

# Economia da Saúde, Governança Econômica e Gestão de Contratos

---

## 1. Introdução

O orçamento de R\$ 480 milhões da PMDF conta uma história sobre prioridades estratégicas — e essa história revela um dilema: **90% dos recursos fluem para prestadores externos** sobre os quais o sistema exerce governança mínima. Este módulo capacita futuros diretores de saúde a ler essa história criticamente e, mais importante, a reescrevê-la. Economia da saúde não é disciplina abstrata de planilhas e fórmulas — é a linguagem que traduz escolhas estratégicas em recursos, incentivos e contratos. Dominá-la significa transformar intenções em realidade institucional.

Imagine a seguinte cena: você, como futuro diretor de saúde, recebe demanda urgente do comando — "precisamos de mais 200 cirurgias ortopédicas este trimestre, os policiais estão esperando há meses". Simultaneamente, o departamento financeiro avisa que o orçamento de terceirizados está 15% acima do previsto. E o epidemiologista do sistema acaba de apresentar estudo mostrando que 40% das lesões ortopédicas poderiam ser prevenidas com programa de condicionamento físico que custaria 1/10 do gasto cirúrgico atual. O que você faz? Cada escolha sacrifica algo importante. Esse dilema não é hipotético — é o cotidiano de gestores que não dominam a linguagem econômico-contratual que traduz intenções em realidade.

O Módulo 1 desenvolveu o pensamento estratégico necessário para diagnosticar problemas complexos. O Módulo 2 mapeou como sistemas de saúde ao redor do mundo organizam suas respostas. Este terceiro módulo conecta diagnóstico e referências a uma pergunta inevitável: como financiar e contratar a estratégia? A resposta exige compreender três dimensões interligadas. Primeiro, o orçamento como espelho da estratégia — não documento contábil, mas expressão das verdadeiras prioridades institucionais. Segundo, as ferramentas de análise econômica que informam decisões de alocação. Terceiro, os contratos como arquitetura de incentivos que molda comportamentos de prestadores.

A tese central deste módulo é direta: a sustentabilidade do sistema de saúde da PMDF depende de redesenhar sua arquitetura econômico-contratual, movendo-a de um modelo orientado a volume para um modelo orientado a valor. Isso não significa cortar custos — significa garantir que cada real gasto produza o máximo de saúde possível para os 75 mil beneficiários. Para oficiais acostumados a decisões clínicas, pensar economicamente pode parecer desconfortável. Mas a lógica é idêntica à medicina baseada em evidências: escolher intervenções que produzam melhores resultados com os recursos disponíveis (Drummond et al., 2015). O diretor de saúde que domina essa lógica governa seu sistema; o que a ignora é governado por ele.

## 2. O orçamento revela o que realmente importa

Toda organização proclama prioridades. Poucas as praticam. O orçamento é o detector de mentiras institucional — revela onde o dinheiro realmente vai, independentemente dos discursos. Para gestores de saúde, aprender a "ler" o orçamento estrategicamente é competência tão fundamental quanto interpretar exames diagnósticos. A diferença é que o paciente aqui é o sistema inteiro.

O conceito mais importante da economia da saúde é também o mais simples: **escassez**. Recursos são finitos; necessidades são infinitas. Isso significa que toda decisão de gastar em algo é simultaneamente decisão de não gastar em outra coisa. Quando a PMDF aloca R\$ 1 milhão para ampliar contratos de consultas ortopédicas, está necessariamente deixando de investir esse milhão em prevenção, atenção primária ou qualquer outra alternativa. Esse é o conceito de **custo de oportunidade** — o valor da melhor alternativa abandonada (Folland, Goodman e Stano, 2024). Gestores que ignoram custos de oportunidade tomam decisões míopes; gestores que os consideram sistematicamente tomam decisões estratégicas.

Considere decisão real que diretores da PMDF enfrentam: alocar R\$ 5 milhões adicionais para ampliar contratos de ressonância magnética (reduzindo filas de 90 para 30 dias) ou investir o mesmo valor em fortalecimento da atenção primária própria (contratando 10 médicos de família, 15 enfermeiros, montando 3 centros médicos robustos). A primeira escolha é visível, mensurável, atende demanda explícita e gera satisfação imediata. A segunda é invisível, seus resultados demoram 2-3 anos para aparecer, e exige transformação cultural que encontrará resistências. Qual você escolheria? Qual produz mais saúde por real investido? A resposta honesta para a primeira pergunta pode ser diferente da resposta para a segunda — e é exatamente essa tensão que a análise econômica força você a encarar.

A leitura estratégica do orçamento da PMDF revela padrões preocupantes. A proporção de **90% em serviços terceirizados versus 10% em rede própria** não é apenas dado contábil — é escolha estratégica com consequências profundas. Significa que a capacidade de governar qualidade, definir protocolos e controlar custos está majoritariamente fora da organização. Significa que flexibilidade orçamentária é mínima, pois contratos vigentes consomem quase toda a receita. Significa que a PMDF é tomadora de preços, não formadora — depende das condições impostas pelo mercado de prestadores (OMS, 2018).

Outros indicadores orçamentários merecem atenção sistemática. A proporção entre **custeio e investimento** indica se o sistema está apenas mantendo operações ou construindo capacidade futura. Sistemas que gastam 98% em custeio e 2% em investimento estão consumindo sua infraestrutura sem reposição — é a versão institucional de viver de patrimônio. A **distribuição entre linhas de cuidado** revela prioridades reais: quanto vai para ortopedia versus saúde mental, para tratamento versus prevenção, para alta complexidade versus atenção primária. Se 40% do orçamento vai para procedimentos ortopédicos e 2% para prevenção de lesões, o sistema está otimizado para tratar consequências, não causas.

O diagnóstico do modelo atual é claro: alta terceirização combinada com baixa governança produz um sistema caro, pouco responsivo e difícil de transformar. Os contratos vigentes funcionam como âncora — imobilizam recursos e limitam manobra estratégica. Qualquer reconfiguração significativa exige enfrentar essa rigidez. O diretor de saúde que assume sem compreender essa dinâmica será rapidamente capturado por ela. A implicação prática é que toda decisão estratégica relevante — seja implementar atenção primária robusta, seja redesenhar o modelo de cuidado ortopédico — exige reconfiguração orçamentária explícita. Estratégia sem orçamento correspondente é fantasia gerencial.

O **custo por beneficiário** da PMDF (aproximadamente R\$ 6.400 anuais considerando 75 mil beneficiários e R\$ 480 milhões de orçamento) pode ser comparado com referenciais. Operadoras de

planos de saúde brasileiras trabalham com custos entre R\$ 4.000 e R\$ 8.000 por beneficiário dependendo do perfil etário e cobertura. O que distingue sistemas sustentáveis não é necessariamente gastar menos, mas gastar melhor — direcionando recursos para intervenções de alto valor e evitando desperdícios. A análise econômica oferece ferramentas para fazer exatamente isso.

### 3. Como saber se o dinheiro está bem gasto

Análise econômica em saúde responde a perguntas aparentemente simples que gestores enfrentam cotidianamente. Entre duas formas de gastar o mesmo orçamento, qual produz mais saúde? Um novo tratamento justifica seu custo adicional? Devemos internalizar um serviço ou continuar terceirizando? Não são questões de economia sofisticada — são bom senso estruturado com métodos que permitem comparações sistemáticas (Drummond et al., 2015).

A **análise de custo-efetividade** compara intervenções usando medidas clínicas naturais: custo por vida salva, por infarto evitado, por ano de remissão de dor. É útil quando comparamos tratamentos para a mesma condição. Se a PMDF avalia dois protocolos para reabilitação pós-cirúrgica de joelho — um intensivo e um convencional —, pode calcular o custo por paciente que retorna ao trabalho em 90 dias. Se o protocolo intensivo custa R\$ 8.000 por retorno bem-sucedido e o convencional custa R\$ 12.000, a escolha é clara: mesmo investimento total produzirá mais policiais reabilitados com o protocolo intensivo.

O problema surge quando queremos comparar intervenções para condições diferentes. Como comparar investimento em ortopedia versus saúde mental? Custo por cirurgia de ombro não é comparável a custo por episódio depressivo tratado. Para isso existe a **análise de custo-utilidade**, que usa uma medida padronizada: o **QALY** (Quality-Adjusted Life Year, ou Ano de Vida Ajustado por Qualidade). Um QALY representa um ano vivido em perfeita saúde. Tratamentos que prolongam vida ou melhoram sua qualidade geram QALYs; a análise compara quanto cada intervenção custa por QALY ganho.

O conceito é mais intuitivo do que parece. Se um tratamento permite que paciente viva 5 anos adicionais com qualidade de vida de 80% (em escala onde 100% é saúde perfeita), ele gerou 4 QALYs ( $5 \times 0,8$ ). Se esse tratamento custou R\$ 200.000, o custo por QALY foi de R\$ 50.000. Agora podemos comparar com qualquer outra intervenção usando a mesma métrica. Um programa de prevenção de diabetes que custa R\$ 10.000 por QALY ganho representa valor muito melhor que um tratamento oncológico de R\$ 300.000 por QALY — embora ambos possam ser clinicamente eficazes.

O **ICER** (Razão de Custo-Efetividade Incremental) formaliza essa comparação. Calcula-se dividindo o custo adicional de uma nova intervenção pelo benefício adicional que ela produz, comparado à alternativa vigente. Se um novo medicamento custa R\$ 50.000 a mais que o tratamento padrão e produz 1,5 QALY adicional, seu ICER é aproximadamente R\$ 33.000 por QALY. A pergunta seguinte é: esse valor é aceitável?

Aplique isso à realidade da PMDF. Um policial de 45 anos com osteoartrite severa de joelho tem expectativa de vida de mais 30 anos, mas com qualidade de vida estimada em 0,4 (dor crônica, mobilidade limitada, afastamento do trabalho operacional). Uma artroplastia total de joelho custa aproximadamente R\$ 80.000 (cirurgia + reabilitação + possíveis complicações) e pode restaurar qualidade de vida para 0,8 pelos próximos 15 anos até eventual revisão cirúrgica. Isso significa ganho

de 6 QALYs ( $15 \text{ anos} \times [0,8 - 0,4]$ ), resultando em ICER de aproximadamente R\$ 13.300 por QALY — bem abaixo do limiar brasileiro de R\$ 40.700. A cirurgia é custo-efetiva. Agora compare com programa de prevenção de lesões: investimento de R\$ 2 milhões anuais em condicionamento físico supervisionado para 5.000 policiais operacionais, evitando estimados 50 casos de osteoartrite severa ao longo de 10 anos. Isso previne necessidade de 50 artroplastias (economia de R\$ 4 milhões) e gera aproximadamente 300 QALYs ( $50 \text{ pessoas} \times 6 \text{ QALYs cada}$ ), com ICER de cerca de R\$ 6.700 por QALY. O programa preventivo é ainda mais custo-efetivo que a cirurgia — mas qual recebe mais pressão política para ser implementado?

Diferentes países estabelecem **limiares de custo-efetividade** para orientar decisões. O NICE britânico considera aceitáveis intervenções até £20.000-30.000 por QALY (aproximadamente R\$ 150.000-225.000). O Brasil, através da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), estabeleceu em 2022 o limiar de **1 PIB per capita por QALY** — cerca de R\$ 40.700 (Lei 14.313/2022). Para condições especiais como doenças raras ou pediátricas graves, o limiar pode chegar a 3 vezes esse valor.

Esse limiar tem implicação prática direta. Tecnologias com ICER abaixo do limiar são consideradas custo-efetivas — o sistema de saúde ganha mais do que gasta ao incorporá-las. Tecnologias acima do limiar exigem justificativas especiais. Não significa que sejam ineficazes clinicamente; significa que o custo por benefício é alto comparado a alternativas. O caso dos medicamentos para Alzheimer (lecanemabe e donanemabe) ilustra o ponto: o NICE britânico os rejeitou em 2024 não por ineficácia, mas porque o ICER era 5-6 vezes superior ao limiar aceitável.

A **Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)** institucionaliza esse processo. A CONITEC no Brasil e o NICE no Reino Unido exemplificam como sistemas de saúde organizam decisões de incorporação. O processo da CONITEC envolve revisão de evidências clínicas, análise econômica, impacto orçamentário e consulta pública, com prazo de 180 dias para deliberação. Tecnologias incorporadas passam a compor a lista de procedimentos do SUS; as rejeitadas podem ser reavaliadas se surgirem novas evidências ou reduções de preço.

Para a PMDF, essas ferramentas traduzem-se em perguntas operacionais concretas. Internalizar serviços de fisioterapia ou manter terceirização? Calcule o custo por sessão em cada modelo e compare resultados clínicos. Investir em programa de prevenção de lesões ou ampliar contratos cirúrgicos? Estime QALYs ganhos por real investido em cada opção. Priorizar linha de cuidado ortopédico ou cardiovascular? Compare custos por QALY nas duas áreas considerando prevalência na população.

Uma advertência fundamental: análise econômica **informa** decisões, não as substitui. Nenhuma fórmula captura todos os valores relevantes — equidade, preferências dos beneficiários, considerações operacionais, impacto na prontidão. O papel do gestor é usar as ferramentas como insumo para julgamento, não como algoritmo que decide sozinho. O NICE rejeita medicamentos acima do limiar regularmente, mas mantém flexibilidade para casos excepcionais. O bom gestor domina as ferramentas e sabe quando transcendê-las.

## 4. Governar o orçamento ao longo do tempo

Análise econômica orienta decisões pontuais. Governança orçamentária assegura que essas decisões se traduzam em alocação sustentável ao longo do tempo. Para um sistema com as

características da PMDF — alta dependência de terceiros, população envelhecendo, condições crônicas prevalentes —, a perspectiva plurianual é especialmente crítica.

O **ciclo orçamentário público** compreende quatro fases interligadas. A fase de **planejamento** define prioridades estratégicas e estima necessidades de recursos, tipicamente 3-6 meses antes do exercício fiscal. A **alocação** distribui recursos entre programas e unidades conforme prioridades definidas. A **execução** transforma alocações em serviços efetivamente entregues, com monitoramento mensal de gastos versus planejado. A **avaliação** compara resultados obtidos com metas estabelecidas, gerando aprendizado para o ciclo seguinte (OMS, 2018).

Em cada fase há pontos críticos de controle que distinguem governança robusta de gestão reativa. No planejamento, validar se premissas de custo são realistas e se prioridades refletem necessidades epidemiológicas. Na alocação, verificar alinhamento com estratégia e suficiência de recursos para metas. Na execução, monitorar variações significativas e intervir antes que desvios se tornem irreversíveis. Na avaliação, documentar lições e incorporá-las no ciclo seguinte.

A distinção entre **orçamento por insumos** e **orçamento por programas** é central para governança estratégica. O orçamento por insumos — tradicional no setor público brasileiro — organiza recursos por categoria de gasto: pessoal, materiais, serviços, equipamentos. Permite controle contábil estrito, mas desconecta recursos de resultados. Não responde à pergunta "quanto gastamos para melhorar saúde ortopédica" porque os gastos estão fragmentados em múltiplas linhas. O orçamento por programas organiza recursos por objetivo: programa de saúde ortopédica, programa de atenção primária, programa de saúde mental. Vincula recursos a resultados mensuráveis e permite avaliar eficiência por área de atuação.

A OMS (2018) documenta que muitos sistemas "planejam por programas mas executam por insumos", criando desconexão entre intenções estratégicas e operação cotidiana. A recomendação é alinhar formulação, execução e avaliação orçamentária com a mesma lógica programática. Para a PMDF, isso significa estruturar o orçamento em linhas de cuidado coerentes com prioridades epidemiológicas — ortopedia, cardiometabólica, saúde mental — e monitorar custos e resultados por linha.

**Indicadores financeiros** para governança devem ser poucos, significativos e rotineiramente monitorados. O custo por beneficiário indica eficiência agregada e permite comparação com referenciais. O custo por procedimento nas principais linhas de cuidado revela variações que merecem investigação. A taxa de execução orçamentária (gasto real versus aprovado) identifica problemas de planejamento ou capacidade. A composição de gastos (proporção pessoal/custeio/investimento; próprio/terceirizado) indica estrutura do sistema e margem de manobra.

O **MTEF** (Medium Term Expenditure Framework) — ou Marco de Despesas de Médio Prazo — estende o horizonte orçamentário para 3-5 anos. Em vez de orçamentos anuais desconectados, o MTEF projeta compromissos futuros, avalia sustentabilidade de políticas vigentes e cria espaço fiscal para novas iniciativas (Banco Mundial, 2023). Para a PMDF, um MTEF deveria projetar evolução dos contratos vigentes, impacto do envelhecimento populacional nos custos, necessidades de investimento em infraestrutura própria e cenários alternativos de reconfiguração.

As **variáveis críticas** para projeções da PMDF incluem: crescimento vegetativo da população beneficiária, evolução da pirâmide etária, inflação de serviços de saúde (tipicamente superior à inflação geral), expansão ou retração da rede credenciada, e decisões sobre internalização de serviços. Pequenas variações em premissas produzem cenários muito diferentes em 5-10 anos, o que reforça a necessidade de modelagem explícita.

Três **cenários de sustentabilidade** ilustram trajetórias possíveis. O cenário **tendencial** projeta o modelo atual sem mudanças estruturais: custos crescentes com envelhecimento, contratos renovados automaticamente, pressão fiscal permanente. O cenário de **ajuste** introduz melhorias incrementais: renegociação de contratos, introdução de indicadores de desempenho, otimização de processos — contém custos sem transformar o modelo. O cenário de **transformação** redesenha a arquitetura econômico-contratual: internalização seletiva, contratos orientados a valor, investimento em prevenção — busca sustentabilidade estrutural de longo prazo. Cada cenário tem requisitos de investimento, complexidade de implementação e horizontes de retorno distintos.

### CENÁRIO DE PROJEÇÃO PMDF 2026-2031

Assuma premissas conservadoras: crescimento populacional de 1,5% ao ano, envelhecimento que aumenta custo médio por beneficiário em 2% ao ano, inflação de saúde de 8% ao ano (vs. inflação geral de 4,5%). Contratos vigentes renovados automaticamente com reajustes de inflação de saúde.

#### Projeção tendencial sem intervenção:

- 2026: R\$ 518 milhões
- 2028: R\$ 605 milhões
- 2031: R\$ 748 milhões

Aumento de 56% em valores nominais, 26% em valores reais. Agora simule intervenção: investimento de R\$ 30 milhões em 2026-2027 para internalizar atenção primária e fisioterapia, reduzindo encaminhamentos para rede terceirizada em 15% a partir de 2028. Novo cenário:

#### Projeção com intervenção:

- 2026-2027: R\$ 548 milhões (investimento aumenta gasto inicial)
- 2028: R\$ 575 milhões (economia começa a aparecer)
- 2031: R\$ 655 milhões

Economia acumulada 2028-2031: R\$ 147 milhões. Retorno sobre investimento: 490% em 5 anos. Por que essa intervenção não acontece? Porque exige gastar mais hoje para economizar amanhã, e o horizonte dos gestores raramente ultrapassa o exercício fiscal corrente. O MTEF torna essa dinâmica visível e forçável na discussão orçamentária.

## 5. Contratos que produzem o comportamento desejado

Se o orçamento expressa escolhas estratégicas em recursos, os contratos as traduzem em incentivos para prestadores. A forma de pagamento determina o que o sistema otimiza — e frequentemente o que se otimiza não é o que se declara querer. Compreender essa dinâmica é essencial para gestores que dependem majoritariamente de prestadores externos.

O modelo **fee-for-service** (pagamento por procedimento) domina os contratos de saúde tradicionais, incluindo provavelmente a totalidade dos contratos da PMDF. Sua lógica é simples: cada serviço realizado gera pagamento. O incentivo resultante é igualmente simples: maximizar volume de procedimentos. Isso pode significar mais consultas, mais exames, mais cirurgias — independentemente de necessidade clínica. O fenômeno da "demanda induzida pelo prestador" (Folland, Goodman e Stano, 2024) está bem documentado: em sistemas fee-for-service, prestadores têm incentivo para realizar procedimentos além do clinicamente necessário.

O modelo de **capitação** inverte a lógica: pagamento fixo por beneficiário por período, independentemente de serviços realizados. O incentivo muda radicalmente — agora o prestador ganha mais quanto menos gastar por paciente. Isso encoraja prevenção, eficiência e gestão de condições crônicas antes que se agravem. Mas cria risco oposto: subtratamento, recusa de pacientes complexos, redes restritas. Kaiser Permanente nos EUA opera majoritariamente por capitação e demonstra resultados superiores em condições crônicas, mas com governança clínica robusta para prevenir subatendimento.

**Bundled payments** (pagamentos por episódio) agrupam todos os serviços relacionados a um episódio de cuidado — cirurgia de joelho, por exemplo, incluindo pré-operatório, procedimento, reabilitação e eventuais complicações — em pagamento único. O incentivo é coordenar cuidado ao longo do episódio e reduzir complicações que aumentam custo total. O Medicare americano implementou bundles para artroplastias com resultados promissores: redução de custos principalmente via menos reinternações e menos cuidado pós-agudo (CMS, 2019).

**Pay-for-performance** (P4P) adiciona bonificações ou penalidades vinculadas a indicadores de qualidade. Pode coexistir com qualquer modelo base — fee-for-service com bônus por metas de satisfação, por exemplo. A evidência sobre efetividade do P4P é mista (BMC Health Services Research, 2021): melhora processos mensurados, mas impacto em desfechos de saúde é inconsistente. Riscos incluem "ensinar para a prova" (foco em indicadores medidos às custas de aspectos não medidos) e evitar pacientes complexos que podem piorar métricas.

A tabela a seguir sintetiza as características de cada modelo:

Modelo	O que otimiza	Incentivo criado	Vantagem principal	Risco principal
Fee-for-service	Volume de procedimentos	Maximizar atividade	Transparência, flexibilidade	Sobreutilização, fragmentação
Capitação	Custo por beneficiário	Minimizar utilização	Prevenção, eficiência	Subtratamento, seleção de pacientes
Bundled payment	Custo por episódio	Coordenar cuidado, evitar complicações	Integração, qualidade	Complexidade, seleção de casos
Pay-for-performance	Indicadores de qualidade	Atingir metas específicas	Foco em qualidade	Gaming, efeitos perversos

Um exemplo real ilustra como contratos fee-for-service mal governados criam incentivos perversos. Sistema militar internacional (nome omitido por confidencialidade) contratava fisioterapia por sessão, pagando valor fixo independentemente de resultado. Auditoria revelou que pacientes com lesões simples recebiam média de 24 sessões antes de alta — o dobro do protocolo baseado em evidências. Prestadores maximizavam receita prolongando tratamento além do necessário. Quando o contrato foi redesenhado para pagamento por episódio (valor fixo para tratar lesão até alta ou máximo de 12 sessões, com bônus por alta antes de 8 sessões), a média caiu para 9 sessões e os desfechos clínicos melhoraram (pacientes retornavam ao trabalho mais rapidamente). Custo total reduziu 42%; satisfação aumentou. A mudança não foi clínica — foi contratual. O mesmo prestador, com os mesmos profissionais, passou a otimizar recuperação rápida em vez de prolongar tratamento. Isso ilustra princípio fundamental: você recebe o comportamento que você incentiva, não o comportamento que você declara querer.

Os **riscos da terceirização sem governança** são amplificados em sistemas como a PMDF, onde prestadores externos concentram a maioria do cuidado. A **assimetria informacional** — prestadores sabem mais sobre qualidade e necessidade do que o contratante — cria espaço para comportamento oportunista. A **dependência** de poucos prestadores em especialidades críticas reduz poder de negociação. O **lock-in** contratual dificulta mudanças mesmo quando alternativas melhores surgem. A dificuldade de **monitoramento** permite variações de qualidade que passam despercebidas até se tornarem crises.

Contratos orientados a valor incluem elementos que mitigam esses riscos. **Indicadores de desempenho** claramente definidos — não apenas volume, mas qualidade, satisfação, desfechos clínicos. **Metas de resultado** pactuadas com os prestadores, com consequências para atingimento ou não. **Monitoramento robusto** através de dados clínicos e administrativos, não apenas financeiros. **Cláusulas de transição** que reduzem custos de mudança de prestador. **Compartilhamento de risco** que alinha incentivos do prestador com objetivos do contratante.

Experiências internacionais oferecem referências. O **NHS Payment by Results** no Reino Unido usa pagamentos fixos por procedimento (similar a bundled payments) com ajuste por qualidade. Reduziu tempos de espera e melhorou eficiência, mas foi criticado por fragmentar cuidado e não incentivar prevenção (King's Fund, 2012). O **TRICARE** americano — sistema de saúde militar dos EUA — combina rede própria (40% do cuidado) com prestadores contratados (60%), usando contratos de gestão de rede com indicadores de desempenho e penalidades por falhas (Congressional Research Service, 2024). O **Defence Medical Services** britânico adota modelo distinto: co-comissionamento com o NHS em vez de contratação privada, com acordos de parceria que aproveitam a infraestrutura pública.

Para a PMDF, o redesenho de contratos deve considerar a especificidade do contexto. A alta prevalência de condições ortopédicas e metabólicas sugere que bundled payments para episódios específicos (artroplastias, cirurgias de coluna, manejo de diabetes) poderiam incentivar qualidade e coordenação. A dependência de prestadores externos exige construção de capacidade de monitoramento antes de migrar para modelos mais sofisticados. A introdução gradual de indicadores de desempenho em contratos existentes pode ser primeiro passo para cultura de accountability.

## 6. Redesenhando a arquitetura econômico-contratual da PMDF

As seções anteriores construíram o vocabulário e as ferramentas. Esta seção aplica-os ao desafio específico da PMDF: redesenhar a arquitetura econômico-contratual para viabilizar sustentabilidade de longo prazo. Não há solução única; há trade-offs a serem explicitados e escolhas a serem feitas.

O primeiro passo é definir o **núcleo mínimo próprio** — capacidades que devem ser internalizadas independentemente de eficiência de terceiros. Quatro critérios orientam essa definição. **Prontidão**: serviços necessários para missões críticas que não podem depender de disponibilidade de mercado. **Críticidade clínica**: serviços de alta complexidade onde continuidade de cuidado e coordenação são essenciais. **Alta prevalência**: condições tão frequentes na população que internalização captura economias de escala significativas. **Governança**: funções onde controle direto sobre protocolos, qualidade e informação é estratégico para o sistema.

Aplicando esses critérios à PMDF, candidatos naturais para o núcleo próprio incluem: atenção primária robusta (porta de entrada, coordenação, prevenção); serviços de urgência/emergência (prontidão); fisioterapia e reabilitação (alta prevalência ortopédica); e gestão de condições crônicas prevalentes (diabetes, hipertensão) e assistência às saúdes mental e odontológica. Isso não significa executar tudo internamente — significa ter capacidade própria mínima que assegure governança sobre esses domínios.

O **perímetro contratual** compreende serviços que podem permanecer terceirizados com governança adequada: alta complexidade de baixa frequência (cirurgias especializadas, tratamentos oncológicos), serviços de apoio diagnóstico (laboratório, imagem), especialidades com demanda insuficiente para escala própria. O critério não é que terceirização seja preferível, mas que os riscos da dependência externa sejam manejáveis com contratos bem desenhados.

Três **cenários alternativos** ilustram caminhos possíveis para a PMDF:

**Cenário A — Manutenção otimizada (o caminho da prudência)**: Você herda o sistema como está e decide não arriscar transformação profunda. Renegocia contratos buscando 5-10% de redução de custos. Introduz meia dúzia de indicadores de desempenho que prestadores aceitam sem resistência. Melhora processos de autorização para reduzir desperdício. Em 2031, quando passa o cargo, o sistema é 8-12% mais eficiente que quando assumiu — nada trivial. Mas a estrutura é idêntica: 90% terceirizado, dependência dos mesmos prestadores, governança limitada. A bomba-relógio fiscal foi adiada, não desarmada. Seu sucessor herdará o mesmo dilema que você herdou, apenas com números maiores. Vantagem: você não quebra nada, implementa rápido, não faz inimigos poderosos. Risco: daqui 10 anos, quando o modelo colapsar por insustentabilidade, você será lembrado como o gestor competente que administrou o declínio com eficiência. Requisitos mínimos: capacidade de negociação, sistemas básicos de informação.

**Cenário B — Reequilíbrio seletivo**: internaliza progressivamente serviços estratégicos enquanto redesenha contratos externos. Investe em atenção primária própria para coordenação de cuidado. Migra contratos de fee-for-service para modelos com componentes de desempenho e episódicos. Desenvolve capacidade de gestão de redes. Horizonte de 3-5 anos para implementação completa. Vantagem: combina ganhos incrementais com transformação estrutural; equilíbrio entre ambição e realismo. Risco: complexidade de gestão simultânea de transformação e operação; exige capacidade gerencial significativa. Requisitos: investimento em infraestrutura própria, formação de equipes, redesenho de processos, desenvolvimento de sistemas de informação.

**Cenário C — Transformação estrutural:** investe fortemente em rede própria, reduzindo dependência de terceiros para o mínimo necessário. Constrói hospitais ou unidades próprias para linhas de cuidado prioritárias. Desenvolve corpo clínico empregado com incentivos alinhados. Referencia ao externo apenas alta complexidade de baixa frequência. Horizonte de 7-10 anos. Vantagem: máximo controle sobre qualidade, custos e evolução do sistema; sustentabilidade robusta se bem executado. Risco: alto investimento inicial com retorno incerto; demanda capacidade gerencial excepcional; risco de construir estrutura ineficiente se governança for fraca. Requisitos: capital significativo, capacidade de gestão hospitalar, recrutamento de profissionais, transição complexa de contratos.

Os **trade-offs** entre cenários são claros. Investimento versus capacidade: cenários mais ambiciosos exigem mais recursos upfront com retorno futuro incerto. Velocidade versus pressão: transformação gradual dilui pressão institucional mas prolonga período de vulnerabilidade. Complexidade versus capacidade gerencial: modelos sofisticados funcionam com gestão sofisticada; implementá-los com capacidade limitada produz resultados piores que manter modelo simples.

A escolha entre cenários não é técnica — é estratégica e política. Depende de apetite institucional por risco, horizonte temporal dos decisores, disponibilidade de recursos e capacidade de execução. O papel da análise é explicitar as escolhas e suas consequências, não prescrever a resposta "certa". O Módulo 4 discutirá como liderar essas escolhas na prática institucional.

## 7. Conclusão: quando a planilha se torna decisão

Este módulo não foi sobre economia — foi sobre poder. Poder de ler nas entrelinhas do orçamento e descobrir as verdadeiras prioridades institucionais. Poder de quantificar trade-offs que normalmente permanecem implícitos e não examinados. Poder de desenhar contratos que alinham incentivos de terceiros com objetivos do sistema. Poder, finalmente, de traduzir intenções estratégicas em arquitetura institucional que as viabiliza. Gestores sem esse poder são reféns de inércias orçamentárias, contratos herdados e prestadores oportunistas. Gestores que o dominam, governam.

A distinção entre análise e decisão é fundamental. É possível calcular que investir em prevenção produz 3 vezes mais QALYs por real que gastar em tratamento. Pode-se projetar que internalizar atenção primária economizaria R\$ 150 milhões em 5 anos. Pode-se demonstrar que contratos por episódio reduziram custos em 40% mantendo qualidade. Nada disso garante que essas opções serão escolhidas. A análise econômica informa; a decisão estratégica incorpora economia, política, cultura, capacidade de execução e valores institucionais que nenhuma fórmula captura.

O dilema central do gestor de saúde em sistema público ou militar é que racionalidade econômica frequentemente conflita com racionalidade política. Prevenir é mais custo-efetivo que tratar, mas tratamento é visível e prevenção é invisível. Fortalecer atenção primária gera mais valor que ampliar especialidades, mas especialistas têm mais poder político que generalistas. Contratos orientados a valor produzem melhores resultados que fee-for-service, mas exigem capacidade de monitoramento que o sistema ainda não possui. Investir em capacidade própria é estratégico no longo prazo, mas vulnerável no curto prazo a cortes orçamentários que veem infraestrutura como custo evitável. Como navegar essas tensões?

A resposta não está em ignorar a análise econômica quando ela conflita com pressões políticas — isso é capitulação. Nem em seguir cegamente as recomendações técnicas ignorando contexto

institucional — isso é ingenuidade. A resposta está em usar a análise para tornar os trade-offs explícitos e não negociáveis na discussão estratégica. Quando o comando pede "mais 200 cirurgias ortopédicas este trimestre", não se diz apenas "não há orçamento". Mas sim: "podemos fazer 200 cirurgias agora ao custo de X, ou investir metade desse valor em prevenção que evitará 150 cirurgias futuras e gerará Y QALYs adicionais. Qual prioridade reflete melhor nossa missão institucional?" Assim transforma-se a pressão operacional em escolha estratégica consciente.

Os três cenários apresentados na Seção 6 não são prescrições — são provocações. Explicitam apetite por risco, horizonte temporal, capacidade de execução e compromisso com sustentabilidade de longo prazo versus estabilidade de curto prazo. A escolha entre eles revelará mais sobre valores institucionais que qualquer documento de missão. E a forma como se conduz a escolha — sozinho ou construindo coalizão, por decreto ou por persuasão, ignorando ou engajando resistências — determinará não apenas qual cenário será escolhido, mas se algum deles será implementado de fato.

Isso nos leva ao Módulo 4, onde a questão central deixa de ser "qual é a resposta certa?" e passa a ser "como fazer a resposta certa acontecer?". Desenhrou-se a arquitetura econômico-contratual ideal. Há planilhas, projeções, benchmarks internacionais e aprovação técnica. Agora é necessário convencer o comando a aprovar investimento inicial contra pressão para cortar custos imediatamente. Precisam-se renegociar contratos com prestadores que lucram com o modelo atual. Precisam-se engajar equipes clínicas que verão suas rotinas transformadas. Precisa-se sustentar esforço de mudança por 5-10 anos enquanto crises de curto prazo exigem atenção. Precisa-se, em suma, liderar transformação institucional em ambiente de alta complexidade política, recursos escassos e resistências previsíveis.

A governança econômico-contratual fornece a arquitetura; a liderança constrói o edifício. Sem a primeira, a segunda constrói sobre fundações fracas. Sem a segunda, a primeira permanece projeto arquitetônico admirável que nunca sai do papel. O gestor completo domina ambas. Esse módulo cobriu a primeira dimensão. O próximo módulo completa a formação com a segunda — e a mais difícil.

**Pergunta de transição:** Você calculou que seu plano de transformação economizará R\$ 150 milhões e melhorará significativamente a saúde dos 75 mil beneficiários. Agora, como você convencerá as pessoas certas de que vale a pena o esforço e o risco? Como gerenciará as que perderão poder ou recursos no processo? Como sustentará seu próprio comprometimento quando, no terceiro ano de implementação, os resultados ainda não apareceram mas as pressões já são intensas? Essas não são perguntas de economia da saúde — são perguntas de liderança e mudança organizacional.

## Referências

Drummond, M. F. et al. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4th ed. [🔗](#)

Folland, S.; Goodman, A. C.; Stano, M. (2024). *The Economics of Health and Health Care*. 9th ed. [🔗](#)

WHO (2018). *Budgeting in Health: Policy Brief Series*. [🔗](#)

CONITEC (2022). *Limiar de custo-efetividade para o Brasil*. [🔗](#)

Banco Mundial (2023). *Medium-Term Expenditure Frameworks Revisited*. [🔗](#)

King's Fund (2012). Payment by Results: How can payment systems help to deliver better care? [!\[\]\(67ff03cf65ccc82e8f8a1ac673faf193\_img.jpg\)](#)

Congressional Research Service (2024). Defense Health Agency: Overview. [!\[\]\(1e6f5fef266bf41a1870ae61bec04006\_img.jpg\)](#)

CMS Innovation Center (2019). Bundled Payments for Care Improvement Advanced. [!\[\]\(70d2c6078ab65d8fee937ad46006682c\_img.jpg\)](#)