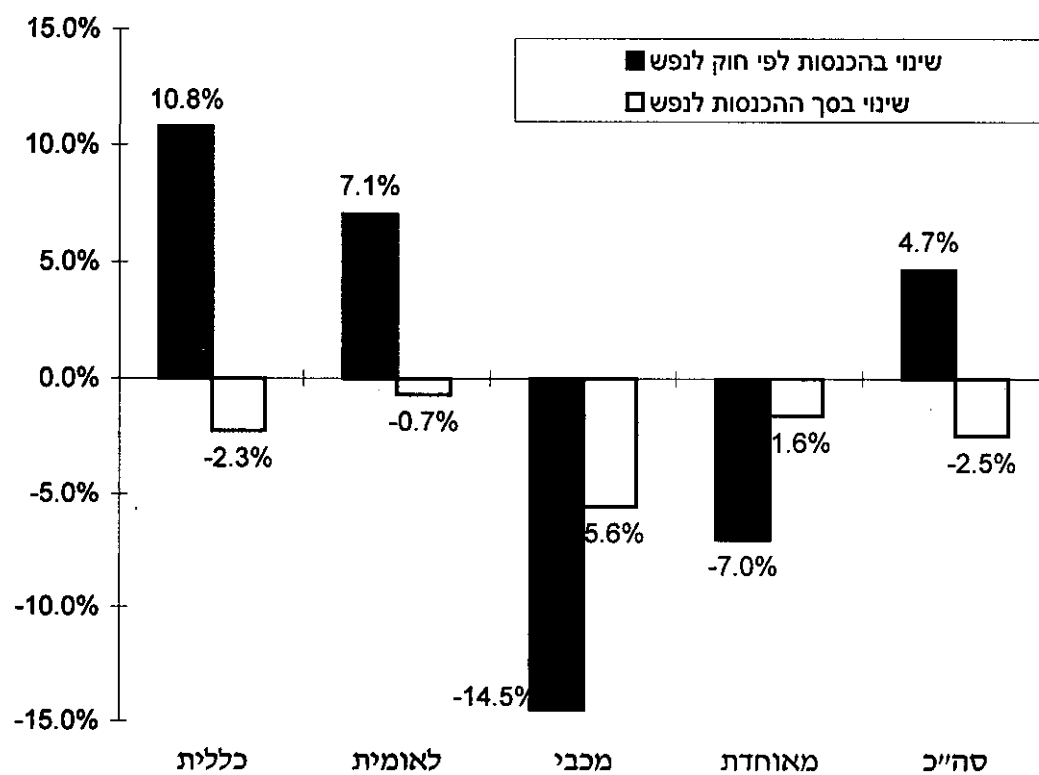
תרשים 42: שיעור הקשישים לפי קופה, דצמבר 1994



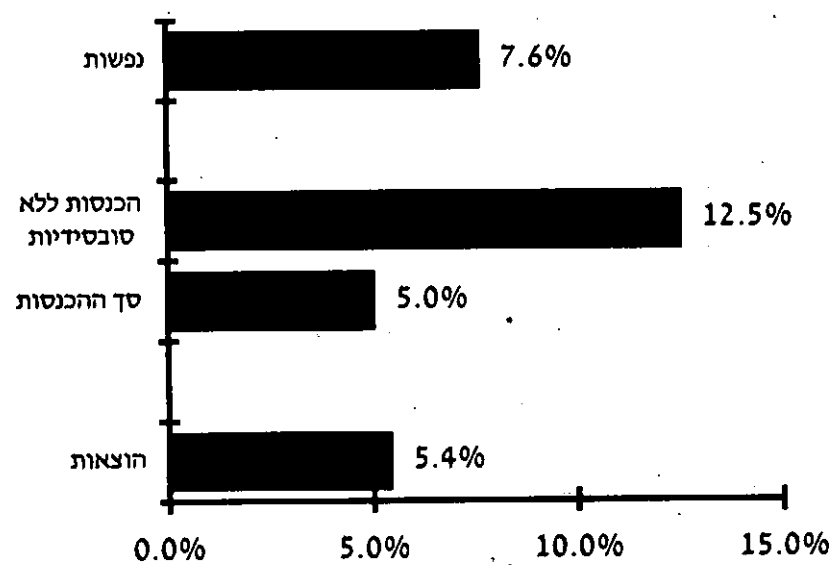
תרשים 52: הכנסה ממוצעת ממיסי חבר לנפש (בשקלים), לפי קופה - 1994



תרשים ב6: שיעורי שינוי בסך ההכנסות ובהכנסות לפי חוק (לנפש מתוקנת), לפי קופה



תרשים ב7: סיכום - תמורות עיקריות במשק הקופות (1995 לעומת 1994)



Appendix A: Tables

Table A1:	Adjusted Income per Person, by Sick Fund and Income Category	32
Table A2:	Kupat Holim Clalit Income - 1995 Compared to 1994	33
Table A3:	Leumit Sick Fund Income - 1995 Compared to 1994	34
Table A4:	Maccabi Sick Fund Income - 1995 Compared to 1994	35
Table A5:	Meuhedet Sick Fund Income - 1995 Compared to 1994	36
Table A6:	Distribution of Meuhedet Sick Fund Expenditures	37
Table A7:	Distribution of Maccabi Sick Fund Expenditures	37
Table A8:	Distribution of Leumit Sick Fund Expenditures	37
Table A9:	Distribution of Clalit Expenditures	38
Table A10:	Changes in Expenditures between 1994 and 1995, by Sick Fund	38

Appendix B: Figures

Figure B1:	Macro-economic Changes - 1995 Compared to 1994	39
Figure B2:	Changes in Average Salary per Position	40
Figure B3:	Changes in the Real per Diem Hospitalization Cost during the Past Decade	40
Figure B4:	Percentage of Elderly, by Sick Fund; December, 1994	41
Figure B5:	Average Income from Member Fees, by sick fund; 1994	41
Figure B6:	Rates of Change in Total Income and in Income by NHI Law, by Sick Fund	42
Figure B7:	Summary: Principle Changes in Sick Fund Economy	43

List of Tables

Table 1:	Number of Insured, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	6
Table 2:	Sick Fund Incomes - 1994 Compared to 1995	8
Table 3:	Total Income, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	9
Table 4:	Revenues per the NHI Law, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	10
Table 5:	Average Income of Salaried Members, by Sick Fund, 1993	10
Table 6:	Sick Fund Incomes from Health Tax and Member Fees, Including Government Payments for Wage Supplement Recipients	11
Table 7:	Incomes from Co-payments, by Sick Fund	12
Table 8:	"Other" Incomes, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	13
Table 9:	Subsidized Incomes, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	14
Table 10:	Total Sick Fund Expenditures, by Expenditure Category - 1994 Compared to 1995	16
Table 11:	Distribution of Expenditure Components - All Sick Funds	16
Table 12:	Total Sick Fund Expenditures per Person and Adjusted per Person, by Expenditure Category	18
Table 13:	Expenditures and Number of Members, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	18
Table 14:	Expenditures per Person and Adjusted per Person, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	19
Table 15:	Community Service Expenditures, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	20
Table 16:	Hospital Service Expenditures, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	23
Table 17:	Pharmaceutical Expenditures, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	23
Table 18:	"Other" Expenditures, by Sick Fund - 1994 Compared to 1995	24
Table 19:	Rates of Change for Various Income and Expenditure Components - 1994 Compared to 1995	28

Table of Contents

1.	Introduction	1
2.	Background	1
3.	Goals of the Study	3
4.	Study Methods	4
5.	Change in the Number of Insured	5
6.	Change in Income	6
7.	Change in Expenditures	15
8.	Income and Expenditures - Summary	27
9.	Discussion and Conclusions	28
	Bibliography	31
	Appendices	32

Acknowledgments

We wish to thank the sick fund health care professionals who aided us in analyzing the sick funds' financial reports. The principle contact persons were: Shimon Ziv and Noaz Bar-Nir (Kupat Holim Clalit), Yehuda Eliash (Kupat Holim Meuhedet), Frances Wood (Kupat Holim Maccabi), and Orly Ori (Kupat Holim Leumit).

Our thanks also go to the members of the study's steering committee: Gabi Bin-Nun (Ministry of Health), Effi Arbel (Ministry of Finance), Shlomo Cohen and Brenda Morginstin (National Insurance Institute), Michael Rosenbluth (Clalit), Frances Wood (Maccabi), David Somekh (Meuhedet), and Uzi Bitan (Leumit).

We also wish to thank Jack Habib, Ayelet Berg and Revital Gross (JDC-Brookdale Institute), Zohar Yinon (Ministry of Finance), Tuvia Horev (Meuhedet), and Gabi Bin-Nun (Ministry of Health) for their helpful comments.

Thanks also to the Koret Foundation for providing us with the opportunity to present our initial findings at a December, 1996, national conference on Israeli health care reform.

Finally, we wish to thank Anat Berberian for editing the report, and Elana Shizgal for typing it.

information on the evolution of sick fund revenues and expenses in the wake of the National Health Insurance Law.

“Other” expenditures tend to account for approximately 6-7% of total sick fund spending. Per capita spending on this item for the sector as a whole dropped by 12% between 1994 and 1995, with declines of over 10% at both Clalit and Maccabi, and a decline of approximately 1% at Leumit.

The paper also explores differences among the sick funds in age-adjusted per capita spending for both total expenditures and each of the major expenditure categories. In 1994, total age-adjusted per capita spending was highest at Maccabi (NIS 2,689) and lowest at Clalit (NIS 2,295). By 1995, the range had narrowed considerably due to the significant declines in the three smaller sick funds; but the lowest spending level was still at Clalit (NIS 2,298), while the highest was at Leumit (NIS 2,476).

Significantly larger gaps remained for specific categories of expenditures. For example, in the case of community-based services, per capita spending levels at Maccabi and Meuhedet were almost double those at Clalit, while in the case of hospital-based services, Clalit’s spending level was more than 60% higher than Maccabi’s and Meuhedet’s. In the case of pharmaceutical services, Clalit’s level was approximately three-quarters of that prevailing at the three other sick funds.

Summary

The sick fund system in Israel faced several challenges in 1995, including a substantial increase in the number of insured, a decline in government subsidies, and a major increase in the hospital per diem rate. The system was able to absorb these setbacks via an increase in “NHI-related revenues,” an increase in co-payment revenues and a decrease in per capita expenditures. The most significant decreases in per capita expenditures were in administration and community-based services. Sick fund managers identified several factors as being likely to have contributed to this decrease: savings incurred by transferring responsibility for premium collection from the sick funds to the National Insurance Institute; decreases in staff/member ratios; and salary reductions for certain sectors at some of the sick funds. While hospital expenditures increased on a per capita basis, they increased at less than the per diem rate, apparently due in part to the expenditure cap and in part to sick fund efforts to reduce unnecessary hospital utilization.

Overall, the study suggests that the introduction of NHI (in particular the resulting changes in health care premium collection methods and the introduction of the capitation formula) had a significant effect. Other changes not under the control of sick fund managers (in particular the major increase in the hospital per diem rate and the dramatic decline in government discretionary subsidies to Clalit) also had a significant effect on sick fund finances. At the same time, it is clear that sick fund revenues and expenditures were also influenced by decisions and actions taken by the sick funds themselves (e.g., efforts to expand membership and measures to enhance efficiency).

Key findings from this study were presented in various high-level forums starting in 1996. As such, they have played an important role in helping senior professionals in the sick funds and the government ministries understand the changes in sick fund finances and develop appropriate policy responses. In 1997 and 1998, the project team continued to analyze and disseminate new

However, the level of discretionary subsidy fell at Clalit by NIS 1.2 billion, thereby offsetting its gains from the introduction of the capitation formula. Total sick fund revenues at Clalit dropped by 2% in per capita terms.

The introduction of discretionary government subsidies for Maccabi and Meuhedet in 1995 offset their losses, at least in part, from the introduction of the capitation formula. Total 1995 sick fund revenues at Maccabi declined by 6% in per capita terms; they declined by 2% at Meuhedet, and by 1% at Leumit.

Note that the revenue figures presented in this section do not include 1995 revenue for "the missing month," which was the subject of a dispute between the government and the sick funds. We estimate that if revenues for the missing month are included, then the increase in per capita NHI-related revenue was 8% (and not the 5% figure noted above), total per capita revenue was unchanged (and not down by the 2.5% figure noted above), and total per capita revenue, not including subsidies, was 7.4% (and not the 4.5% figure noted above). The sick fund-specific data cited above would also have to be modified accordingly.

Changes in Sick Fund Expenditures

Total 1995 sick fund expenditures increased by 5.4% in real terms, to NIS 13.4 billion from NIS 12.7 billion in 1994. As age-adjusted sick fund membership increased by 7.6%, per capita spending declined by 2.1%, from NIS 2,395 to NIS 2,346. Three of the four sick funds experienced per capita declines in expenditure, with the sharpest decline at Maccabi (9%). Per capita expenditures at Clalit were virtually unchanged.

Expenditures were grouped into four categories: hospital services, community-based services, pharmaceuticals and "other" (primarily administrative costs).

Hospital services tend to account for approximately 50% of total sick fund expenditures. Per capita spending on hospital services (for the sick fund sector as a whole) increased in 1995 by 4%, to NIS 1,200 from NIS 1,153 in 1994. The rate of increase was greatest at Clalit (7%), and lowest at Maccabi (1%).

The next biggest category of sick fund expenditure, community-based services, tends to account for roughly 30% of total spending. Per capita spending on this item (for the sick fund sector as a whole) dropped dramatically in 1995, to NIS 660 from NIS 738 in 1994, a decline of 11%. The rate of decline was sharpest at Leumit (16%), while even at Meuhedet, where the decline was least pronounced, per capita spending on community-based services dropped by 6%.

Pharmaceutical expenditures tend to account for almost 15% of total sick fund expenditures. Per capita spending on this item for the sick fund sector as a whole remained stable between 1994 and 1995, at approximately NIS 345. Major declines in per capita spending at Maccabi and Meuhedet (12% and 18%, respectively) were offset by a 7% increase at Clalit.

6. The official hospital per diem rate was increased by 10% in real terms (i.e., over and above the increase in the Consumer Price Index). At the same time, the 4% volume discount on hospitalization, which in 1994 had been the sole province of Kupat Holim Clalit, was extended to the three other sick funds. Thus, while the per diem rate was increased by 10% in real terms for Clalit, it rose by 6% for the other sick funds.
7. A revenue cap was established for government hospitals. According to the cap, no sick fund would be required to pay a government hospital more than the sum of its 1994 payment level, plus a price adjustment (10% for Clalit; 6% for the others) and a maximum volume adjustment (2%).

Methodology

The findings presented here are based on data from the 1995 audited financial statements of the four sick funds. All figures are in December, 1995, shekels, using the Consumer Price Index as the deflator. A series of adjustments was made to the raw data to ensure comparability between 1994 and 1995 (e.g., revenues and expenditures related to maternity hospitalizations were excluded) and among sick funds. To the extent possible, revenues and expenditures related to activities outside the NHI-mandated basket of services were excluded from the analysis. After the financial data were analyzed, interviews were carried out with senior sick fund managers regarding the factors which they believed to have influenced changes in revenues and expenditures.

Changes in Sick Fund Revenues

Total 1995 sick fund revenues increased by 5.0%, to NIS 13.4 billion from NIS 12.7 billion in 1994. As the total number of age-adjusted members grew by 7.6%, per capita revenues declined by 2.5% (from NIS 2,409 to NIS 2,349). However, it is important to note that there was a major decline in discretionary government subsidies to the sick funds, from NIS 250 per capita to NIS 92 per capita. Thus, if attention is restricted to total revenue aside from discretionary subsidies, there was a per capita increase of 4.5% (from NIS 2,159 to NIS 2,257).

The single largest component of sick fund revenues comes from the NII via the capitation formula and is termed "revenues per the NHI law"; in 1995, this component also rose by 5% in per capita terms. Revenues from co-payments rose by 9% per capita, and "other" revenues declined by 6% per capita.

The changes in sick fund revenues were not uniform for all sick funds. "Revenues per the NHI law" increased, in per capita terms, by 11% at Clalit and 7% at Leumit, while declining by 15% at Maccabi and 7% at Meuhedet. These changes were apparently due in large measure to the introduction of the capitation formula, which, in comparison with the previous setup, favors sick funds having concentrations of elderly and low-income members (primarily Clalit and, to a lesser extent, Leumit).

Abstract

In Israel, residents receive their health care services by way of a system of four competing sick funds. The largest sick fund, Kupat Holim Clalit, has a 60% market share and a relatively high concentration of older and low-income members. The second largest sick fund is Kupat Holim Maccabi, with a 20% market share; Kupat Holim Meuhedet and Kupat Holim Leumit each have approximately a 10% market share.

Israel's new National Health Insurance (NHI) Law went into effect on January 1, 1995. The law introduced many changes into the Israeli health care system, including the way in which the system is financed and the way that resources are divided among the sick funds. This report examines how sick fund revenues and expenditures changed between 1994, the year preceding NHI, and 1995.

Of course, not all the differences in sick fund finances between 1994 and 1995 are attributable to the introduction of NHI; during this same period several other relevant changes took place – some specific to the health system and some of a broader social or economic nature. Indeed, one of the key questions addressed in the paper is the extent to which the observed changes in revenues and expenditures can be attributed to NHI.

Key Changes in the Sick Fund Environment

Nineteen-ninety-five was a good year for the Israeli economy, with employment levels increasing by 5%, and per capita GNP increasing by 4.5%.

The year was also characterized by several major changes in the health care system:

1. NHI established universal insurance coverage, thereby expanding the insured population by approximately 4.5%. Natural increase and immigration contributed an additional 2.5% to sick fund membership, for a total growth of 7%.
2. NHI transferred responsibility for the collection of membership premiums from the sick funds to the National Insurance Institute (NII), effectively reconstituting the premiums as a health tax.
3. NHI determined that if the funds collected by the NII fell below "the cost of the basket of services," as determined by the ministers of Health and Finance, the difference would be made up from general revenues.
4. NHI determined that the monies collected by the NII would be distributed among the sick funds in accord with a capitation formula which takes into account the number of members in each sick fund and their age-mix.
5. Responsibility for paying hospitals for maternity admissions was transferred from NII to the sick funds (only to be transferred back to NII in 1997).



Related JDC-Brookdale Institute Publications

Berg, A.; Gross, R.; Rosen, B.; Chinitz, D. 1997. *Public Perception of the Health System Following Implementation of the National Health Insurance Law: Principal Findings from a Survey of the General Population*. RR-284-97 (Hebrew)

Farfel, M.; Rosen, B.; Berg, A.; Gross, R. *Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health System Following Implementation of the National Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population*. RR-274-97

Gross, R.; Brammli, S. 1996. *Supplemental and Commercial Health Insurance in Israel - 1996*. RR-272-96 (Hebrew)

Rosen, B.; Nevo, Y. 1996. *Sick Fund Revenues, Expenditures and Utilization Patterns: A Comparative Analysis*. ES-13-96.

Yuval, D.; Berg, A. 1997. *Hospitalization from the Patient's Perspective: Initial Findings from a 1995 Patient Survey with Comparisons to 1993*. RR-278-97 (Hebrew)

To order these publications, please contact the JDC-Brookdale Institute, tel: (02)655-7400.

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130 Israel
Tel: (02) 655-7400
Fax: (02) 561-2391

Changes in the Sick Fund Economy:

Sick Fund Revenues and Expenditures Before and After the Introduction of National Health Insurance

Bruce Rosen
JDC-Brookdale Institute

Michal Ivancovsky
JDC-Brookdale Institute

Ya'akov Nevo
Ministry of Health

This report was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research
of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute

May 1998

Jerusalem



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ♦ **Aging**
- ♦ **Health Policy**
- ♦ **Immigrant Absorption**
- ♦ **Disability**
- ♦ **Center for Children and Youth**

BR-RR-317-98

JDC-BROOKDALE INSTITUTE



Changes in the Sick Fund Economy: Sick Fund Revenues and Expenditures Before and After the Introduction of National Health Insurance

Bruce Rosen
JDC-Brookdale Institute

◆ Michal Ivancovsky ◆
JDC-Brookdale Institute

◆ Ya'akov Nevo
Ministry of Health

This report was prepared in the framework of
the Cooperative Program in Health Policy Research of
the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute

RESEARCH REPORT