



JDC-BROOKDALE INSTITUTE

OF GERONTOLOGY AND HUMAN DEVELOPMENT

Executive Summary

Sick Fund Revenues, Expenditures and Utilization Patterns: A Comparative Analysis

Bruce Rosen

The JDC-Brookdale Institute

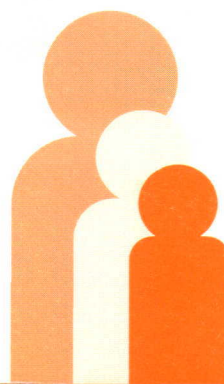


Yaakov Nevo

The Ministry of Health

This Project was carried out within the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute.

ES-13-96





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**

Sick Fund Revenues, Expenditures and Utilization Patterns: A Comparative Analysis

Executive Summary

Bruce Rosen Yaakov Nevo

JDC-Brookdale Institute Ministry of Health

This Project was carried out within the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute.

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

ISSN 0334-9098

Acknowledgments

Many thanks to the managers in Israeli sick funds who helped us understand the sick funds' financial statements. Our principal contacts were Tal Avidan (KHC); David Somech (Meuhedet); Francis Wood and Yitzchak Ganor (Maccabi); and Menachem Yanofsky (Leumit).

The authors wish to thank Penina Zadka of the Central Bureau of Statistics for making publicly available the data from the *Use of Health Services Survey* and clarifying the potential uses and limitations of that data set.

The comparative analysis of the sick funds' financial statements benefited from the substantial input of Gabi Bin Nun, Haim Peltz and Haim Factor. The authors thank them for their assistance. In addition, the authors are indebted to Revital Gross, Ayelet Berg and Jack Habib (all of the JDC-Brookdale Institute), Gur Ofer (Hebrew University), Marc Cohen and Stuart Altman (Brandeis University), Jack Hadley (Georgetown University) and Charles Brecher (New York University) for their comments on previous drafts of this paper. Helpful comments were also received from additional members of the JDC-Brookdale Institute staff when the findings were presented at an in-house seminar in January 1996.

This paper was written in part while one of the authors (Bruce Rosen) was in residence at the Institute for Health, Health Policy, and Aging of Rutgers University. Many thanks to the director of that Institute, David Mechanic, for putting the resources of his Institute at our disposal.

Bruce Rosen acknowledges all those of his colleagues at the JDC-Brookdale Institute who offered counsel and guidance during the course of his work. Research assistance was provided by Miriam Greenstein. This paper was edited by Marsha Weinstein.

Table of Contents

Introduction	1
Expenditures	1
1. Expenditure Differences: The Result of Utilization Differences or Price Differences?	3
2. Utilization Differences: The Result of Demographic Differences or Organizational Differences?	6
Revenues	9
Conclusion	10

List of Tables

Table 1:	Per Capita Operating Expenditure in 1992, by Type of Expenditure (in NIS)	2
Table 2:	Comparison of Sick Fund Expenditures and Utilization Rates by Type of Service (KHC=100)	4
Table 3:	Odds Ratios from Logistic Regressions for Hospital Admissions and Physician Visits	8
Table 4:	Per Capita Sick Fund Revenues in 1992 (Not Adjusted for Age Mix)	10

Introduction

This paper examines differences in the expenditure levels of Israel's four competing sick funds, and relates them to differences in patterns of health service utilization. It also analyzes the extent to which the differences in health service utilization rates may be accounted for by differences in sick fund members' sociodemographic characteristics. The relationship between sick fund expenditures and revenues from various sources is also explored.

The comparative analysis of sick fund expenditures presented in this paper was carried out at the request of the special Knesset committee that developed Israel's new National Health Insurance Law. This analysis was based primarily on the sick funds' financial statements for 1992 -- the most current source of data on expenditures available at the time. The findings of the analysis contributed to the committee's discussion of the necessity and affordability of national health insurance, and the level at which it should be funded.

However, our understanding of differences in the sick funds' expenditures was limited due to a lack of comparative data on health service utilization at that time. Subsequent release of the Central Bureau of Statistics's 1993 *Use of Health Services Survey* (UHSS) facilitated analysis of utilization data, which are presented in this paper. Integration of data from the various sources also makes it possible to analyze the relationship between expenditures, utilization patterns and member characteristics.¹

Even before the recent introduction of national health insurance, almost all residents of Israel were insured in one of four competing sick funds. In 1992, the largest sick fund, Kupat Holim Clalit (KHC), had a 72% market share while the next largest fund, Maccabi had a 14% share. The two smallest funds, Meuhedet and Leumit, each had under 10% of the market. KHC had a disproportionately large share of the sick, the poor and the elderly among its members.

This paper will first examine the sick funds' expenditures, and then their revenues.

Expenditures

Analyses based on the sick funds' financial statements revealed that, in 1992, average per capita operating expenditures for the four sick funds were NIS 1,389² (approximately \$450 at that

1 At present, we are analyzing data from the sick funds' 1995 financial statements, and will analyze data from the 1996 UHSS when it becomes available. Comparisons of the new data with the earlier data will help us discern how the implementation of national health insurance has affected sick funds. Our conclusions will be published at a later date.

2 All data are in shekels are in 1992 figures.

time). Hospital services (including both inpatient and hospital-based outpatient services) accounted for 48% of aggregate sick fund operating expenditures (NIS 672 per capita). The sick funds spent 15% of total operating expenses on pharmaceuticals (NIS 215 per capita), and 36% on community-based services and administration (NIS 502 per capita).

There were modest differences in total per capita spending levels among the funds with Maccabi spending 13% more per person than KHC (see Table 1). More striking were the differences in spending levels for specific components of care. KHC spent more per capita than the other funds on hospital services, and significantly less on pharmaceuticals and community-based services and administration. In the case of hospital services, KHC spent approximately 40% more per capita than did Maccabi, the fund with the lowest spending level in this area. With regard to pharmaceuticals, the sick funds with the highest spending levels, Maccabi and Meuhedet, spent approximately 50% more than did KHC, while in the area of community services and administration Maccabi spent almost 90% more per capita than did KHC. Indeed, Maccabi's high level of total spending was primarily the result of its high level of spending on community-based services and administration.

Table 1: Per Capita Operating Expenditure in 1992, by Type of Expenditure (in NIS)*

	KHC	Leumit	Maccabi	Meuhedet	Total
Total	1,364 (100)	1,358 (100)	1,536 (113)	1,387 (102)	1,389 (102)
Hospital care	748 (100)	565 (76)	443 (59)	465 (62)	672 (90)
Medications	190 (100)	240 (126)	292 (154)	292 (154)	215 (113)
Community-based services/administration	426 (100)	553 (130)	800 (188)	630 (148)	502 (102)

* The figures in brackets represent the expenditure as a percentage of the expenditure of KHC.

Sources: Sick fund financial statements; National Insurance Institute Master File.

Data from the National Insurance Institute's (The Social Security System) master file on sick fund affiliation indicate that the sick funds vary significantly with regard to their age-mix, with KHC having a significantly older membership. Adjusting for differences in age increased the difference between Maccabi's and KHC's total per capita spending from 13% to 27%. After age-adjustment, Meuhedet's total spending levels were slightly lower than those of Maccabi, while Leumit's were intermediate between the two. Age-adjustment *reduces* the extent to which KHC spends more than other sick funds for hospital services, but does not eliminate the difference.

Age-adjustment *increases* the extent to which the smaller sick funds spend more than KHC for pharmaceuticals and community-based services and administration.

The findings regarding expenditure differences raised two important analytic questions:

1. To what extent were the expenditure differences for specific components of care due to differences in utilization rates across sick funds, as opposed to differences in the prices paid by the sick funds for various inputs (hospital services, pharmaceuticals, physician services, etc.)?
2. Where there were differences in utilization rates across sick funds, to what extent were they the result of differences in member characteristics, as opposed to differences in how the sick funds organized themselves to provide care?

The release of data from the Central Bureau of Statistics' 1993 *Use of Health Services Survey* (UHSS) has made it possible to begin to relate the expenditure findings to comparative data on health service utilization rates, and to relate utilization rate differences, in turn, to member characteristics such as age, sex, region, ethnicity and health status. The analysis presented in this paper makes use of the UHSS data to begin to provide answers to the two questions listed above, and highlights the additional data needed to provide more definitive answers.

1. Expenditure Differences: The Result of Utilization Differences or Price Differences?

To fully answer this question, one would need a full set of comparative data on expenditure, utilization and price for each category of service under consideration: hospital services, pharmaceuticals and community-based services. Unfortunately, no systematic comparative price data exist. This would not have been a serious limitation if the utilization data were complete; with complete utilization data, any differences in expenditure not explained by differences in utilization could be attributed to differences in prices. However, the utilization data themselves are limited. For example, we have comparative data on hospital admissions but not on length of hospital stay, and we have no data on pharmaceutical utilization.

What we can do is compare inter-sick fund expenditure differences with the available data on inter-sick fund utilization differences. While for the reasons listed above the analysis cannot definitively parcel out expenditure differences between utilization differences and price differences, it can provide useful insights into these issues.

Hospital Services

As noted above, the data on expenditure for hospital services reflect spending on both inpatient and outpatient care. While there are no published data which break down the spending between these two components, it is generally believed that inpatient services account for approximately two-thirds to four-fifths of hospital costs.

The data in Table 2 compare per capita expenditures and utilization rates across sick funds, using KHC as the base case (KHC=100). Meuhedet's hospital expenditure index was 62 (i.e., on a per-capita basis it spent 62% of what KHC did), while its utilization indices were lower -- 45 for admissions and 57 for hospital-based specialist visits. Similarly, Maccabi's hospital expenditure index was 59 (i.e., 59% of KHC's rate) while its utilization indices were 55 for admissions and 35 for hospital-based specialist visits. This suggests that both Meuhedet and Maccabi may be paying slightly more than KHC either for admissions, outpatient visits to specialists, or both.

Table 2: Comparison of Sick Fund Expenditures and Utilization Rates by Type of Service (KHC=100)

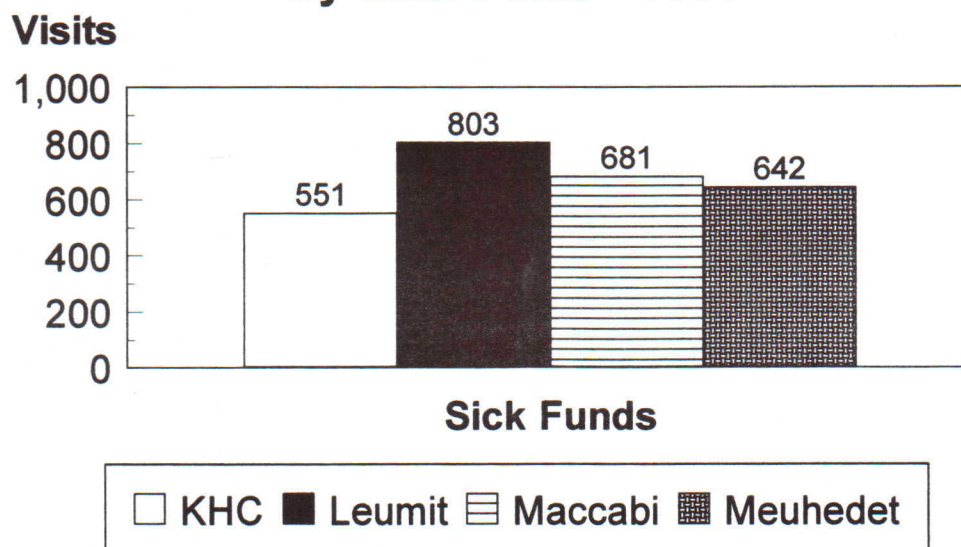
	KHC	Leumit	Maccabi	Meuhedet
Hospital Services				
Expenditures	100	76	59	62
Admissions	100	76	55	45
Specialist visits	100	80	35	57
Community Services				
Expenditures	100	130	188	148
Specialist visits	100	173	161	142
Primary care physician visits	100	120	88	79

Sources: Sick funds' financial statements; Central Bureau of Statistics' 1993 *Use of Health Services Survey*.

Community-Based Services

Community-based services were characterized by the large differences in sick fund expenditures, with the smaller sick funds spending 30%-88% more per capita than KHC. KHC's members also had a relatively low rate of visits to community-based specialists and a moderate rate of visits to primary care physicians. It appears that expenditure differences are a result of both utilization differences and differences across sick funds in input prices (e.g., physician compensation levels). For example, Leumit's very high utilization rates of primary care and specialty community-based services is not reflected in the expenditure data, suggesting that relatively low rates of pay for various inputs may be offsetting the cost of high utilization rates. Conversely, while Maccabi's members make substantial use of specialty services, they are not heavy users of primary care services, raising questions about whether Maccabi's high level of community-based expenditures can be entirely attributed to high levels of utilization. It appears more likely that relatively high rates of physician compensation are also responsible for the high level of expenditures in this category.

**Figure 1: Visits to Specialists
per 1,000 Population per Quarter,
by Sick Fund - 1993**



Source: CBS Use of Health Service Survey

Pharmaceuticals

As noted, no data are available on pharmaceutical utilization patterns by sick fund. That KHC spends less on pharmaceuticals than the other funds is believed to be due, primarily, to its ability to secure volume discounts in pharmaceutical purchasing.

The findings regarding hospital and community-based services and pharmaceuticals suggest that some of the differences in expenditures for specific service categories are due to utilization differences. However, some of the expenditure difference cannot be attributed to differences in the utilization parameters for which data are available, suggesting that price differences may be playing a role.

Summary

KHC hospitalizes more than other sick funds and also makes greater use of hospital-based specialists, but, in comparison with the other sick funds, makes much less use of community-based specialists. If we look at total use of specialists, we see that KHC's utilization rate is the lowest of all the sick funds (See Chart 1). With regard to primary care, KHC's utilization rate is higher than Maccabi's and Meuhedet's, but lower than Leumit's. Note, however, that the

analysis presented in this section did not make adjustments for differences in demographic and other member characteristics between sick funds.

2. Utilization Differences: The Result of Demographic Differences or Organizational Differences?

Multivariate analysis was used to evaluate the extent to which utilization differences across sick funds could be explained in terms of differences in member characteristics which are related to the need for services or to the tendency to use services. The analysis employed logistic regressions, with a separate set of regressions for each of four different services: hospital admissions, hospital-based specialist visits, community-based specialist visits, and primary care physician visits. In addition, the full set of regressions was run for total specialist visits, incorporating both visits in the community and outpatient visits in the hospital. In each case, the dependent variable was a dummy variable indicating whether the service in question had been used at least once during the study period. In the case of each service, three models were run. In Model I the only independent variables included were dummy variables representing the sick funds; no adjustments were made for potential confounders. Model II included the sick fund dummy variables plus a series of variables representing age. Model III included all of the above, plus variables related to place of residence, gender, health status (i.e., the presence of various chronic diseases), ethnicity and whether the person is a new immigrant.

The findings are summarized in Table 3. The figures in the tables are *odds-ratios*³ indices, standardized so that KHC=100. For low-frequency phenomena such as those considered here (e.g., hospitalization during the past six months), odds-ratios can be considered good approximations of the ratios of incidence rates across sick funds.

The "odds" of utilizing hospital services are greater for KHC than for other funds (Model I). These differences are reduced somewhat by controlling for age (Model II), and are reduced still further by the addition of dummy variables indicating the presence of specific chronic diseases and additional member characteristics (Model III). KHC's tendency to use inpatient hospital services more frequently than the other sick funds appears to be due in part to differences in the health care needs of its members, who are older than the members of the other (smaller) funds and who are more likely to be undergoing treatment for chronic diseases, even after controlling for age.

3 The "odds" for any event of interest (e.g., being hospitalized at least once during a six-month period) is the probability of an event occurring divided by the probability of it not occurring. Thus, if one out of four members of Meuhedet were hospitalized and three out of four were not hospitalized, the "odds" for Meuhedet members being hospitalized would be $(1/4)/(3/4)=1/3$. In our analysis, the *odds-ratio* for each sick fund is the "odds" of an event occurring for a member of that sick fund, divided by the "odds" of that event occurring for a member of KHC.

However, while adjusting for member characteristics narrows the differences among sick funds' inpatient hospital utilization, it does not eliminate them. For example, the odds of having been hospitalized at least once during the past six months were approximately 20% less for Maccabi's members than for KHC's members, adjusting for member characteristics. This suggests that the utilization differences may also be the result of differences in how the sick funds organize their services and manage the care of their members. For example, as the owner of a chain of hospitals, KHC has had less of an incentive than other funds to develop community-based alternatives to hospitalization or to find ways to economize on hospital utilization. When increasing utilization at its own hospitals, KHC does not increase its expenditures proportionately, as a large proportion of hospital costs are fixed.⁴

KHC's total use of specialists (hospital-based and community-based) is lower than that of other funds, and controlling for various member characteristics serves to make these differences even greater. For example, in Model I, the odds ratio for Meuhedet was 22% higher than for KHC, while in Model III the difference between them rose to 50%. There may be member characteristics which account for this difference, and which were not in our data set. Barring this, it is likely that the relatively high rate of utilization of specialists by members of Maccabi and Meuhedet is due primarily to the manner in which these sick funds organize the provision of care for their members, rather than to differences in member characteristics. For example, in 1993 KHC was the only sick fund to insist that members receive a referral from their family physician before seeing a specialist.

Nonetheless, members of the smaller sick funds are less likely than are members of KHC to visit hospital-based specialists. As in the case of hospital admissions, controlling for confounding variables reduces, but does not eliminate, differences among sick funds. Compared to the other sick funds, KHC provides a much greater proportion of specialty care in hospitals than in community settings, perhaps because it owns hospitals and, consequently, increased visits to outpatient clinics do not increase marginal costs significantly. Another possible explanation is that KHC members are less satisfied with the services of community-based specialists and, in comparison with members of other sick funds, put greater pressure on their sick fund to authorize visits to hospital-based specialists.

In the case of community-based specialists, the "odds" of visiting one at least once during a two-week period are higher in the smaller funds than in KHC. Controlling for age and other sociodemographic characteristics exaggerates these differences. The low utilization of community-based specialists in KHC may be due in part to the policy of using primary care physicians as "gatekeepers" for specialty care, in part to KHC's employing fewer community-based specialists per member, and in part to its tendency to provide specialty care in the hospital

4 Of course, in the long-term, even KHC can save money by reducing the use of hospital-based specialists by its members.

rather than in the community. It may be that the high rate of utilization of community-based specialists in the smaller sick funds substitutes, in part, for treatments in hospitals.

Table 3: Odds Ratios from Logistic Regressions for Hospital Admissions and Physician Visits

	KHC	Leumit	Maccabi	Meuhedet
Hospital Admissions				
Model I	100	68	60	51
Model II	100	77	73	63
Model III	100	79	79	67
Total Specialist Visits				
Model I	100	134	121	122
Model II	100	154	138	143
Model III	100	161	127	150
Hospital-Based Specialist Visits				
Model I	100	80	39	63
Model II	100	91	46	76
Model III	100	88	45	71
Community-Based Specialist Visits				
Model I	100	157	151	141
Model II	100	176	171	166
Model III	100	183	150	174
Primary Care Physician Visits				
Model I	100	111	99	80
Model II	100	121	116	90
Model III	100	127	115	101

Model I = No confounding variables

Model II = Independent variable: age

Model III = Multiple independent variables (UHSS)

Source: Central Bureau of Statistics' 1993 *Use of Health Services Survey*

The "odds" of visiting a primary care physician among KHC members falls between the relatively high odds for members of Leumit and the relatively low odds for members of Meuhedet. However, as Model III indicates, after controlling for member characteristics, it turns out that the "odds" of visiting a primary care physician for KHC are lower than for all the other funds (although the difference between KHC and Leumit is negligible).

Summary

Utilization of hospital services is greater in KHC than in other sick funds. Controlling for differences in member characteristics reduces the gap, but does not eliminate it. In contrast, use of community-based specialists is lower in KHC. Here, controlling for member characteristics serves to increase the gap between sick funds.

Revenues

While operating expenditures are clearly influenced by health care utilization, it could be that total sick fund expenditures are also influenced by sick fund revenues. Simply put, sick funds that take in more money are in a better position to spend money, both by providing more services and by paying more per unit of service. Prior to the 1995 implementation of national health insurance, membership premiums were paid directly to the sick funds, and, as premiums were income-linked, the system effectively rewarded sick funds for securing a high concentration of higher-income members. As a result, Maccabi received 76% more per member from membership premiums than did KHC, and Meuhedet received 58% more than did KHC. This was offset only slightly by payments from the National Insurance Institute to finance the care of low-income members which went primarily to KHC and Leumit.

The other major source of sick fund income -- an employer tax -- was distributed among the funds in a way which reflected age-mix, rather than income. However, this did not totally offset the regressive effect of membership premiums, which accounted for roughly 40% of total sick fund revenue. As a result, in 1993 Maccabi took in 21% more operating revenue and Meuhedet 5% more operating revenue than did KHC, while Leumit took in about the same operating revenue as did KHC (see Table 4). Moreover, after adjusting for age (to account for differences in age-related health care utilization), Maccabi took in 39% more operating revenue, Meuhedet 26% more revenue, and Leumit 14% more revenue than did KHC.

Table 4: Per Capita Sick Fund Revenues in 1992 (Not Adjusted for Age Mix)

	KHC	Leumit	Maccabi	Meuhedet	Total
NIS per capita					
Parallel tax	628	540	589	536	610
Member premiums	485	559	852	766	560
Social assistance	147	159	68	52	131
Workmen's compensation	33	24	18	16	29
Co-payments	55	78	89	52	62
Other	5	11	20	3	7
Total	1,354	1,371	1,627	1,425	1,399

Sources: Sick fund financial statements; National insurance Institute Master File

Israel's National Health Insurance Law has brought about a dramatic change in this situation. At present, sick fund revenues are almost entirely a function of age-mix rather than income. This has increased KHC's relative income and reduced that of Maccabi and Meuhedet. It remains to be seen how these changes will influence sick fund expenditure patterns and utilization rates.

Conclusion

The study found significant differences in the expenditures and utilization levels of Israel's four sick funds, even controlling for differences in their members' characteristics. Apparently, differences in the organization of care account for part of the differences in utilization, implying that the sick funds may be able to learn from one another about how to manage resources more efficiently and effectively. The large differences found in the area of specialty care may reflect provision of unnecessary services by some of the sick funds. However, before drawing such a conclusion, additional work is needed, as high utilization rates might also reflect a more complete response to members' true needs.

This study also underscores the need for continued efforts to monitor the differences in sick fund revenues, expenditures and utilization patterns following national health insurance. It will be important to identify what has changed since the implementation of national health insurance, to understand how these changes have come about, and to explore the implications of change for quality, the cost of health care, equity and efficiency.

ג'וינט-מכון ברוקדייל

לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה



תמצית מחקר


הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש
בשירותים של קופות החולים:
ניתוח השוואתי

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



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

הכנסות, הוצאות ודפוס־שמוש בשרות



מכון ברוקדייל: הספרייה

את הספר יש להחזיר עד

[illegible]

ג'וינט-מכון בו

מרכז ארצי למח
ורווחה חברתית

ארגון עצמאי לכ
בשיתוף עם הג'ו

צוות של אנשי
למחקר יישומי
בעלות קדימות

קבוצת חשיבה ו
לסייע לקובעי ה
בתכנון וביישום

המחקר במכון
במכון חמש יחידות

♦ זיקנה

♦ מדיניות בריא

♦ קליטת עלייה

• מוגבלות

• המרכז לילדים



הכנסות, הוצאות ודפוס־שימוש בשירותים של קופות החולים:
ניתוח השוואתי

תמצית מחקר

יעקב נבו
משרד הבריאות

ברוך רוזן
ג'וינט - מכון ברוקדייל

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

גזינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-5612391

ISSN 0334-9098

דברי תודה

תודה למנהלי קופות החולים אשר סייעו לנו בניתוח הדוחות הפיננסיים של הקופות. אנשי הקשר העיקריים שלנו היו: טל אבידן (קופ"ח הכללית); דוד סמך (מאוחדת); פרנסיס ווד ויצחק גנור (מכבי) ומנחם ינובסקי (לאומית).

המחברים מבקשים להודות לפנינה צדקה מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אשר סייעה בגישה לנתונים מסקר שימוש בשירותי בריאות ובהבנת השימושים והמגבלות של מערך נתונים זה.

לניתוח המשווה של הדוחות הפיננסיים של הקופות סייעו רבות גבי בן-נון, חיים פלץ וחיים פקטור, והמחברים מודים להם על עזרתם. בנוסף, המחברים אסירי תודה לרויטל גרוס, לאיילת ברג ולג'ק חביב (כולם ממכון ברוקדייל) לגור עופר (מהאוניברסיטה העברית) למרק כהן ולסטיוארט אלטמן (מאוניברסיטת ברנדיס), לג'ק הדלי (מאוניברסיטת ג'ורג'טאון) ולצ'רלס ברכר (מאוניברסיטת ניו יורק) בעבור הערותיהם על טיוטות קודמות של עבודה זו. הערות מועילות התקבלו גם מחברים אחרים מצוות ג'וינט-מכון ברוקדייל בעת הצגת הממצאים בסמינר פנימי בינואר 1996.

חלק מעבודה זו נכתב בעת שאחד המחברים (ברוך רוזן) שהה במכון לבריאות, מדיניות בריאות וזיקנה באוניברסיטת רוטגרס בארה"ב. תודות למנהל המכון דוד מכניק, שהעמיד לרשותנו את שירותי המכון.

תודה לעוזרת המחקר מרים גרינשטיין. תודה למרשה ויינשטיין שערכה את הגירסה האנגלית ולג'ני רואנפלד שתרגמה לעברית.

תוכן עניינים

1	מבוא
1	הוצאות
3	1. הבדלים בהוצאה: תוצאה של הבדלים בשימוש או הבדלים במחיר?
6	2. הבדלים בשימוש: תוצאה של הבדלים דמוגרפיים או הבדלים ארגוניים?
8	הכנסות
9	סיכום

רשימת לוחות

2	לוח 1: הוצאות תפעול לנפש ב-1992, לפי סוג הוצאה
4	לוח 2: השוואה בין הוצאות קופות החולים לבין שיעורי השימוש לפי תת סעיפים
7	לוח 3: רגרסיות לוגיסטיות - יחסים צולבים (Odds Ratios)
9	לוח 4: הכנסות לנפש בקופות השונות (לא מתוקנן לפי הרכב גילי)

מבוא

בעבודה זו נבחנים ההבדלים ברמת ההוצאות בין ארבע קופות החולים בישראל, ונבחן הקשר בינם לבין ההבדלים בדפוסי השימוש בשירותי בריאות. בנוסף, מובא ניתוח של המידה שבה ניתן להסביר את ההבדלים בשימוש בשירותי בריאות באמצעות ההבדלים במאפיינים הסוציו-דמוגרפיים בקרב חברי הקופות השונות. כמו כן נבדק הקשר בין הוצאות הקופות לבין הכנסותיהן ממקורות שונים.

חלק מן הניתוח המוצג בדוח זה - ההשוואה בין ההוצאות של קופות החולים השונות - בוצע על פי בקשה של ועדת הכנסת המיוחדת שעסקה בחוק ביטוח בריאות החדש. חלק זה של הניתוח מתבסס בעיקר על הדוחות הפיננסיים של קופות החולים משנת 1992, אשר בזמנו היו המקור המעודכן ביותר לנתונים על הוצאות. הממצאים מניתוח זה תרמו לדיוני הוועדה לגבי נחיצותו של חוק ביטוח בריאות, האם הוא בר-מימון ובאיזו רמה יש לממנו.

אולם, בזמנו, יכולתנו להבין את ההבדלים בין הוצאות הקופות השונות היתה מוגבלת, בגלל העדר נתונים ברי-השוואה על השימוש בשירותי בריאות. צורך זה נענה במידה מסוימת כאשר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה פרסמה את סקר שימוש בשירותי בריאות 1993. הממצאים העולים מניתוח הנתונים הללו (שהם כיום מקור המידע המעודכן ביותר על שימוש בשירותים) מוצגים גם הם בדוח הנוכחי. שילוב המקורות מאפשר בחינה של הקשר בין הוצאות, דפוסי שימוש בשירותים ומאפייני המבוטחים.¹

עוד לפני שהוחל ביטוח הבריאות הממלכתי, היו כמעט כל תושבי ישראל מבוטחים באחת מארבע קופות החולים. בשנת 1992, היה פלח השוק של הקופה הגדולה ביותר, קופת חולים כללית, 72%, ואילו לקופה השנייה בגודלה, קופת חולים מכבי, היה פלח שוק של 14%. לשתי הקופות הקטנות יותר, מאוחדת ולאומית היה פלח שוק של פחות מ-10% כל אחת. בקופת חולים הכללית היה שיעור גדול במיוחד של חולים, מעוטי-יכולת וקשישים.

בעבודה זו ייבחנו תחילה הוצאותיהן של קופות החולים, ולאחר מכן הכנסותיהן.

הוצאות

ניתוחים המבוססים על הדוחות הכספיים של קופות החולים מעלים כי, בשנת 1992, עמדה הוצאת התפעול הממוצעת לנפש של כל ארבע הקופות על 1,389 ש"ח במונחי שקל של 1992. שירותי בתי חולים (כולל שירותי אשפוז ושירותי מרפאות לחולי חוץ) היוו 48% מסך הוצאות התפעול (672 ש"ח

1 בימים אלה עוסקים המחברים בניתוח נתונים מתוך הדוחות הפיננסיים של הקופות לשנת 1995. בנוסף, המחברים מתכננים לנתח נתונים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות 1996, כאשר אלה יהיו זמינים. צפוי שהשוואה בין נתונים חדשים אלה, המתייחסים לתקופה שאחרי החלת החוק בינואר 1995, לבין הנתונים המוצגים בעבודה זו לגבי התקופה שלפני החלת החוק, יסייעו להבנת השפעת החוק על קופות החולים. ההשוואה תפורסם בדוח נפרד של גוינט-מכון ברוקדייל.

לנפש). קופות החולים הוציאו 15% מסך הוצאות התפעול על תרופות (215 ש"ח לנפש) ו-36% על שירותים קהילתיים ומינהל (502 ש"ח לנפש).

היו הבדלים קטנים בסך ההוצאה לנפש בין הקופות השונות: מכבי הוציאה ב-13% יותר לנפש מאשר קופת חולים הכללית (ראה לוח 1). בולטים יותר היו ההבדלים ברמות ההוצאה למרכיבי טיפול ספציפיים. קופת חולים כללית הוציאה יותר לנפש מאשר הקופות האחרות על שירותי בתי חולים, והרבה פחות על תרופות ועל שירותים קהילתיים ומינהל. כך, לגבי שירותי בתי חולים, קופת חולים כללית הוציאה כ-40% יותר לנפש מאשר קופת חולים מכבי, שהוצאתה בתחום זה היא הנמוכה ביותר. באשר לתרופות, קופות החולים מכבי ומאוחדת, שרמת הוצאתן בגין סעיף זה היתה הגבוהה ביותר, הוציאו כ-50% יותר מהכללית, ואילו בתחום שירותי קהילה ומינהל מכבי הוציאה כמעט 90% יותר לנפש מאשר הכללית. ואמנם, רמת ההוצאה הגבוהה בסך הכל של מכבי היתה בעיקר תוצאה של ההוצאה הגבוהה על שירותים קהילתיים ומינהל.

לוח 1: הוצאות תפעול לנפש ב-1992, לפי סוג הוצאה (בש"ח)
[המספרים בסוגריים מייצגים את ההוצאה כאחוז מההוצאה של קופת חולים הכללית]

סה"כ	סה"כ	הכללית	לאומית	מכבי	מאוחדת
1,389	1,387	1,364	1,358	1,536	1,387
(102)	(102)	(100)	(100)	(113)	(102)
טיפול בבית חולים	672	748	565	443	465
(90)	(90)	(100)	(76)	(59)	(62)
תרופות	215	190	240	292	292
(213)	(213)	(100)	(126)	(154)	(154)
שירותי קהילה/מינהל	502	426	553	800	630
(102)	(102)	(100)	(130)	(188)	(148)

מקור: הדוחות הכספיים של הקופות; קובץ אב חוק ביטוח בריאות, הביטוח הלאומי

מקובץ הנתונים של המוסד לביטוח לאומי על שייכות לקופות חולים עולה, שיש הבדלים ניכרים בין הקופות בכל הנוגע להרכבי הגיל, כאשר חברי קופת חולים כללית מבוגרים יותר באופן מובהק. לאחר שנטרלנו את ההבדלים לפי גיל, גדל ההבדל בין סך ההוצאה של מכבי לזה של כללית, מ-13% ל-27%. כשמרכיב הגיל הוחזק קבוע, נמצא כי רמת ההוצאות הכוללת של מאוחדת היתה נמוכה במקצת מזו של מכבי, ואילו לאומית נמצאה אי-שם ביניהן. נטרול מרכיב הגיל מצמצם, אך לא מבטל, את המידה שבה קופ"ח הכללית מוציאה יותר מהאחרות על שירותי בתי חולים. נטרול מרכיב הגיל מגביר את המידה שבה הקופות הקטנות מוציאות יותר מקופת חולים כללית על תרופות ועל שירותי קהילה ומינהל.

הממצאים הנוגעים להבדלים בהוצאה מעלים שתי שאלות חשובות:

1. באיזו מידה ההבדלים בהוצאות בגין מרכיבי טיפול ספציפיים קשורים להבדלים בשיעורי השימוש בין הקופות השונות, ובאיזו מידה הם קשורים להבדלים במחירים שהקופות שילמו בעבור שירותים שונים (שירותי בתי חולים, תרופות, שירותי רופאים וכו')?

2. כאשר יש הבדלים בשיעורי השימוש בין הקופות, באיזו מידה הם נובעים מהבדלים במאפייני החברים, ובאיזו מידה מההבדלים בהתארגנות הקופות השונות להספקת שירות?

בעזרת נתונים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (סקר שימוש בשירותי בריאות, 1993), ניתן היום להשוות בין הממצאים הנוגעים להוצאות לבין נתונים מקבילים על שיעורי השימוש בשירותי בריאות, וכן להשוות בין הבדלים בשיעורי השימוש לבין מאפייני המבוטחים כגון גיל, מין, אזור, מוצא ומצב בריאות. הניתוח המובא להלן עושה שימוש בנתונים אלה כדי להתחיל במתן תשובות לשאלות שהוצגו לעיל. כמו כן הניתוח מצביע על הצורך בנתונים נוספים שיסייעו במציאת תשובות ברורות יותר.

1. הבדלים בהוצאה: תוצאה של הבדלים בשימוש או של הבדלים במחירים?

כדי לענות לשאלה זו במלואה, היה צורך במערך מלא של נתונים השוואתיים על הוצאות, שימוש ומחירים לגבי כל אחת מקטגוריות השירות הנבדקות: שירותי בתי חולים, תרופות, ושירותים קהילתיים. אולם, אין בנמצא נתונים שיטתיים על מחירים, שניתן להשתמש בהם לצורך השוואה. אילו הנתונים על שיעורי השימוש היו מלאים, לא היתה זו מגבלה כה חמורה, שכן במצב כזה, אפשר היה לייחס כל הבדל בהוצאה שלא הוסבר על-ידי הבדלים בשימוש, להבדלים במחירים. אולם, הבעיה היא שגם נתוני השימוש עצמם הנם חלקיים. לדוגמה, יש בידינו נתונים ברי-השוואה על קבלות לבתי חולים, אך לא על משך האשפוז, ואין בידינו כל נתונים על השימוש בתרופות.

מה שניתן לעשות, אם כן, הוא להשוות בין ההבדלים הבין-קופתיים בהוצאות לבין הנתונים הקיימים על ההבדלים הבין-קופתיים בדפוסי שימוש. אמנם, מן הסיבות שנמנו לעיל, לא ניתן לקבוע במדויק באיזו מידה ההבדלים בהוצאות נובעים מההבדלים בשימוש ובאיזו מידה - מההבדלים במחירים; אך ניתן בכל זאת להגיע לתובנות מועילות לגבי סוגיות אלה.

שירותי בתי חולים

כפי שצוין לעיל, הנתונים על שירותי בתי החולים משקפים הן את ההוצאה בגין אשפוז והן את ההוצאה בגין חולי חוץ. לא פורסמו נתונים המפרטים את ההוצאות לפי כל אחד משני המרכיבים הללו, אך מקובל לחשוב ששירותי האשפוז מהווים כשני שליש עד כשמונים אחוז מסך ההוצאות על שירותי בתי חולים.

בלוח 2 מוצגים נתונים המשווים בין ההוצאה לנפש לבין שיעורי השימוש בקופות השונות, כאשר קופת חולים הכללית משמשת כבסיס (הכללית = 100). מדד ההוצאות על בתי חולים של קופת

חולים מאוחדת עמד על 62 (כלומר, קופה זו הוציאה לנפש 62% מהסכום שהוציאה לנפש קופ"ח הכללית), ואילו מדדי השימוש במאוחדת עמדו על 45 לקבלות ועל 57 לביקורי מומחים. כמו כן, מדד ההוצאה על שירותי בתי חולים של קופת חולים מכבי עמד על 59 (כלומר 59% מההוצאה של קופ"ח כללית), ואילו מדדי השימוש עמדו על 55 לקבלות ו-35 לביקורי מומחים. מכאן עולה שכפי הנראה גם מאוחדת וגם מכבי משלמות מעט יותר מקופ"ח כללית בעבור קבלות, או בעבור ביקורי חולי חוץ אצל מומחים, או בעבור שניהם.

לוח 2: השוואה בין הוצאות קופות החולים לבין שיעורי השימוש לפי תת-סעיפים (קופ"ח כללית = 100)

מאוחדת	מכבי	לאומית	הכללית	
שירותי בתי חולים				
62	59	76	100	הוצאות
45	55	76	100	קבלות לאשפוז
57	35	80	100	ביקור אצל מומחה בבי"ח
שירותי קהילה				
148	188	130	100	הוצאות
142	161	173	100	ביקור אצל מומחה בקהילה
79	88	120	100	ביקור אצל רופא ראשוני

מקורות: דוחות פיננסיים של הקופות
סקר שימוש שירותי בריאות 1993, למ"ס

שירותים קהילתיים

בתחום זה התגלו הבדלי הוצאות גדולים בין קופות החולים השונות - כאשר הקופות הקטנות הוציאו בין 30%-88% יותר לנפש מקופת חולים הכללית. קופת חולים הכללית מאופיינת גם ברמה נמוכה יחסית של ביקורים אצל מומחים בקהילה, וברמה בינונית של ביקורים אצל רופאים ראשוניים.

השוואה בין מדדי ההוצאה לבין מדדי ההכנסה לפי קופה מעלה כי ההבדלים בהוצאות נובעים, כנראה, הן מהבדלים בשימוש והן מהבדלים בין הקופות במחירי התשומות, כגון ברמת התיגמול לרופאים. לדוגמה, שיעורי השימוש הגבוהים מאוד בקופ"ח לאומית אינם משתקפים בנתוני ההוצאה, וייתכן שהדבר נובע משיעורי תשלום נמוכים יחסית בעבור שירותים שונים, דבר שמאזן, אולי, את השפעת שיעורי השימוש הגבוהים. מאידך, בעוד שחברי מכבי משתמשים רבות בשירותי מומחים, אין הם מרבים להשתמש בשירותי הטיפול הראשוני, דבר שמעורר את השאלה האם אמנם ניתן לייחס את ההוצאה הגבוהה של מכבי על שירותים קהילתיים אך ורק לשיעורי השימוש

הגבוהים. סביר יותר להניח שרמה גבוהה יחסית של תיגמול לרופאים מהווה גם היא סיבה להוצאה הגבוהה בתחום זה.

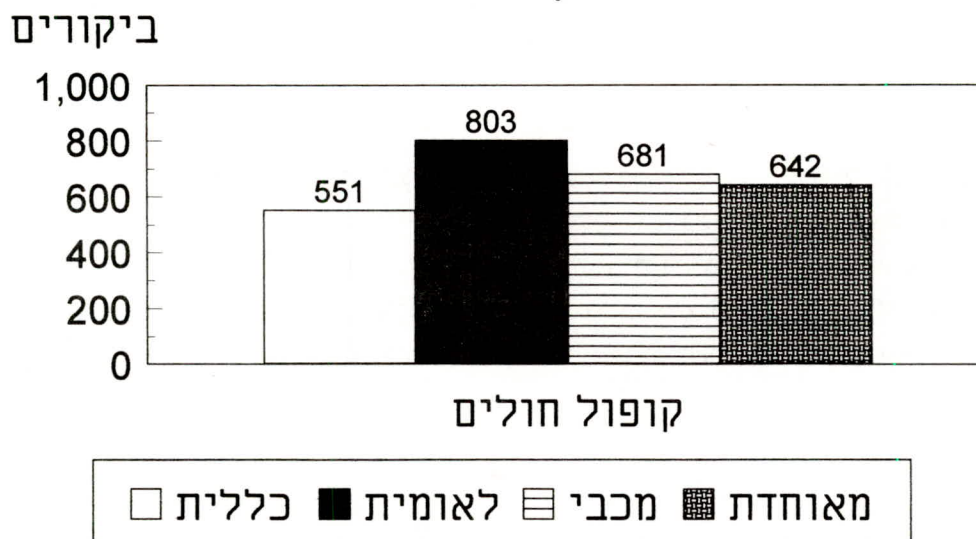
תרופות

כפי שצוין, אין בנמצא נתונים על דפוסי שימוש בתרופות לפי קופת חולים. יש הסוברים שהעובדה שקופ"ח כללית מוציאה פחות על תרופות מאשר הקופות האחרות נובעת בעיקר מיתרון לגודל ברכישת התרופות.

סיכום

התמונה בגדול היא שכללית מאשפזת יותר מקופות אחרות והיא גם משתמשת יותר ברופאים מומחים בבתי חולים, אבל משתמשת הרבה פחות מהקופות האחרות במומחים בקהילה. אם נתבונן בצורה כוללת על כל שירותי המומחים, נראה ששיעורי השימוש של כללית הם נמוכים יותר לעומת הקופות האחרות (תרשים 1). לגבי רפואה ראשונית, שיעורי השימוש בכללית גבוהים יותר ממכבי וממאוחדת, אך נמוכים יותר מלאומית. יש לזכור שבניתוח עד כאן לא נלקחו בחשבון הבדלים דמוגרפיים או אחרים בין אוכלוסיות המבוטחים בקופות השונות.

תרשים 1: ביקורים אצל רופאים מומחים לאלף נפש לרבעון, 1993 לפי קופת חולים



מקור: סקר שימוש בשירותי בריאות

מהממצאים על שירותי בתי-חולים, שירותים קהילתיים ותרופות עולה שיש הבדלים בהוצאות שלא ניתן לייחסם להבדלים בממדי השימוש שלגביהם יש נתונים, והדבר מצביע על השפעה של הבדלים במחירים.

2. הבדלים בשימוש: תוצאה של הבדלים דמוגרפיים או הבדלים ארגוניים?

נעשה שימוש בניתוח רב-משתני לצורך הערכת המידה שבה הבדלים בשימוש בין הקופות מוסברים על-ידי הבדלים במאפייני המבוטחים הקשורים בצורך בשירותים, או בנטיית להשתמש בשירותים. הניתוח בוצע בעזרת רגרסיות לוגיסטיות, ונערכה סדרת רגרסיות נפרדת לכל אחד מארבעת השירותים: קבלות לבית חולים, ביקורים אצל מומחים בבתי חולים, ביקורים אצל מומחים בקהילה וביקורים אצל רופאי טיפול ראשוני. בנוסף, נערכה סדרת הרגרסיות גם על סך כל הביקורים אצל מומחים, כולל ביקורים אצל מומחים בקהילה וביקורים של חולי חוץ אצל מומחים בבית החולים. בכל המקרים, המשתנה התלוי היה משתנה דמה שהוראתו האם נעשה שימוש בשירות הנדון לפחות פעם אחת במשך תקופת המחקר. לגבי כל שירות, נערכו שלושה מודלים. במודל I, המשתנים הבלתי-תלויים היחידים שנכללו היו משתני דמה שייצגו את קופות החולים ללא ניטרול של משתנים מסבירים אפשריים אחרים. מודל II כלל את משתני הדמה של קופות החולים ועוד סדרת משתני דמה המייצגים קבוצות גיל. מודל III כלל את כל המשתנים לעיל, וכן משתנים שמייצגים מצב בריאות (הימצאות מחלות כרוניות שונות), מין, מוצא, האם האדם עולה חדש ומקום מגורים.

הממצאים מוצגים בלוח 3. המספרים המופיעים בלוח הם מדד המבוסס על יחסים צולבים (odds ratio)² מתוקננים כך שקופת חולים כללית = 100. לגבי תופעות המתרחשות בשכיחות נמוכה, כגון אלה הנידונות כאן, (לדוגמה, אשפוז בששת החודשים האחרונים) ניתן לראות ביחסים הצולבים קירוב סביר של היחסים בין שיעורי ההיארעות בקופות החולים השונות.

ההסתברות להתקבל לבית חולים גדולה יותר בקופת חולים כללית מאשר בקופות האחרות (מודל I). הבדלים אלה מצטמצמים במקצת לאחר שמנטרלים את מרכיב הגיל (מודל II); והימצאותן של מחלות כרוניות מסוימות ומשתני הרקע הנוספים (מודל III). נטייתה של קופת חולים הכללית להשתמש בשירותי אשפוז בשכיחות רבה יותר מאשר הקופות האחרות נובעת כפי הנראה בחלקה מהבדלים בצורכי הבריאות של חברי הכללית, שהם מבוגרים יותר מחברי הקופות האחרות ושיעור גבוה יותר מהם מקבלים טיפולים בגין מחלות כרוניות, אפילו לאחר שמנטרלים את מרכיב הגיל.

2 ה-"odds" לגבי כל ארוע שיש בו עניין (כגון אשפוז לפחות פעם אחת במשך תקופה של ששה חודשים) הוא ההסתברות שארוע יתרחש, מחולק בהסתברות שלא יתרחש. כך, אם אחד מתוך ארבעה חברי קופת חולים מאוחדת היה מאושפז, ושלושה מתוך ארבעה לא היו מאושפזים, אזי ה-"odds" (ההסתברות) שחברי מאוחדת יאושפזו הינו $1/3 = (3/4)/(1/4)$. בניתוח שלנו, ה-odds-ratio לגבי כל קופת חולים הוא ההסתברות, או "הסיכוי" שארוע זה יקרה לחבר בקופה זו, מחולק בהסתברות שהארוע יקרה לחבר בקופת חולים כללית.

לוח 3: רגרסיות לוגיסטיות לגבי קבלות לאשפוז, וביקורים אצל רופאים - יחסים צולבים (Odds Ratios)

מאוחדת	מכבי	לאומית	הכללית	
				קבלות לאשפוז
51	60	68	100	מודל I
63	73	77	100	מודל II
67	79	79	100	מודל III
				סה"כ ביקורי מומחים
122	121	134	100	מודל I
143	138	154	100	מודל II
150	127	161	100	מודל III
				ביקורים אצל מומחים בבתי חולים
63	39	80	100	מודל I
76	46	91	100	מודל II
71	45	88	100	מודל III
				ביקורים אצל מומחים בקהילה
141	151	157	100	מודל I
166	171	176	100	מודל II
174	150	183	100	מודל III
				ביקורים אצל רופאי טיפול ראשוני
80	99	111	100	מודל I
90	116	121	100	מודל II
101	115	127	100	מודל III

מקור: סקר שימוש בשירותי בריאות 1993, הלמ"ס

מודל I = אין משתנים מבלבלים

מודל II = המשתנה הבלתי תלוי: גיל

מודל III = משתנים בלתי-תלויים מרובים (סקר שימוש בשירותי בריאות)

יחד עם זאת, גם לאחר שמנטרלים את מאפייני החברים, ההבדלים בין הקופות בנוגע לאשפוזים אינם נעלמים. לדוגמה, בהשוואה לחברי הכללית, ההסתברות לכך שחברי מכבי אושפזו פעם אחת לפחות בששת החודשים האחרונים, היתה נמוכה בכ-20% בערך, וזאת לאחר נטרול מאפייני המבוטחים. ייתכן, אם כן, שהבדלים בשימוש נובעים גם מהבדלים בארגון השירותים בקופות השונות ובניהול הטיפול בחבריהן. לדוגמה, כבעלים של רשת בתי חולים, יש לקופת חולים הכללית פחות תמריץ מאשר לקופות האחרות לפתח חלופות קהילתיות לאשפוז, או למצוא דרכים לחסוך בשימוש בשירותי בתי חולים. קופת חולים הכללית, כאשר היא מגבירה את השימוש בבתי החולים שלה, איננה מגדילה את הוצאותיה באותה פרופורציה, שכן חלק גדול מעלויות בתי החולים הינן עלויות קבועות.³

סך כל השימוש במומחים בקופ"ח כללית (בבתי החולים ובקהילה כאחד) נמוך מהשיעורים בקופות האחרות, ונטרול מאפיינים שונים של החברים עוד מגביר את ההבדלים הללו. לדוגמה, במודל I, ה-odds ratio במאוחדת היה גבוה ב-22% מאשר בכללית, ואילו במודל III ההבדל ביניהם הגיע עד

3 כמובן, בטווח הארוך, גם לקופת חולים הכללית כדאי לחסוך במספר הביקורים של חבריה בבתי החולים שלה.

50%. ייתכן שיש מאפיינים של המבוטחים אשר מסבירים את ההבדל הזה, ואשר לא נכללו במערך הנתונים שלנו. להוציא אפשרות זו, ייתכן שהשיעור הגבוה יחסית של שימוש במומחים על-ידי חברי מכבי ומאוחדת נובע מהאופן שקופות אלה מארגנות את הספקת הטיפול לחבריהן, ולא מהבדלים במאפייני החברים. לדוגמה, בשנת 1993 קופת חולים כללית היתה הקופה היחידה שדרשה שחבריה יביאו הפניה מרופא המשפחה לפני שהורשו לפנות למומחה. למרות זאת, חברי הקופות הקטנות נוטים פחות מחברי כללית לבקר אצל מומחים בבתי החולים. בדומה למקרה של קבלות לבתי חולים, כאשר מנטרלים משתנים מתערבים פוטנציאליים, הדבר מצמצם את הפערים אך אינו מבטל אותם לחלוטין. בהשוואה לקופות האחרות, הכללית מספקת חלק גדול בהרבה מהטיפול באמצעות מומחים בבתי החולים, ולא בקהילה - אולי משום שהיא הבעלים של בתי החולים ולכן ביקורים נוספים למחלקות חולי חוץ אינם מביאים לגידול משמעותי בעלויות הנלוות. הסבר נוסף אפשרי הוא, שחברי קופת חולים הכללית פחות מרוצים משירותי המומחים בקהילה, ובאופן יחסי לקופות האחרות, לוחצים יותר לבקר אצל מומחים בבתי חולים.

בנוגע למומחים בקהילה, ההסתברות לבקר אצל אחד מהם לפחות במשך תקופה של שבועיים גבוהה יותר בקופות הקטנות מאשר בקופת חולים הכללית. כאשר מנטרלים גיל ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים אחרים, ההבדלים בולטים עוד יותר. ייתכן שהשימוש המועט במומחים בקהילה בקופת חולים הכללית תלוי בחלקו במדיניות של שימוש ברופאים כלליים כ"שומרי שער" לשירותי מומחים, בחלקו בכך שהכללית מעסיקה מספר מועט של מומחים בקהילה, יחסית למספר חבריה, ובחלקו בנטייתם של הקופה לספק טיפול מומחים במסגרת בתי החולים ולא בקהילה. ייתכן שחלק מהשימוש הגבוה של הקופות הקטנות במומחים בקהילה בא כתחליף לטיפולים שונים בבתי חולים.

ההסתברות לבקר אצל רופא ראשוני בקרב חברי הכללית נופלת באמצע, בין ההסתברות הגבוהה יחסית של חברי לאומית לבין ההסתברות הנמוכה יחסית של חברי מאוחדת. אולם, כפי שניתן לראות ממודל III, לאחר שמנטרלים את מאפייני החברים, יוצא שההסתברות לבקר אצל רופא טיפול ראשוני נמוך יותר בכללית מאשר בכל הקופות האחרות (אם כי ההבדל בין הכללית ללאומית בעניין זה הוא שולי).

סיכום

קופ"ח הכללית משתמשת יותר מהקופות האחרות בשירותי אשפוז. כשמביאים בחשבון את מאפייני המבוטחים, הפער מצטמצם, אבל לא נסגר. מצד שני, הכללית מאופיינת בשימוש נמוך יחסית במומחים בקהילה; וכאן כשמביאים בחשבון את מאפייני המבוטחים, הפער אף גדל.

הכנסות

למרות שברור שהוצאות תפעול מושפעות מהשימוש בשירותי בריאות, ייתכן שעוד גורם המשפיע על סך כל ההוצאות של קופות החולים הוא הכנסות הקופה. מטבע הדברים, קופות המכניסות יותר כסף הן במצב יותר טוב להוציא כסף, הן באמצעות הספקת שירותים רבים יותר והן

באמצעות תשלום גבוה יותר בעבור יחידת שירות. לפני החלת ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, שולמו הפרמיות (דמי החבר) ישירות לקופות החולים, ומכיוון שהיו קשורות להכנסה, יצא שהמערכת מתגמלת למעשה את אותן הקופות שהצליחו להשיג ריכוז גבוה של חברים בעלי הכנסה גבוהה. כתוצאה מכך, מכבי קיבלה 76% יותר כסף לנפש מפרמיות מאשר הכללית, ומאוחדת קיבלה 58% יותר מהכללית. הדבר התאזן רק במעט בעזרת תשלומים מהביטוח הלאומי למימון חברים מעוטי-הכנסה, אשר התקבלו בעיקר בכללית ובלאוומית.

מקור ההכנסה העיקרי הנוסף של קופות החולים - מס מקביל - הוקצה לקופות תוך התחשבות בהרכב הגילי, ולא לפי הכנסה. אולם, לא היה בכך כדי לאזן את ההשפעה הרגסיבית של דמי החבר, שהיוו כ-40% מסך כל הכנסות הקופות. כתוצאה מכך, היו ההכנסות התפעוליות של מכבי גבוהות ב-21%, ושל מאוחדת ב-5%, מהכנסותיה של הכללית. ההכנסות של קופת חולים לאומית היו דומות לאלה של הכללית (ראה לוח 4). יתר על כן, לאחר נטרול מרכיב הגיל (כדי להסביר את ההבדלים בשימוש בשירותי בריאות לפי גיל), היו הכנסותיה של מכבי גבוהות ב-39%, של מאוחדת ב-26% ושל לאומית ב-14% מאשר הכנסותיה של קופת חולים הכללית.

לוח 4: הכנסות לנפש בקופות השונות בש"ח (לא מתוקנן לפי הרכב גילי)

מאוחדת	מכבי	לאומית	קופ"ח כללית	סה"כ	סה"כ
1,425	1,627	1,371	1,354	1,399	מס מקביל
536	589	540	628	610	מסי חבר
766	852	559	485	560	תמיכה סוציאלית
52	68	159	147	131	נפגעי עבודה
16	18	24	33	29	השתתפות עצמית
52	89	78	55	62	אחר
3	20	11	5	7	

מקורות: דוחות פיננסיים של הקופות, הביטוח הלאומי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה מצב זה באופן דרמטי. כיום, הכנסות הקופות תלויות, רובן ככולן, בהרכבי הגיל ולא בהכנסה. הדבר הגדיל את ההכנסה היחסית של הכללית והקטין את הכנסותיהן של מכבי ומאוחדת. נותר עוד לראות כיצד ישפיעו שינויים אלה על דפוסי ההוצאה של הקופות ועל שיעורי השימוש.

סיכום

המחקר מצא הבדלים מובהקים בין קופות החולים בכל הנוגע לרמות הוצאה ושימוש, גם לאחר ניטרול ההבדלים במאפייני החברים. ייתכן שחלק מההבדלים נובעים מצורת הארגון של השירותים. מכאן עולה שקופות החולים יכולות ללמוד זו מזו כיצד לנהל משאבים בצורה טובה ויעילה יותר.

הבדלים משמעותיים מתגלים בטיפול מומחים, וייתכן שהדבר משקף הספקת שירותים מיותרים בחלק מן הקופות. יחד עם זאת, בטרם נסיק מסקנה מעין זו, יש צורך בעבודה נוספת, שכן אפשר ששיעורי השימוש הגבוהים משקפים גם התייחסות מלאה יותר לצורך אמיתי.

בנוסף, מחקר זה מדגיש את הצורך בהמשך המאמצים לעקוב אחר ההבדלים בין קופות החולים בנוגע להכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש לאחר החלת ביטוח הבריאות הממלכתי. חשוב לעמוד על השינויים שחלו מאז הופעל חוק ביטוח בריאות הממלכתי, להבין כיצד התרחשו שינויים אלה, ולבחון את השפעותיהם על האיכות, עלות הטיפול הרפואי, השוויון והיעילות.