



OS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE DE BRASIL E ISRAEL: DIFERENÇAS INSTITUCIONAIS E DE RESULTADOS ALCANÇADOS

Fábio de Barros Correia Gomes
Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública e Sanitarismo

ESTUDO TÉCNICO

JANEIRO DE 2019

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Consultoria Legislativa, tampouco da Câmara dos Deputados, sendo de exclusiva responsabilidade de seu autor.

© 2019 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados (as) os (as) autores (as). São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados. O conteúdo deste trabalho é de exclusiva responsabilidade de seu autor.

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Contexto no Brasil e em Israel	5
2.1 Indicadores sócio-econômicos.....	5
2.1 Instituições relevantes	7
3. O sistema de saúde do Brasil.....	8
4. O sistema de saúde de Israel.....	12
5. Evolução de indicadores de saúde no Brasil e em Israel	28
6. Discussão e Conclusões	31
Referências	33
Apêndice A – Indicadores sobre mortalidade.....	34
Apêndice B – Indicadores sobre morbidade.....	38
Apêndice C – Indicadores sobre fatores de risco	40
Apêndice D – Indicadores sobre ações de saúde	41
Apêndice E – Indicadores sobre recursos para saúde	43
Apêndice F – Indicadores sobre gastos em saúde.....	44

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa objetiva abordar as diferenças institucionais e de resultados dos sistemas universais de saúde de Brasil e de Israel. Como destacado na seção 2, esses países são muito distintos, a iniciar pelo tamanho de seus territórios e de suas populações, e pelo maior desenvolvimento econômico e social alcançado por Israel.

Contudo, apesar das diferenças, os países também possuem similaridades. Por exemplo, são jovens democracias multipartidárias, que adotaram sistemas universais de saúde no final do século XX, em busca da equidade no atendimento das necessidades de saúde de suas populações.

A observação das diferenças nos sistemas de saúde e nos resultados obtidos por esses países pode ser útil para destacar os aspectos associados a resultados de sucesso nas políticas de saúde, os quais poderiam ser utilizados para fundamentar propostas de melhorias em sistemas universais de saúde.

Inicialmente, o texto apresenta uma comparação de indicadores socioeconômicos e institucionais dos dois países. Em seguida, aborda as características de cada sistema de saúde, com ênfase na descrição do sistema de Israel, uma vez que esse tipo de informação é escasso na literatura científica nacional. Então, compara os dados de evolução de indicadores dos dois países. Ao final, indica os achados em ambos os sistemas que podem ser úteis para o aperfeiçoamento dos mesmos.

2. CONTEXTO NO BRASIL E EM ISRAEL

Esta seção aborda o contexto socioeconômico de Brasil e Israel, por meio dos indicadores apresentados no quadro 1, bem como sintetiza informações sobre as instituições dos dois países, relevantes para o objeto do estudo.

2.1 Indicadores socioeconômicos

A observação do quadro 1 indica com clareza as grandes diferenças de contexto entre Brasil e Israel. A população israelense representa menos de 5% da população brasileira, sendo um pouco maior que a do município do Rio de Janeiro. A área de Israel é similar à de Sergipe, que é o menor estado do Brasil.

A proporção de pessoas abaixo de 15 anos e de idosos é superior em Israel (refletindo sua maior taxa de fertilidade) e a idade mediana é igual nos dois países, contudo o envelhecimento no Brasil encontra-se em fase de aceleração. A população urbana é elevada em ambos, sendo ainda maior em Israel. A renda per capita de Israel é mais que o dobro daquela do Brasil.

A cobertura de registros de nascimentos e de óbitos é elevada nos dois países, mas o Brasil ainda não atingiu uma cobertura plena. Os indicadores de expectativa de vida são maiores em Israel, já os de mortalidade são maiores no Brasil, sugerindo que as condições gerais de saúde são melhores em Israel. Indicadores mais específicos e as tendências do setor saúde são apresentadas na seção 5.

O Brasil apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754 (79º posição no mundo) em 2015, e Israel, de 0,899 (19º no mundo).

Quadro 1. Indicadores demográficos seleccionados para Israel e Brasil.

Indicador	Israel	Brasil
Área	22 mil km ²	8,5 milhões km ²
População (2013)	7,7 milhões	200 milhões
População abaixo de 15 anos (2013)	28%	24%
População acima de 60 anos (2013)	15%	11%
Idade mediana (2013)	30 anos	30 anos
População urbana (2013)	92%	85%
Taxa de fertilidade total / por mulher (2013)	2,9	1,8
Número de nascidos vivos (2013)	156,8 mil	2,9 milhões
Número de mortes (2013)	39,4 mil	1,2 milhões
Cobertura de registro de nascimento (2012 e 2011)	100%	93%
Cobertura de registro de causa de morte (2012)	100%	93%
Renda per capita / int. \$ (2013)	32.140	14.750
Expectativa de vida ao nascer (2012)	82	74
Expectativa de vida aos 60 anos (2012)	24	21
Expectativa de vida saudável ao nascer (2012)	72	64
Mortalidade em menores de 5 anos / 1000 nasc. vivos	4	14
Mortalidade materna / 100.000 nasc. vivos	2	69
Mortes por Aids / 100.000 hab.	0,4	7,8
Mortes por malária / 100.000 hab.	0	0,1
Mortes por tuberculose em HIV negativo /100.000 hab	0,21	2,2

Fonte: Global Health Observatory (GHO), da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2016.

2.1 Instituições relevantes

O Brasil é uma República Federativa da América do Sul, composta por 26 Estados, um Distrito Federal e 5.570 Municípios, cuja língua oficial é o Português e o sistema de governo é presidencialista.

O país tornou-se independente de Portugal em 1822, adotando o regime monárquico até 1889, quando foi proclamada a República. Sua Constituição em vigor foi promulgada em 1988.

O Brasil possui uma legislatura bicameral, denominada de Congresso Nacional, composta pelo Senado Federal e pela Câmara de Deputados.

Israel é uma Democracia Parlamentarista do Oriente Médio, que tem como línguas oficiais o Hebraico e o Árabe. Sua independência foi declarada em 1948. Israel é o único Estado em que a maioria da população é judia.

O Estado de Israel está dividido em seis principais distritos administrativos, os quais dividem-se em quinze subdistritos, que, por sua vez, são divididos em cinquenta regiões naturais.

Israel adota em seu parlamento a representação proporcional e o sufrágio universal. Seu primeiro-ministro atua como chefe de governo e o Knesset é o corpo legislativo unicameral do país.

3. O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o qual foi regulamentado pela Lei 8.080, de 1990. Esse sistema objetiva oferecer ações e serviços de saúde de modo universal (abrangendo a toda população do País) e integral (fornecendo os meios para prevenir e curar os mais diversos tipos de doenças e agravos à saúde), priorizando a descentralização dos serviços, com regionalização.

A CF/88 também previu a participação do setor privado em ações complementares de saúde, de modo que o sistema de saúde brasileiro é misto, no que se refere às organizações executoras das ações de saúde. Contudo, o setor público é o responsável pela definição, regulamentação, acompanhamento e alteração das políticas públicas de saúde.

O SUS tem comando único pelo gestor de cada nível da federação, de modo que o Ministério da Saúde é responsável pela gestão nacional, enquanto que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão nos respectivos níveis, sendo o financiamento compartilhado entre os três níveis da federação.

O SUS tem se destacado internacionalmente (PAIM *et al*, 2011) em áreas como: imunizações, vigilância da qualidade de alimentos, vigilância de doenças, tratamentos para pessoas com Aids, transplantes de órgãos e diálises renais.

O relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015) observou relevantes êxitos alcançados pelo sistema (quadro 2), bem como desafios a serem enfrentados (quadro 3).

Apesar das referidas conquistas, são patentes as dificuldades de implementação do sistema, particularmente as desigualdades regionais na cobertura e qualidade dos serviços prestados e o deficiente acesso a serviços de saúde, o que se evidencia “nas filas de espera (por procedimentos e leitos) e nas situações indignas em serviços de urgência e emergência de todo o País” (BRASIL, 2015).

Além dos desafios ao SUS produzidos pelas transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica, a CSSF identificou inadequações: a) no modelo de organização, gestão e alocação de serviços do SUS, inclusive na infraestrutura relacionada à informatização; b) nos recursos humanos, materiais e financeiros; c) provenientes da fragmentação no apoio e na priorização do SUS por agentes da sociedade e do Estado (BRASIL, 2015).

Quadro 2. Destaques na Produção do SUS

- Entre 2002 e 2013: o número de procedimentos ambulatoriais foi de 1,9 milhão para 3,8 milhões; o de atendimentos na atenção básica, de 868 milhões para 1,2 bilhão; os atendimentos na atenção especializada, de 146,4 milhões para 447 milhões.

- Entre 2002 e 2014: as internações eletivas passaram de 1,5 milhão para 2,2 milhões, mas as internações por urgência caíram de 10,6 milhões para 8,5 milhões.

- Em 2014: o SUS é reconhecido como o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo; 98% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS; ocorreram 19 milhões de procedimentos oncológicos e 2,6 milhões de procedimentos de quimioterapia.

- O SUS colaborou na obtenção de resultados de impacto: a esperança de vida ao nascer subiu de 70 para 75 anos, entre 2001 e 2014; a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) caiu de 26,1 para 14,5, entre 2001 e 2013.

Fonte: Relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015).

Segundo a CSSF, após a ênfase na universalidade, por meio da descentralização da gestão para os Municípios, o SUS não está conseguindo integrar as ações e serviços de saúde com eficiência e regularidade, a partir de demandas locais de saúde. Reconhece que, apesar de avanços na atenção primária de saúde, o SUS ainda prioriza a atenção hospitalar (BRASIL, 2015).

Quadro 3. Desafios para o SUS

- 51% da população das capitais brasileiras está com excesso de peso.
- 23,6% declararam ser hipertensos e 16,4% da população das capitais relatam consumo abusivo de álcool.
- A incidência de sífilis está se elevando no País (aumentou 1000% entre gestantes de 2006 a 2013).
- Dados do SISCAN sobre atendimentos de câncer no SUS, entre 2013 e abril de 2015, indicam que foram registrados 25.162 casos e apenas 12.310 iniciaram tratamento e, para 43% dos que o iniciaram, o prazo de 60 dias não foi respeitado.
- O exame de palpação das mamas foi responsável por 80% dos tumores descobertos, mas o câncer já se encontrava em estágio avançado.
- Na faixa etária prioritária (50 a 69 anos), 40% das mulheres não fazem o exame da mamografia (há controvérsias técnicas sobre a faixa etária ideal para realização desse exame).
- A taxa de mortalidade por câncer de mama na faixa de 30 a 69 anos por 100 mil mulheres tem aumentado no Brasil, de modo que o objetivo do milênio relacionado a essa doença não será cumprido.
- O Brasil lidera estatísticas mundiais de amputações de membros inferiores, o que sinaliza para alta prevalência de diabetes sem o devido controle.
- A média de leitos hospitalares no Brasil (por 1.000 habitantes) é 2,3, enquanto que na Alemanha é 8,2, na França, 6,4, na Argentina, 4,7, na Espanha, 3,1, no Reino Unido, 2,9, e no Canadá, 2,7.

Fonte: Relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015).

Como consequência da não satisfação de direitos da população na área da saúde, no Brasil é cada vez maior o fenômeno da judicialização na saúde.

Conforme a CSSF, “persiste uma situação de iniquidade em que os que dependem exclusivamente do SUS não têm acesso a serviços de maior qualidade de maneira homogênea e consistente; por outro lado, a parcela mais

favorecida da população tem acesso ao que o SUS oferece com qualidade e também pode recorrer aos planos de saúde privados; o que lhes é facilitado, por meio de mecanismo de renúncia fiscal” (BRASIL, 2015).

Foi observada uma situação de aumento na participação relativa de Estados e Municípios no financiamento da saúde e de redução da participação relativa do nível federal, de modo que a quantidade de recursos totais é insuficiente. Assim, o sistema “vem sendo subfinanciado desde sua criação e, atualmente, observa-se um processo de ‘desfinanciamento’, que está provocando o seu desmonte, em função da baixa prioridade e do descompromisso político dos governos com a saúde” (BRASIL, 2015).

Com relação à gestão, foi salientada certa indefinição no papel dos entes federados no SUS, insuficientes planejamento integrado e avaliação, além das grandes diferenças nas capacidades técnicas e gerenciais e no contexto dos mais de cinco mil Municípios do País (BRASIL, 2015).

Sobre os recursos humanos para o SUS, não há uma política efetiva, mas ações fragmentadas e insuficientes de capacitação e de apoio à elaboração de planos de carreira por outros entes federados (BRASIL, 2015).

Enfim, o relatório da CSSF sugere que os cidadãos-usuários ainda não estão no centro de atuação do sistema, sendo tratados “mais como objetos, que como sujeitos”, mas ainda assim o SUS, pelos resultados já alcançados, representa uma conquista da sociedade (BRASIL, 2015).

4. O SISTEMA DE SAÚDE DE ISRAEL

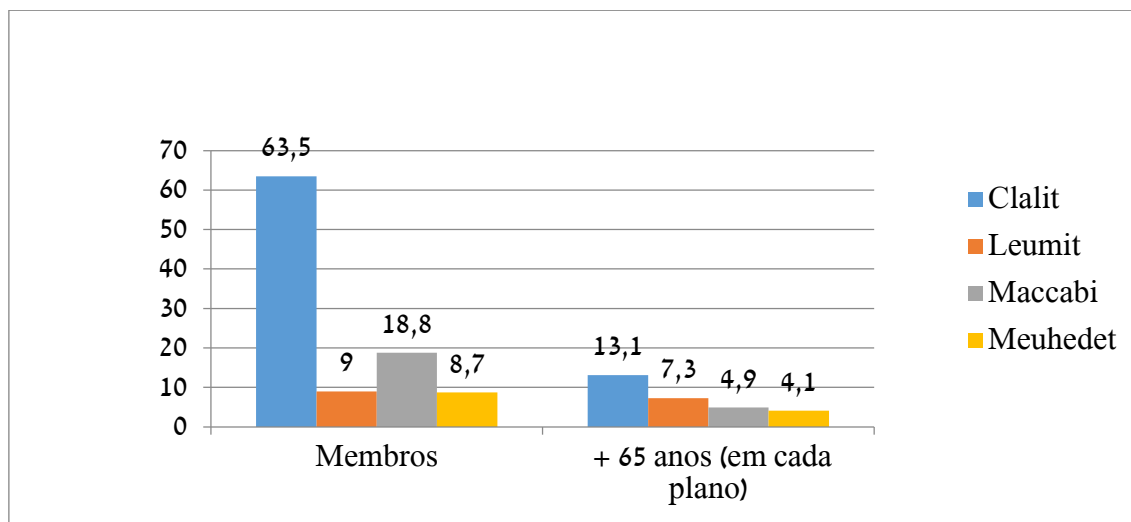
Israel adotou, em janeiro de 1995, a Lei do “National Health Insurance” (NHI), a qual estabeleceu cobertura universal de seguro obrigatório para os seus cidadãos. Essa lei definiu uma cesta de serviços unificada para os cidadãos, proveu liberdade para transferência entre planos de saúde e requereu que todos os segurados pagassem uma taxa de seguro saúde. Os serviços de saúde são ofertados por organizações sem fins de lucro, conhecidas como “sick funds” (SF), basicamente financiadas por recursos públicos. A lei resultou dos trabalhos de uma comissão de inquérito que analisou o sistema de saúde do país.

As informações apresentadas a seguir foram coletadas de comunicação do Diretor Geral do *National Insurance Institute of Israel (NII)*, Shlomo Mor-Yosef (2016). As contribuições de outros autores são destacadas ao longo da narrativa.

Antes da Lei do Seguro de Saúde, ou seja, até 1994, predominava a seletividade na atenção à saúde. O seguro saúde era voluntário e provido por quatro empresas, que iniciaram atividade desde o início do século passado e que funcionavam segundo as regras de mercado. Até então, 95% dos residentes de Israel possuíam seguro voluntário; contudo, cerca de 300.000 pessoas não eram seguradas, entre elas 70.000 crianças.

A abrangência e natureza dos serviços de saúde oferecidos variavam entre os diferentes planos de saúde. Cada um possuía condições individuais de cobertura e podia selecionar os segurados. Os valores pagos pelos usuários não apenas diferiam de plano para plano, mas também dentro de um mesmo plano. A situação socioeconômica do segurado não era critério para o estabelecimento dos valores. O gráfico 1 mostra a distribuição de segurados entre os quatro SF, antes de 1995. O Clalit possuía a maior proporção de segurados, incluindo a de idosos.

Gráfico 1. Distribuição proporcional de segurados entre os planos de saúde em 1994, antes da implementação da Lei do Seguro Nacional de Saúde em Israel.



Fonte: National Insurance Institute, Israel.

A partir de janeiro de 1995, a Lei do NHI buscava melhorar a qualidade dos serviços de saúde e estender o acesso a todos os cidadãos, sem exclusão por doença pré-existente. Segundo Mor-Yosef (2016), entre 1995 e 1997 o princípio da universalidade predominou. No primeiro ano de implementação da lei, aproximadamente 370 mil segurados foram adicionados.

A lei estabeleceu cobertura universal de seguro para os residentes de Israel, o que equivale a cerca de 8 milhões de pessoas. É considerado um residente a pessoa residindo em Israel cujo centro da vida está nesse país (não necessariamente um cidadão do país). Não são cobertos pelo seguro saúde: as pessoas que não são residentes em Israel; os trabalhadores estrangeiros (legais e ilegais) – a lei obriga o empregador a contratar seguro saúde do mercado privado, pois uma pessoa não pode trabalhar sem ter algum tipo de seguro; os israelenses morando no exterior; os turistas; os voluntários do exterior (trabalhando sem pagamento); e certas categorias de residentes (soldados e pessoas em prisões - mais que 12 meses).

A lei definiu uma cesta de serviços unificada para todos os cidadãos. Tal cesta inclui um grupo abrangente de serviços, como ambulatoriais, hospitalares, exames diagnósticos e medicamentos básicos, observando-se que

o que fosse pactuado para ser oferecido teria o devido financiamento. Alguns preferem contratar também outros serviços privados de saúde, para ter acesso ao que não está coberto na cesta (como terapias alternativas) e para ter acesso mais rápido a serviços, como cirurgias.

A lei proveu liberdade para transferência dos usuários entre os SF, os quais são de abrangência nacional, e requereu que todos os segurados pagassem uma taxa de seguro saúde. Esse dispositivo é fundamental para o financiamento do sistema. Tal taxa é coletada pelo NII, um órgão governamental, sendo baseada na renda dos cidadãos. Quem tem renda paga a taxa obrigatória.¹ O desempregado paga um valor baixo. De todo modo, a atenção não será negada.

Os segurados têm liberdade para escolher os profissionais que atendem pelo SF no qual está registrado. Há disponibilidade de médicos generalistas e especialistas na comunidade.

O sistema valoriza a atenção primária à saúde, uma vez que o médico de família gerencia o cuidado do usuário, numa abordagem integral de atenção. Não se trata apenas de triar as pessoas para encaminhá-las a especialistas. O médico da comunidade é visto como bem capacitado, logo há estímulo para que os usuários recorram a ele. Esse modelo também contribui para a economia de recursos.

Se o usuário usa serviços não recomendados, arcará com custos maiores. O cidadão tem acesso a orientação telefônica sobre onde obter serviços para melhor atender sua situação. Assim, o sistema valoriza a eficiência e a responsabilidade do cidadão na utilização dos serviços.

¹ Cada residente (a partir de 18 anos) deve pagar contribuições de todos os ganhos, conforme taxas determinadas em lei. As contribuições ao seguro saúde são pagas ao NII e não aos *sick funds*. Há algumas isenções ao pagamento, como: criança até os 18 anos (mesmo que trabalhe), mulher casada que não trabalha fora do lar, novo imigrante pelos primeiros 12 meses (anteriormente o prazo já foi de 3 anos). A contribuição do trabalhador (empregado e autônomo) possui duas alíquotas: 3,1% dos ganhos até 60% do salário médio e 5,0% dos ganhos acima de 60% do salário médio, até 9 vezes o salário médio. O empregador é isento. O não-trabalhador (desempregado, estudante, residente morando no exterior) e o recipiente de benefício (por incapacidade ou de suporte de renda) pagam um valor mínimo de NIS 103 (US\$24) por mês. O idoso paga um valor mínimo de NIS 196 (US\$45) por mês, se for solteiro, e de NIS 283 (US\$65) por mês para o casal.

Caso o usuário seja admitido em hospital, a responsabilidade pelo mesmo é do departamento, não de um médico específico.

No que se refere à gestão financeira do sistema, foi estabelecido na lei um método de alocação de recursos destinados a financiar a cesta de serviços entre os SF. Esse processo é dinâmico e sujeito a alterações, visando ao aperfeiçoamento do sistema. A lei descontinuou a ligação entre direitos a serviços e a obrigação de pagamento direto.

A lei definiu a função de quatro órgãos centrais responsáveis pelo sistema de saúde: os SF (provedores dos serviços incluídos na cesta de saúde, determinados pela lei), o Ministério da Saúde - MS (que controla a qualidade e atividades dos SF), o Ministério da Fazenda - MF (responsável pelo financiamento da cesta de saúde) e o NII (que recolhe as taxas e registra os usuários dos SF). A figura 1 ilustra essa estrutura.

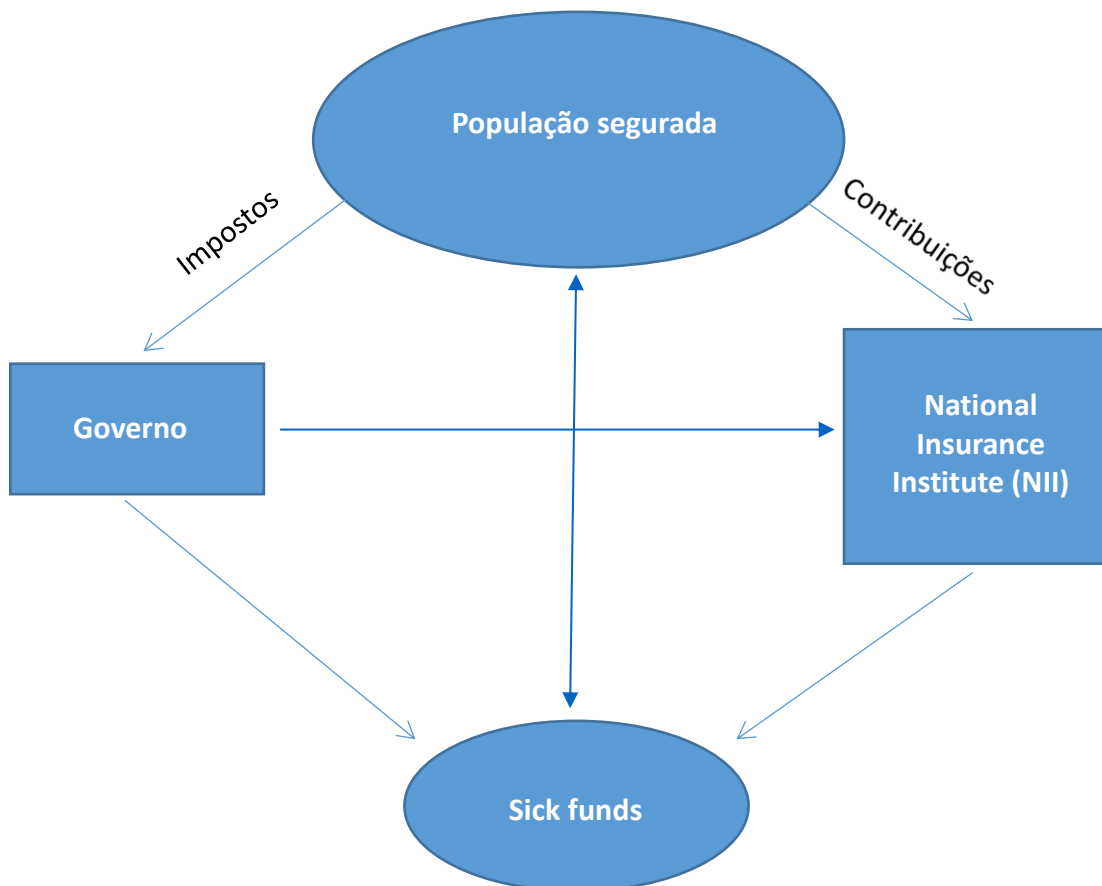
O MS e o MF participam de decisões para definir e financiar a cesta de saúde, que é atualizada anualmente. Há uma preocupação com a redução das desigualdades em saúde, como a inclusão no sistema, em 2015, de serviços de saúde dental e mental, acompanhada do devido financiamento.

Os SF são organizações sem fins de lucro, logo não há distribuição de lucro entre os acionistas e todo lucro dos SF é reinvestido neles mesmos. Eles não coletam contribuições ou prêmios (o NII faz isso).

Os SF podem oferecer seguro suplementar, mediante pagamento. Os SF competem entre si pela inscrição de segurados, pois não variam de preço, mas na qualidade.

Cada residente deve registrar-se no SF de sua escolha para receber serviços de saúde. Um SF não pode recusar a inscrição de segurados. Cada pessoa pode registrar-se em apenas um SF. Uma criança deve ser registrada no SF de um de seus pais.

Figura 1. Estrutura e financiamento do sistema de saúde de Israel.



Fonte: Mor-Yosef (2016).

O registro nos SF é simplificado, realizado numa agência de correio ou pelo sítio da Internet do NII. Esse método previne que os SF influenciem a escolha das pessoas. A agência de correio notifica o NII dos registros e trocas (uma vez ao dia). O NII notifica os SF sobre seus novos membros e sobre os que saíram.

Os segurados podem trocar de *sick fund* conforme regras determinadas em lei. Há seis datas durante o ano para que ocorram trocas de SF (em janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro). Um segurado pode trocar de SF até duas vezes por ano. Cerca de 1,5% da população troca de SF a cada ano.

Em 2014, havia 7.974.260 segurados, sendo 52,5% no Clalit, 24,8% no Maccabi, 13,7% no Meuhedet e 9,0% no Leumit. Essas proporções

variaram em relação a 1994, contudo o SF que tinha maior fatia do mercado continuou nessa posição, embora com uma proporção menor.

Quanto à função do NII, vale destacar que ele não lida apenas com o seguro saúde, uma vez que oferece outros tipos de seguro social (contributivos e não contributivos). Sua função, segundo a estrutura estabelecida pela Lei do NHI, é de registrar os membros dos SF e coletar as taxas do seguro saúde do público (aproximadamente 21 bilhões de New Israeli Shekel - NIS - em 2015).² Em 2015, a alocação de recursos da saúde para os SF numa base per capita correspondeu a aproximadamente 41 bilhões de NIS.

As fontes de financiamento do NHI são: as contribuições do seguro (prêmios) das pessoas seguradas, o orçamento estatal³ e a receita direta dos SF. A tabela 1 mostra que as contribuições dos segurados são a principal fonte, representando pouco mais da metade dos recursos.

Há ajustes anuais automáticos dos valores repassados aos SF, determinados pela lei, em função de mudanças nos preços na saúde, além das alterações demográficas e os avanços tecnológicos. Entretanto, o orçamento global para o NHI é determinado apenas após negociações entre o MS e o MF.

² Em 18/04/2017, um dólar dos EUA equivalia a 3,5 NIS e a 3,4 Reais.

³ Rosen, Waitzberg e Merkur (2015) destacaram que a participação do governo no financiamento pode oferecer proteção em tempos de crise, quando cair a renda dos cidadãos. Contudo, nesses períodos a receita do governo também pode diminuir. O fato é que mesmo na última crise europeia, enquanto o financiamento da saúde em alguns países reduziu, o de Israel manteve-se constante (o público reduziu e o privado aumentou).

Tabela 1. Distribuição proporcional das fontes de financiamento da cesta de saúde de Israel, de 2004 a 2013.

Ano	Governo	Contribuições ao seguro saúde	Ganhos diretos dos SF	Total
2004	44.2	50.4	5.4	100.0
2006	43.1	51.5	5.4	100.0
2008	38.8	54.8	6.4	100.0
2010	39.3	54.3	6.4	100.0
2011	39.3	54.3	6.4	100.0
2012	40.3	53.3	6.4	100.0
2013	40.7	52.9	6.4	100.0

Fonte: Mor-Yosef (2016).

A tabela 2 mostra a fórmula para distribuir os recursos entre os SF. Sob a atual fórmula, a maior parte dos recursos dos SF são função do número de segurados, de sua composição etária, da distribuição de sexo e do local de residência (centro/periferia).

Tabela 2. Fórmula para distribuição de valores aos SF, per capita, a partir de 2011.*

Idade do membro (até)	Residente da periferia		Não residente da periferia	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1	1,92	1,45	1,87	1,41
1-4	0,99	0,80	0,94	0,75
5-14	0,45	0,42	0,41	0,38
15-24	0,40	0,47	0,36	0,43
25-34	0,46	0,77	0,41	0,73
35-44	0,62	0,82	0,57	0,78
45-54	1,03	1,18	0,99	1,14
55-64	1,84	1,74	1,79	1,70
65-74	3,18	2,67	3,14	2,63
75-84	4,18	3,45	4,13	3,40
85 e +	4,27	3,57	4,23	3,52

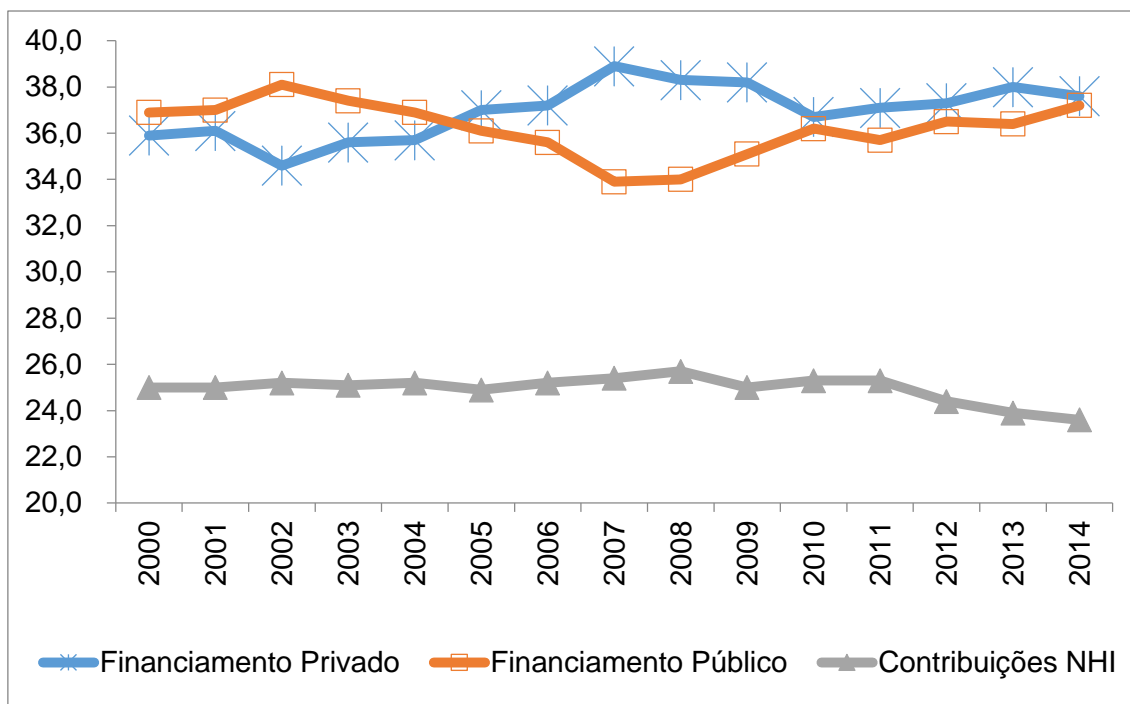
Fonte: Mor-Yosef (2016).

*A fórmula foi modificada em 2010; até então, o orçamento era distribuído apenas segundo a idade.

O NII calcula o montante para distribuição aos SF a cada mês, usando a base de dados que administra e transfere todo o recurso (exceto para despesas administrativas) aos SF a cada mês.

O financiamento proveniente das contribuições ao NIH está caindo (como se observa no gráfico 2), o que gera preocupação no que se refere à equidade do sistema (MOR-YOSEF, 2016).

Gráfico 2. Distribuição proporcional do gasto total de saúde, por setor de financiamento, de 2000 a 2014.

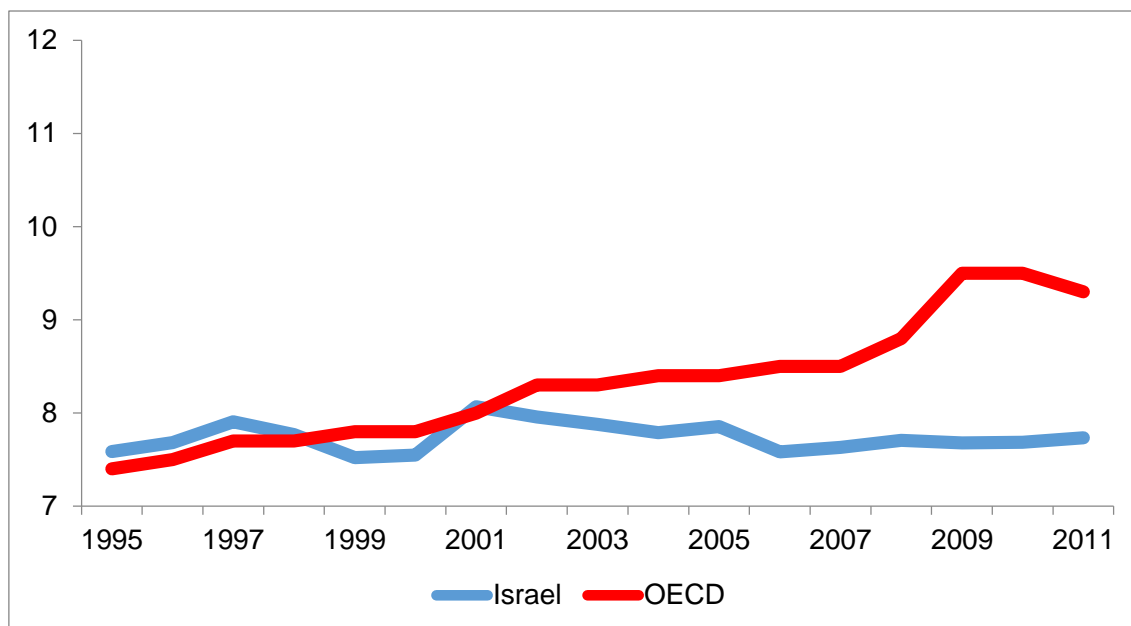


Fonte: Central Bureau of Statistics, Israel. Adaptado de Mor-Yosef (2016).

O gasto total em saúde (GTS) em Israel em 2012 foi de 15,3 bilhões de Euros. Ainda que a participação dos impostos gerais esteja caindo, Israel vem mantendo estável o gasto total com saúde, como se observa no gráfico 3, mesmo numa situação de crise econômica global (acentuada ao final do período abordado no gráfico).

De todo modo, Mor-Yosef (2016) chama a atenção para a erosão na universalidade do sistema de saúde, por meio de alterações legais a partir de 1998, que permitiram a coleta de taxas de “self-participation” (copagamento) pelo segurado para visitas médicas, aquisição de medicamento e tratamento. Isenções e descontos foram oferecidos a certos segmentos da população como resposta ao aumento do pagamento. A legislação também permitiu que os SF oferecessem seguro de saúde adicional, além da “cesta de serviços” básica.

Gráfico 3. Gastos totais em saúde como % do PIB em Israel e nos países da OCDE, 1995-2010.



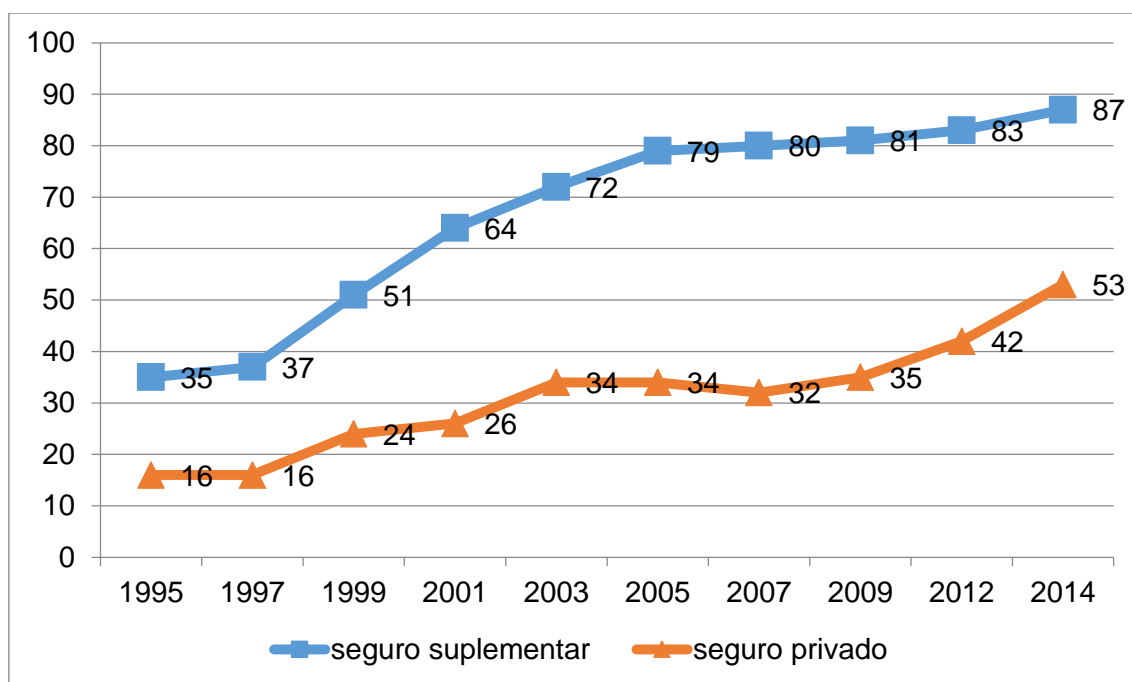
Fonte: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2013. Adaptado de Mor-Yosef (2016).

Outro exemplo de erosão ocorreu na forma de redução ou desqualificação de elegibilidade. Em 2001, foi reduzida a elegibilidade para os residentes em retorno do exterior (foi estabelecido período de espera e pagamento especial, que afetaria aproximadamente 620.000 pessoas em 2016). Em 2003, foram reduzidas isenções para segurados em idade de trabalho (por exemplo: recipientes de suporte de renda).

Apesar desses riscos, são observados avanços na incorporação de novos serviços. Em 2010, ocorreu a inclusão da saúde dental para crianças na cesta de saúde, começando com crianças até 8 anos e atualmente até 14 anos. Em 2015, ocorreu a transferência da responsabilidade de segurar serviços de saúde mental (passando do MS para os SF). Em 2016, houve a transferência da responsabilidade de segurar acidentes do trabalho (passando do NII para os SF).

A erosão na universalidade também foi exemplificada pela elevação na proporção de segurados que adquiriram seguro privado e suplementar (gráfico 4). Em Israel, como na maioria dos países da OCDE, existe cobertura universal de seguro saúde (gráfico 5), mas, em Israel, o percentual de seguros privados é especialmente elevado.

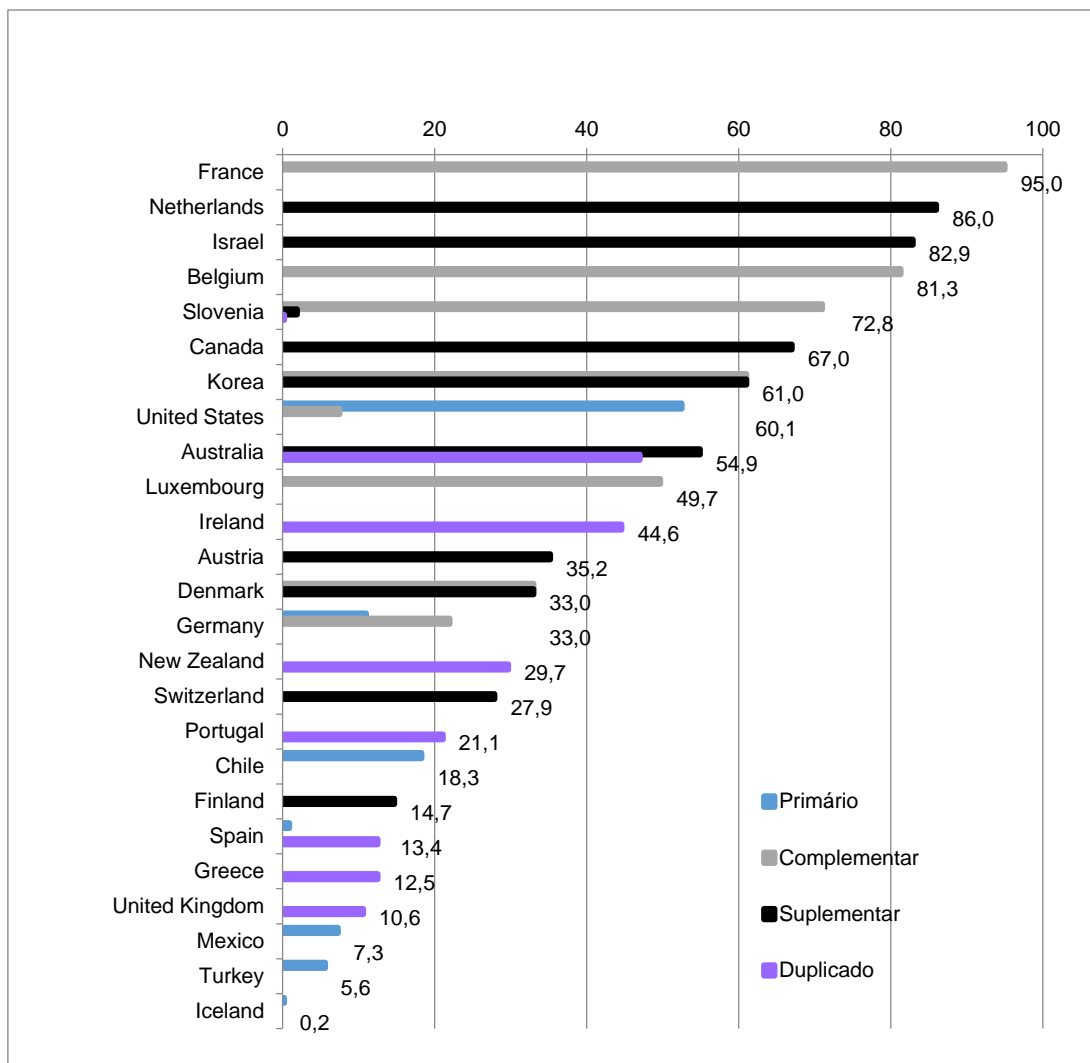
Gráfico 4. Percentual de segurados que compraram seguro privado e suplementar em Israel, 1995-2014.



Fonte: Pesquisa de satisfação de usuários de serviços dos planos de saúde (Survey do Brookdale Institute). Adaptado de Mor-Yosef (2016).

Nesse contexto de desafios, o País monitora a satisfação pública com seu sistema de saúde. Em 2012, 70% estavam satisfeitos com o sistema de saúde e 91% com os SF (gráfico 6). Os gráficos 7 e 8 indicam que os tempos de espera por consultas com especialistas (as comuns seriam: ginecologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia) influenciam uma percepção mais positiva dos usuários sobre o sistema de saúde.

Gráfico 5. Cobertura de seguro saúde privado dos países da OCDE, por tipo, 2013
(ou ano mais recente).



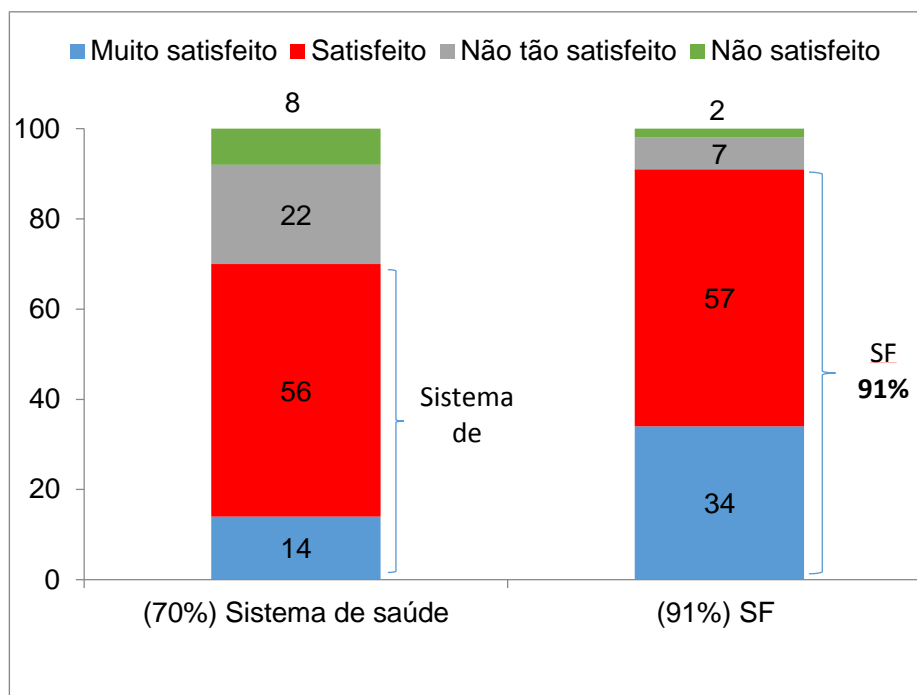
Fonte: OECD Health Statistics 2015. Adaptado de Mor-Yosef (2016).

A respeito do gasto privado em saúde em Israel (aquele realizado além do seguro público obrigatório), os consumidores pagam por serviços por meio de seguro de saúde voluntário ou pagamento direto pelos serviços. Em geral, isso ocorre para que se tenha acesso a serviços não cobertos na cesta básica (ex.: medicina alternativa, saúde dental, etc.), parcialmente cobertos (ex.: fertilização in vitro); com maior seleção de provedores, de acesso mais rápido ou mais avançados.

A figura 3 apresenta a distribuição do mercado de seguro saúde em Israel, em que 83% dos segurados contratam algum serviço suplementar

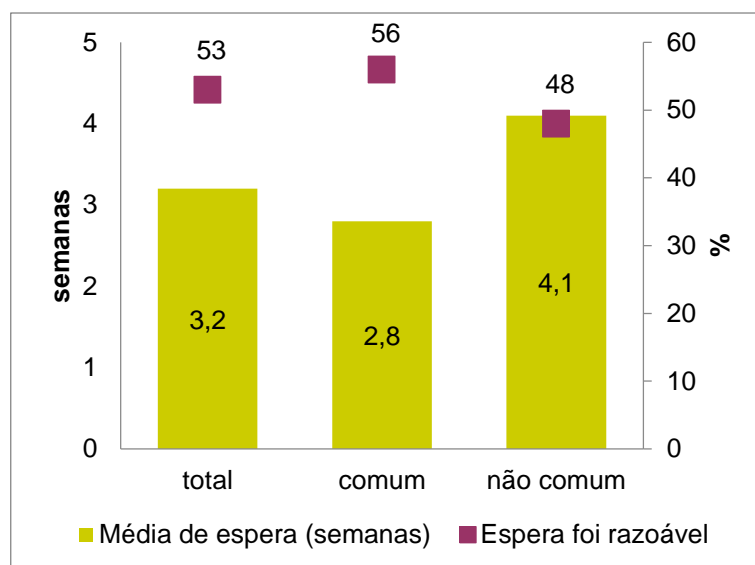
dentro do seguro público e 42% dos segurados a partir de 22 anos também possuem um plano privado.

Gráfico 6. Satisfação dos segurados com o sistema de saúde e os SF de Israel.



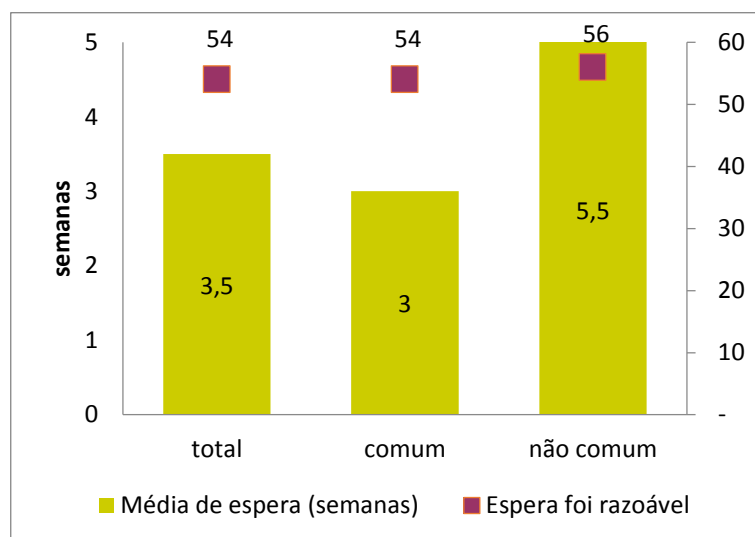
Fonte: 2012 Israel Consumer Health Survey. Adaptado de Waitzberg e Bramli-Greenberg (2013).

Gráfico 7. Tempos de espera por consultas com especialistas para adultos e percepção pública, Israel, 2012.



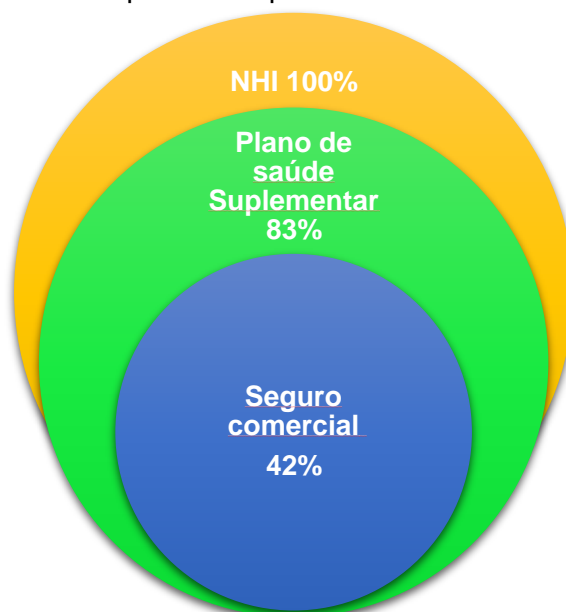
Fonte: 2012 Israeli Consumer Waiting Times in the Community Survey. Adaptado de Waitzberg e Brammli-Greenberg (2013).

Gráfico 8. Tempos de espera por consultas com especialistas para crianças e percepção pública, Israel, 2012.



Fonte: 2012 Israeli Consumer Waiting Times in the Community Survey. Adaptado de Waitzberg e Brammli-Greenberg (2013).

Figura 3. Distribuição proporcional do mercado de seguro saúde em Israel entre pessoas a partir de 22 anos.



Fonte: 2012 Israeli Consumer Health Survey. Adaptado de Waitzberg e Brammli-Greenberg (2013).

Após uma síntese do sistema de saúde de Israel, a seção é finalizada com fatores destacados por Rosen, Waitzberg e Merkur (2015) a respeito do sistema de saúde de Israel. Entre os desafios, os autores salientam: o declínio na parcela financiada pelo setor público dos gastos nacionais em saúde (a crescente dependência do financiamento privado teria potencial para afetar a equidade e a eficiência); a crescente escassez de profissionais de enfermagem e uma estimada escassez de médicos; e persistentes desigualdades entre grupos populacionais no que se refere a resultados de saúde e ao uso de serviços de saúde (por exemplo, há diferenças entre os judeus e árabes israelenses).

Sobre a eficiência do sistema de saúde, Rosen, Waitzberg e Merkur (2015) identificaram como fatores contribuintes: a competição regulada entre os planos de saúde; os controles regulatórios estritos na oferta de leitos hospitalares; atenção primária acessível e profissional; e um sistema de registros de saúde eletrônicos bem desenvolvido. Também identificaram uma notável capacidade do sistema para inovar, melhorar, estabelecer metas, persistir e priorizar.

Segundo Rosen, Waitzberg e Merkur (2015), o sistema de saúde de Israel tem como perspectiva os vários esforços de reforma, o que inclui: a inclusão de novos serviços (como os de saúde mental e os dentários para crianças); um esforço prolongado multifacetado para reduzir as desigualdades em saúde (como os projetos para medir e melhorar a qualidade dos serviços hospitalares e reduzir tempos de espera, conjugados com maior disseminação ao público de dados comparativos sobre desempenho). Os autores também destacaram os esforços para reduzir a escassez de médicos e enfermeiros, expandir o financiamento público, aumentar a eficiência do setor público e conter o crescimento do setor privado.

5. EVOLUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL E EM ISRAEL

Nessa seção são apresentados dados sobre a evolução de indicadores de Brasil e Israel, associados à situação de saúde nos dois países. Para tanto, foram utilizados indicadores com os dados mais recentes, disponibilizados nos sítios da Internet da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômicos – OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018). Esses dados estão disponibilizados nos apêndices de A até F, os quais abordam, respectivamente: mortalidade, morbidade, fatores de risco, ações de saúde, recursos para saúde e gastos em saúde.

Nesses apêndices são mostrados os valores dos indicadores em período anterior (o mais próximo disponível ao ano de 1994 – uma fase em que os sistemas de saúde dos dois países estavam iniciando alterações) e no atual, de modo que se possa ter uma noção das variações ocorridas e que podem estar associadas ao desenvolvimento dos sistemas de saúde. Os dados serão apresentados na mesma sequência dos temas dos referidos apêndices.

No grupo de indicadores sobre mortalidade (apêndice A), percebe-se que ambos os países alcançaram elevada expectativa de vida ao nascer, contudo o valor para Israel é maior e aquele alcançado pelo Brasil atualmente ainda é um pouco inferior à situação de Israel em 1994.

Essa situação, em geral, repete-se para os demais indicadores desse grupo e acentua-se no caso da mortalidade infantil, neonatal e das crianças com menos de cinco anos, em que, apesar da grande redução dos valores para o Brasil, atualmente, são praticamente o dobro dos de Israel. A mortalidade materna é outro indicador em que o Brasil apresenta valores ainda muito elevados.

Quanto às causas de óbito, os dados indicam que as não transmissíveis são mais frequentes em Israel. As mortes por tuberculose estão se reduzindo nos dois países, porém possuem maiores taxas no Brasil. Vale destacar que informações sobre óbitos por Aids não estavam disponíveis para Israel.

Nos óbitos por causas externas, observa-se aumento na taxa de mortes no trânsito no Brasil, enquanto que em Israel houve redução. No Brasil, as mortes causadas por lesões mantiveram-se estáveis, enquanto foram reduzidas em Israel. As taxas de mortes por suicídio são similares nos dois países e são quase a metade da média da OCDE.

No que se refere à morbidade (apêndice B), observa-se a maior incidência de tuberculose no Brasil. Também nesse grupo de indicadores há ausência de dados sobre HIV para Israel (ao menos nos indicadores divulgados pela OCDE e pelo Banco Mundial), enquanto que os dados do Brasil apontam para uma elevação na prevalência da infecção.

O Brasil apresenta prevalência de diabetes um pouco superior a Israel e valores similares nas proporções de crianças com baixo peso ao nascer e de desnutrição. Neste último indicador, o Brasil apresentou grande redução num período de 15 anos. Os indicadores sobre anemia entre crianças e mulheres mostram pouca variação, até mesmo com certo aumento, em ambos os países, contudo o patamar do Brasil é quase o dobro do de Israel.

Quanto aos indicadores sobre fatores de risco para a saúde (apêndice C), ambos os países reduziram o tabagismo, porém o Brasil destaca-se por ter alcançado menores níveis de tabagismo entre homens e mulheres. O consumo de álcool aumentou em ambos, mas no Brasil o patamar é de quase o triplo do de Israel (ainda assim, é inferior à média da OCDE). Ambos os países se encontram com elevada proporção de sobrepeso, sendo que o problema é maior em Israel, particularmente entre os homens.

Os dados sobre ações de saúde (apêndice D) mostram que os dois países apresentam elevadas coberturas vacinais, em geral, um pouco maior em Israel (exceto no caso da vacina contra a pólio). As consultas médicas per capita em Israel são o dobro daquelas do Brasil. A taxa de pacientes internados em Israel é o triplo daquela do Brasil, contudo a taxa de cirurgias no Brasil é o triplo daquela de Israel. Os dados do Banco Mundial não apresentam informações sobre consulta de pré-natal e atenção ao HIV no caso de Israel.

Quanto aos recursos disponíveis para as políticas de saúde (apêndice E), observa-se que profissionais médicos e de enfermagem apresentam tendência de redução relativa em Israel. No Brasil, a tendência é de elevação, embora o patamar persista inferior ao de Israel. Chama atenção no caso brasileiro, a elevação de profissionais de enfermagem.

Também em relação aos leitos hospitalares, há tendência de queda relativa em ambos países. Os valores desse indicador estão inferiores à média da OCDE; mas, novamente, Israel apresenta um valor atual maior que o Brasil. A disponibilidade de equipamentos para realizar ressonância magnética e tomografia computadorizada é relativamente maior no Brasil.

Na esfera dos sistemas de informação, o grau de completude dos registros de nascimento e de óbito é elevado nos dois países, sendo maior em Israel.

Finalmente, o grupo de indicadores sobre gastos em saúde (apêndice F) mostra que os dois países praticamente triplicaram, em termos absolutos, os gastos que tinham na década de 1990 e apresentam proporções similares do PIB (8%) aplicados em saúde, contudo a proporção de gasto público é maior em Israel. Esse país também possui patamares de gasto per capita bem superiores ao Brasil. A parcela da população que está sob risco de gastos catastróficos⁴ em saúde é mais elevada no Brasil.

⁴ Por exemplo, o Banco Mundial (2018) definiu gasto catastrófico com cirurgia como os gastos pagos diretamente pelo usuário para cirurgia e anestesia, que sejam superiores a 10% dos rendimentos totais.

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo exploratório apresenta como principal contribuição o levantamento de informações sobre o sistema universal de saúde de Israel, as quais são escassas na literatura nacional. Tais informações facilitam a compreensão do razoável sucesso alcançado por esse país no setor saúde em comparação com países de maior desenvolvimento econômico. Essas informações também permitem a troca de experiências, que podem ser benéficas para os dois sistemas de saúde, apesar das notórias diferenças no contexto socioeconômico.

Em geral, tal contexto, ao tempo em que iniciou a reforma de seu sistema de saúde, era bem mais favorável no caso de Israel e, em geral, isso contribuiu para que os avanços atuais se encontrem em níveis superiores aos do Brasil. Contudo, isso não significa que este não tenha alcançado resultados significativos (como o controle da desnutrição e a redução da mortalidade infantil) e, em algumas situações, apresentado dados mais favoráveis, como, por exemplo, o controle do tabagismo e a atenção a pessoas com HIV/Aids.

Enfim, o estudo não se destinou a identificar medidas a serem copiadas pelos países, mas a contribuir no aprendizado de sistemas universais de saúde, que contam com considerável aporte de recursos públicos e buscam a eficiência e a equidade na saúde.

Considerando os achados da pesquisa, percebe-se que o sistema de Israel, que tem buscado a equidade, poderia beneficiar-se da observação das experiências exitosas do SUS anteriormente citadas. O sistema brasileiro, por sua vez, poderia beneficiar-se pela reflexão a respeito de pontos fortes identificados no sistema de Israel, como: valorização efetiva da atenção primária à saúde, como porta de entrada do sistema para toda a população; planejamento e financiamento adequados das ações de saúde; busca da elevação da qualidade e da redução das desigualdades em saúde, bem como seu monitoramento e avaliação; uso intensivo da tecnologia da informação na atenção à saúde; efetivo gerenciamento de custos, objetivando a eficiência, mas

com expansão dos serviços; e enfrentamento objetivo dos problemas do setor, permitindo o alcance de progresso contínuo.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Health, Nutrition and Population Statistics, 2018. Disponível em: <http://databank.worldbank.org>. Acesso em 21/04/18.

BRASIL. Relatório da Subcomissão do SUS da Comissão de Seguridade Social e Família. Câmara dos Deputados. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/subcomissoes-2015/subsus/relatorio-final-da-subcomissao-subsus>. Acesso em 17/04/18.

MOR-YOSEF S. The Health Insurance System in Israel: Structure, Coverage and Financing. National Insurance Institute of Israel. Jerusalem, 2016.

OCDE, Health Statistics 2017. Paris, 2017. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Acesso em 17/04/18.

PAIM, J, TRAVASSOS, C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 377, pp. 1778–97, 2011.

ROSEN B, WAITZBERG R, MERKUR S. Israel: Health system review. Health Systems in Transition, vol. 17(6), 2015.

WAITZBERG R, BRAMMLI-GREENBERG, S. Health care system in Israel: A Model to be Followed? Myers-JDC Brookdale Institute Israel. Jerusalem, 2013.

APÊNDICE A – INDICADORES SOBRE MORTALIDADE

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Expectativa de vida, população total ao nascimento, anos	Israel	77,5 (1994)	82,1 (2015)	80,6	OCDE
	Brasil	67,2 (1994)	74,7 (2015)		
Expectativa de vida, população feminina ao nascimento, anos	Israel	79,4 (1994)	84,1 (2015)	83,1	OCDE
	Brasil	71,1 (1994)	78,5 (2015)		
Expectativa de vida, população masculina ao nascimento, anos	Israel	75,5 (1994)	80,1 (2015)	77,9	OCDE
	Brasil	63,3 (1994)	71,0 (2015)		
Expectativa de vida ao nascimento, total (anos)	Israel	78,1 (1994)	82,1 (2011)	...	BM
	Brasil	69,1 (1994)	75,2 (2011)		
Expectativa de vida ao nascimento, mulheres (anos)	Israel	80,3 (1994)	84,1 (2011)	...	BM
	Brasil	73,1 (1994)	78,9 (2011)		
Expectativa de vida ao nascimento, homens (anos)	Israel	76,1 (1994)	80,1 (2011)	...	BM
	Brasil	65,3 (1994)	71,6 (2011)		
Probabilidade de óbito entre 5-14 anos (por 1.000 crianças com 5 anos)	Israel	1,5 (1996)	0,9 (2012)	...	BM
	Brasil	3,4 (1996)	2,5 (2012)		
Expectativa de vida, mulheres aos 65, anos	Israel	18,1 (1994)	21,5 (2015)	21,1	OCDE
	Brasil	17,7 (1998)	19,8 (2015)		
Expectativa de vida, homens aos 65, anos	Israel	16,0 (1994)	18,9 (2015)	17,9	OCDE
	Brasil	15,4 (1998)	16,7 (2015)		
Sobrevivência para a idade de 65, mulheres (% do cohort)	Israel	90,0 (1994)	93,3 (2011)	...	BM
	Brasil	77,9 (1994)	84,7 (2011)		
Sobrevivência para a idade de 65, homens (% do cohort)	Israel	83,4 (1994)	88,8 (2011)	...	BM
	Brasil	62,9 (1994)	72,6 (2011)		
Anos de vida potencial perdidos, todas as causas, anos perdidos, /100.000 mulheres, 0-69 anos	Israel	3.175 (1994)	1.805 (2014)	2.297	OCDE
	Brasil	7.178 (1994)	4.672 (2014)		
	Israel	5.088 (1994)	3.084 (2014)	4.394	OCDE

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Anos de vida potencial perdidos, todas as causas, anos perdidos, /100.000 homens, 0-69 anos	Brasil	13.263 (1994)	9.810 (2014)		
Taxa de óbito, bruta (por 1.000 hab.)	Israel	6,2 (1994)	5,3 (2011)	...	BM
	Brasil	6,2 (1994)	6,1 (2011)		
Taxa de mortalidade, mulheres adultas (por 1.000 mulheres adultas)	Israel	56,4 (1994)	41,0 (2010)	...	BM
	Brasil	132,7 (1994)	95,1 (2011)		
Taxa de mortalidade, homens adultos (por 1.000 homens adultos)	Israel	105,6 (1994)	72,2 (2010)	...	BM
	Brasil	257,8 (1994)	193,6 (2011)		
Mortalidade infantil, mortes por 1.000 nascidos vivos	Israel	7,5 (1994)	3,1 (2015)	3,9	OCDE
	Brasil	42,2 (1994)	14,6 (2015)		
Taxa de mortalidade, menor de um ano (por 1.000 nascidos vivos)	Israel	6,1 (1994)	2,9 (2012)	...	BM
	Brasil	35,1 (1994)	13,5 (2012)		
Taxa de mortalidade, menor de um ano, sexo feminino (por 1.000 nascidos vivos)	Israel	5,2 (1996)	2,6 (2012)	...	BM
	Brasil	28,0 (1996)	12,2 (2012)		
Taxa de mortalidade, menor de um ano, sexo masculino (por 1.000 nascidos vivos)	Israel	6,0 (1996)	3,0 (2012)	...	BM
	Brasil	34,4 (1996)	14,7 (2012)		
Taxa de mortalidade, neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	Israel	3,9 (1994)	2,0 (2012)	...	BM
	Brasil	18,6 (1994)	7,8 (2012)		
Taxa de mortalidade, abaixo de cinco anos (por 1.000)	Israel	7,5 (1994)	3,6 (2012)	...	BM
	Brasil	40,6 (1994)	15,1 (2012)		
Taxa de mortalidade, abaixo de cinco anos, sexo feminino (por 1.000)	Israel	6,4 (1996)	3,4 (2012)	...	BM
	Brasil	32,2 (1996)	13,7 (2012)		
Taxa de mortalidade, abaixo de cinco anos, sexo masculino (por 1.000)	Israel	7,3 (1996)	3,9 (2012)	...	BM
	Brasil	39,2 (1996)	16,4 (2012)		
Risco de morte materna ao longo da vida (%)	Israel	0,03 (1994)	0,02 (2011)	...	BM
	Brasil	0,2 (1994)	0,1 (2011)		
Razão de mortalidade materna (estimativa modelada, por 100.000 nascidos vivos)	Israel	9,0 (1994)	5,0 (2011)	...	BM
	Brasil	94,0 (1994)	44,0 (2011)		

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Razão de mortalidade materna (estimativa nacional, por 100.000 nascidos vivos)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	64,0 (1997)	58,2 (2008)		
Causa de óbito, por doenças transmissíveis e condições maternas, do pré-natal e nutricionais (% do total)	Israel	6,7 (1996)	9,6 (2011)	...	BM
	Brasil	17,6 (1996)	13,9 (2011)		
Causa de óbito, por doenças não transmissíveis (% do total)	Israel	87,5 (1996)	86,0 (2011)	...	BM
	Brasil	70,1 (1996)	73,3 (2011)		
Mortalidade por doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica entre 30 e 70 anos(%)	Israel	15,0 (1996)	9,0 (2011)	...	BM
	Brasil	25,0 (1996)	17,0 (2011)		
Óbitos estimados por Aids (Estimativas da UNAIDS)	Israel	..	...	...	BM
	Brasil	15.000 (1994)	14.000 (2012)		
Taxa de óbito por tuberculose (por 100.000 hab.)	Israel	1,3 (1996)	0,2 (2012)	...	BM
	Brasil	4,7 (1996)	2,6 (2012)		
Mortalidade causada por lesão no trânsito (por 100.000 hab.)	Israel	7,6 (1996)	3,2 (2011)	...	BM
	Brasil	15,9 (1996)	22,6 (2011)		
Causa de óbito, por lesão (% do total)	Israel	5,7 (1996)	4,3 (2011)	...	BM
	Brasil	12,3 (1996)	12,8 (2011)		
Causa de óbito, Lesão intencional auto-provocada, óbitos por 100.000 hab. (taxas padronizadas)	Israel	10,1 (1994)	5,5 (2014)	12,1	OCDE
	Brasil	4,9 (1994)	5,7 (2014)		
Taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 hab.)	Israel	7,3 (1996)	5,5 (2011)	...	BM
	Brasil	5,2 (1996)	6,3 (2011)		
Número de óbitos entre 5-14 anos	Israel	162,0 (1996)	129 (2012)	...	BM
	Brasil	12.005 (1996)	7.827 (2012)		
Número de óbitos infantis	Israel	735 (1994)	482 (2012)	...	BM

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
	Brasil	126.622 (1994)	39.763 (2012)		
Número de óbitos maternos	Israel	11 (1994)	9 (2011)	...	BM
	Brasil	3.400 (1994)	1.300 (2011)		
Número de óbitos neonatais	Israel	476 (1994)	332 (2012)	...	BM
	Brasil	67.296 (1994)	22.932 (2012)		
Número de óbitos abaixo de cinco anos	Israel	893 (1994)	598 (2012)	...	BM
	Brasil	146.647 (1994)	44.562 (2012)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).

APÊNDICE B – INDICADORES SOBRE MORBIDADE

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Taxa de detecção de casos de tuberculose (todas as formas)	Israel	87,0 (2000)	87,0 (2016)	...	BM
	Brasil	87,0 (2000)	87,0 (2016)		
Incidência de tuberculose (por 100.000 hab.)	Israel	10,0 (2000)	3,5 (2016)	...	BM
	Brasil	51,0 (2000)	42,0 (2016)		
Adultos (idade 15+) e crianças (0-14 anos) vivendo com HIV	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	300.000 (1998)	830.000 (2016)		
Adultos (idade 15+) e crianças (0-14 anos) com infecção recente pelo HIV	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	40.000 (1998)	48.000 (2016)		
Adultos (idade 15+) vivendo com HIV	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	290.000 (1998)	820.000 (2016)		
Adultos (ages 15+) com infecção recente pelo HIV	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	38.000 (1998)	47.000 (2016)		
Incidência de HIV (% da população não infectada com idade entre 15-49 anos)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	0,04 (1998)	0,04 (2016)		
Prevalência de HIV, mulheres (% entre 15-24 anos de idade)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	0,2 (1998)	0,2 (2016)		
Prevalência de HIV, homens (% entre 15-24 anos de idade)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	0,2 (1998)	0,3 (2016)		
Prevalência de HIV, total (% da população entre 15-49 anos de idade)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	0,3 (1998)	0,6 (2016)		
Prevalência de diabetes (% da população entre 20 a 79 anos de idade)	Israel	...	6,7 (2017)	...	BM
	Brasil	...	8,1 (2017)		
Prevalência de desnutrição (% da população)	Israel	2,5 (2000)	2,5 (2015)	...	BM
	Brasil	12,0 (2000)	2,5 (2015)		
Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (% de nascimentos)	Israel	8,0 (2001)	8,0 (2012)	...	BM

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
	Brasil	8,2 (2003)	8,5 (2011)		
Prevalência de anemia entre crianças (% de crianças com menos de 5 anos)	Israel	11,7 (1998)	13,4 (2016)	...	BM
	Brasil	25,0 (1998)	25,1 (2016)		
Prevalência de anemia entre mulheres não grávidas (% de mulheres entre 15-49 anos)	Israel	12,6 (1998)	15,2 (2016)	...	BM
	Brasil	30,1 (1998)	26,8 (2016)		
Prevalência de anemia entre mulheres grávidas (%)	Israel	23,6 (1998)	23,8 (2016)	...	BM
	Brasil	42,0 (1998)	37,3 (2016)		
Prevalência de anemia entre mulheres em idade reprodutiva (% de mulheres entre 15-49 anos)	Israel	13,2 (1998)	15,7 (2016)	...	BM
	Brasil	30,6 (1998)	27,2 (2016)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).

APÊNDICE C – INDICADORES SOBRE FATORES DE RISCO

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Consumo de tabaco, % de mulheres 15+ que fumam diariamente	Israel	16 (1996)	14,1 (2016)	14,8	OCDE
	Brasil	13,7 (2003)	5,4 (2015)		
Consumo de tabaco, % de homens 15+ que fumam diariamente	Israel	34,1 (1996)	25,3 (2016)	23,2	OCDE
	Brasil	21,8 (2003)	9,5 (2015)		
Consumo de tabaco, % da população 15+ que fumam diariamente	Israel	24,5 (1996)	19,6 (2016)	18,8	OCDE
	Brasil	17,6 (2003)	7,2 (2015)		
Prevalência de tabagismo, mulheres (% de adultos)	Israel	22,8 (2000)	19,3 (2015)	...	BM
	Brasil	18,5 (2000)	11,3 (2015)		
Prevalência de tabagismo, homens (% de adultos)	Israel	43,6 (2000)	41,2 (2015)	...	BM
	Brasil	29,4 (2000)	19,3 (2015)		
Consumo de álcool, Litros per capita (idade 15+)	Israel	1,7 (1994)	2,6 (2014)	9,0	OCDE
	Brasil	5,2 (1994)	7,3 (2014)		
População obesa, autodeclarado, % de mulheres	Israel	12,8 (2002)	15,7 (2016)	16,4	OCDE
	Brasil	13,1 (2003)	16,2 (2015)		
População obesa, autodeclarado, % de homens	Israel	12,2 (2002)	17,4 (2016)	16,6	OCDE
	Brasil	8,9 (2003)	18,0 (2015)		
População obesa, autodeclarado, % da população total	Israel	12,5 (2002)	16,6 (2016)	16,5	OCDE
	Brasil	11,1 (2003)	17,0 (2015)		
Prevalência de sobrepeso (% de adultos)	Israel	57,8 (1998)	64,3 (2016)	...	BM
	Brasil	44,5 (1998)	56,5 (2016)		
Prevalência de sobrepeso, mulheres (% de mulheres adultas)	Israel	53,3 (1998)	57,8 (2016)	...	BM
	Brasil	45,7 (1998)	55,4 (2016)		
Prevalência of sobrepeso, homens (% de homens adultos)	Israel	62,4 (1998)	70,9 (2016)	...	BM
	Brasil	43,1 (1998)	57,6 (2016)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).

APÊNDICE D – INDICADORES SOBRE AÇÕES DE SAÚDE

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Imunização, DPT (% de crianças entre 12-23 meses de idade)	Israel	92 (1998)	94 (2016)	...	BM
	Brasil	93 (1998)	86 (2016)		
Imunização, HepB3 (% de crianças com um ano de idade) *	Israel	97 (1998)	95 (2016)	...	BM
	Brasil	13 (1998)	86 (2016)		
Imunização, Hib3 (% de crianças entre 12-23 meses de idade) **	Israel	94 (1998)	94 (2016)	...	BM
	Brasil	90 (2000)	86 (2016)		
Imunização, measles (% de crianças entre 12-23 meses de idade)	Israel	94 (1998)	97 (2016)	...	BM
	Brasil	95 (1998)	96 (2016)		
Imunização, Pol3 (% de crianças com um ano de idade) ***	Israel	92 (1998)	94 (2016)	...	BM
	Brasil	95 (1998)	98 (2016)		
Recém-nascidos protegidos contra o tétano (%)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	86 (1998)	93 (2016)		
Grávidas recebendo atenção pré-natal (%)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	...	98 (2009)		
Consultas médicas, número per capita	Israel	6,8 (1996)	6,2 (2009)	6,89	OCDE
	Brasil	2,2 (1995)	2,8 (2013)		
Taxa de sucesso de tratamentos para tuberculose (% de novos casos)	Israel	86 (2000)	83 (2015)	...	BM
	Brasil	71 (2000)	71 (2015)		
Cobertura de terapia antirretroviral (% de pessoas vivendo com HIV)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	27 (2000)	60 (2016)		
Cobertura de terapia antirretroviral para prevenção de transmissão materno-fetal (% de grávidas vivendo com HIV)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	56 (2010)	89 (2016)		
Altas de pacientes internados (todos hospitais), por 100.000 hab.	Israel	17.163 (2000)	15.890 (2015)	15.687	OCDE
	Brasil	7.956 (1995)	5.522 (2012)		

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Número de procedimentos cirúrgicos (por 100.000 hab.)	Israel	...	4.879 (2014)	...	BM
	Brasil	...	13.940 (2015)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).

APÊNDICE E – INDICADORES SOBRE RECURSOS PARA SAÚDE

Indicador	País	Anterior	Atual	Média OCDE	Fonte
Médicos, densidade por 1.000 habitantes	Israel	3,6 (1996)	3,4 (2015)	3,4	OCDE
	Brasil	1,2 (1994)	1,8 (2010)		
Médicos (por 1.000 hab.)	Israel	3,8 (1998)	3,6 (2014)	...	BM
	Brasil	1,3 (1998)	1,9 (2013)		
Enfermeiros, densidade por 1.000 hab.	Israel	5,3 (1996)	4,9 (2015)	9,0	OCDE
	Brasil	0,3 (1994)	1,5 (2015)		
Enfermeiros e práticos (por 1.000 hab.)	Israel	6,2 (2006)	5,3 (2014)	...	BM
	Brasil	2,3 (1998)	7,4 (2013)		
Partos assistidos por profissionais qualificados (% do total)	Israel	...	...	...	BM
	Brasil	98,6 (1998)	99,1 (2013)		
Força de trabalho especializada em cirurgia (por 100.000 hab.)	Israel	...	75,6 (2015)	...	BM
	Brasil	...	34,7 (2016)		
Total de leitos hospitalares, por 1.000 hab.	Israel	4,3 (1994)	3,0 (2016)	4,7	OCDE
	Brasil	3,3 (1994)	2,3 (2012)		
Leitos hospitalares (por 1.000 habitantes)	Israel	6,1 (1998)	3,3 (2012)	...	BM
	Brasil	2,6 (2002)	2,3 (2012)		
Tecnologia médica, aparelhos de ressonância magnética, por milhão de hab.	Israel	0,9 (1995)	4,2 (2015)	15,5	OCDE
	Brasil	3,1 (2006)	6,8 (2012)		
Tecnologia médica, aparelhos para tomografia computadorizada, total, por milhão de hab.	Israel	1,6 (1995)	9,9 (2015)	25,6	OCDE
	Brasil	10,5 (2006)	15,3 (2012)		
Completitude do registro de nascimento (%)	Israel	...	100,0 (2014)	...	BM
	Brasil	89,0 (2005)	95,9 (2014)		
Completitude do registro de óbito com informação de causa de óbito (%)	Israel	100,0 (2002)	100,0 (2011)	...	BM
	Brasil	85,8 (2002)	93,0 (2011)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).

APÊNDICE F – INDICADORES SOBRE GASTOS EM SAÚDE

Indicador	País	Passado	Atual	Média OCDE	Fonte
Gasto em saúde, total (US\$ corrente)	Israel	8.532.368.026 (1998)	23.754.802.424 (2014)	...	BM
	Brasil	56.862.003.407 (1998)	195.243.908.093 (2014)		
Gasto corrente em saúde, per capita, US\$ / paridades de poder de compra (PPP, preços correntes)	Israel	1.324 (1994)	2.822 (2016)	4.003	OCDE
	Brasil	640 (2000)	995 (2013)		
Gasto em saúde per capita (US\$ corrente)	Israel	1.429 (1998)	2.910 (2014)	...	BM
	Brasil	333 (1998)	947 (2014)		
Gasto em saúde per capita, PPP	Israel	1.622 (1998)	2.599 (2014)	...	BM
	Brasil	560 (1998)	1.318 (2014)		
Gasto corrente em saúde, % do PIB	Israel	7,1 (1994)	7,4 (2016)	9,0	OCDE
	Brasil	7,0 (2000)	6,2 (2013)		
Gasto em saúde, total (% do PIB)	Israel	7,4 (1998)	7,8 (2014)	...	BM
	Brasil	6,6 (1998)	8,3 (2014)		
Gasto em saúde, privado (% do PIB)	Israel	2,5 (1998)	3,1 (2014)	...	BM
	Brasil	3,8 (1998)	4,5 (2014)		
Gasto em saúde, público (% do PIB)	Israel	4,8 (1998)	4,8 (2014)	...	BM
	Brasil	2,8 (1998)	3,8 (2014)		
Gasto em saúde, privado (% do total do gasto em saúde)	Israel	33,6 (1998)	39,1 (2014)	...	BM
	Brasil	57,4 (1998)	54 (2014)		
Gasto em saúde, público (% do gasto do governo)	Israel	9,2 (1998)	11,6 (2014)	...	BM
	Brasil	5,6 (1998)	6,8 (2014)		
Gasto em saúde, público (% do total do gasto em saúde)	Israel	64,2 (1998)	60,9 (2014)	...	BM
	Brasil	42,6 (1998)	46 (2014)		
Esquemas de seguro saúde do governo e compulsório, % do gasto corrente em saúde.	Israel	68,2 (1995)	60,3 (2016)	72,5	OCDE
	Brasil	40,3 (2000)	55,2 (2013)		
	Israel	931 (1995)	1.702 (2016)	2.937	OCDE

Indicador	País	Passado	Atual	Média OCDE	Fonte
Esquemas de seguro saúde do governo e compulsório, gasto per capita, US\$ PPP (preços correntes)	Brasil	258 (2000)	549 (2013)		
Gasto pessoal em saúde (% do gasto privado em saúde)	Israel	83,5 (1998)	68,9 (2014)	...	BM
	Brasil	66,9 (1998)	47,2 (2014)		
Gasto pessoal em saúde (% do total do gasto em saúde)	Israel	28,0 (1998)	27 (2014)	...	BM
	Brasil	38,4 (1998)	25,5 (2014)		
Risco de gasto catastrófico por cirurgia (% de pessoas em risco)	Israel	...	11,1 (2014)	...	BM
	Brasil	...	37,4 (2014)		
Risco gasto empobrecedor para cirurgia (% de pessoas em risco)	Israel	...	4,2 (2014)	...	BM
	Brasil	...	38,8 (2014)		

Fonte: Elaboração própria a partir de busca nos sítios da Internet da OCDE (2018) e do Banco Mundial (2018).