

GUIA PRÁTICO - MÓDULO 2: SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS

Referência Rápida para Gestores de Saúde da PMDF

SOBRE ESTE GUIA

Objetivo: consulta rápida dos princípios estratégicos extraídos de sistemas de saúde públicos, privados e militares.

Uso recomendado: redesenho de contratos, análise de modelos de prestação, incorporação de tecnologias, benchmarking internacional, fortalecimento de capacidade própria.

PRINCÍPIOS UNIVERSAIS: CONVERGÊNCIAS ENTRE SISTEMAS BEM-SUCEDIDOS

PRINCÍPIO	MANIFESTAÇÃO	APLICAÇÃO PMDF
Governança por indicadores	QOF (NHS), IDSUS (SUS), Quadruple Aim (DHA)	KPIs para rede própria e credenciada
Planejamento médio/longo prazo	PNS quadrienal, NHS Long Term Plan, Healthy China 2030	Plano quinquenal 2026-2031
Foco em valor	Equação Porter, NICE cost-effectiveness	Medir resultados/custo, não volume
Inteligência de dados	Estratificação de risco, análise preditiva	Núcleo de inteligência (75.000 beneficiários)
Porta de entrada definida	ESF (SUS), GPs (NHS), centros médicos (militares)	Centros médicos coordenando acesso
Protocolos baseados em evidências	PCDT, NICE guidelines, Ready Reliable Care	Protocolos para condições prevalentes
Gestão ativa de redes	ICS (NHS), TRICARE managed care	Credenciamento + monitoramento contínuo
Racionamento explícito	Judicialização, waiting lists, budget overruns	Critérios transparentes (não ad hoc)

Checklist Rápido de Convergências

- ☐ Indicadores claros para avaliar desempenho
- ☐ Planejamento além do ciclo orçamentário anual
- ☐ Medição de valor (resultados/custo)

- ☐ Dados usados para decisões (não apenas registro)
 - ☐ Porta de entrada definida
 - ☐ Protocolos padronizados
 - ☐ Gestão ativa da rede credenciada
 - ☐ Critérios explícitos de priorização
-

PRINCÍPIOS DO SETOR PÚBLICO

SUS: Governança Tripartite e Regionalização

Lições estratégicas:

- Governança por pactuação (CIT/CIB) → aplicável à hierarquia militar DAS-DAO-Centros
- Regionalização territorial → organizar rede por unidades PMDF
- APS como porta de entrada → centros médicos resolvem 80%, encaminham 20%
- Planejamento quadrienal → horizonte além do ciclo anual

Desafio observado: Judicialização (25,2% recursos farmacêuticos em 2019) mostra que direitos sem mecanismo de priorização racional criam pressão insustentável.

NHS: QALY e Racionamento Explícito

Conceito-chave: QALY (Quality-Adjusted Life Year) combina quantidade e qualidade de vida em métrica única.

- 1 QALY = 1 ano em perfeita saúde
- Limiar: £20.000-30.000 por QALY ganho

Quality and Outcomes Framework (QOF): maior programa de pagamento por desempenho em APS do mundo - médicos remunerados por pontuação em indicadores clínicos extraídos automaticamente.

Aplicação PMDF: Metodologia para avaliar incorporação de tecnologias com critérios públicos transparentes.

China: Planejamento de Longo Prazo

Healthy China 2030: horizonte de 15 anos, 13 indicadores quantificados, governança intersetorial (>20 ministérios).

Consórcios médicos (医联体, yīliántǐ): 4.028 consórcios integrando hospitais terciários + APS através do diagnóstico hierárquico (分级诊疗, fēnjí zhěnlǐáo).

Aplicação PMDF: Três níveis temporais - estratégia longa (15 anos) + tática média (quinquenal) + operação anual.

PRINCÍPIOS DO SETOR PRIVADO

Value-Based Healthcare: A Equação de Porter

$$\text{VALOR} = \text{Resultados de Saúde} / \text{Custo para alcançá-los}$$

Hierarquia de resultados:

1. Status de saúde alcançado (sobrevida, recuperação funcional)
2. Processo de recuperação (tempo para retorno, complicações)
3. Sustentabilidade (recorrências, consequências de longo prazo)

Aplicação PMDF: Avaliar prestadores por desfechos/real, não apenas preço. Medir tempo de retorno ao trabalho (missão institucional).

Kaiser Permanente: Alinhamento de Incentivos

Estrutura integrada: Plano + hospitais + grupos médicos = 12,6 milhões de membros.

Diferença fundamental:

FEE-FOR-SERVICE	KAISER (integrado)
Mais procedimentos = mais receita	Procedimento desnecessário = custo sem retorno
Quanto mais doente, mais ganho	Prevenir = economizar custos futuros
Incentivo ao volume	Incentivo à eficiência

Quatro pilares: (1) Integração completa, (2) Receita prepaga (90% capitation), (3) Prontuário eletrônico unificado, (4) Liderança médica profissionalizada (25% médicos com formação gerencial).

Aplicação PMDF: Quanto mais capacidade própria, mais ganhos de prevenção retornam ao sistema. Modelo misto: 70% procedimento + 30% per capita.

Inteligência de Dados e Estratificação de Risco

Fluxo: Dados (prontuários + sinistros + exames) → algoritmos categorizam por risco → intervenções preventivas focalizadas.

Quatro aplicações: (1) Suporte à decisão clínica, (2) Gestão de crônicos, (3) Coordenação de cuidado, (4) Alocação de recursos.

Aplicação PMDF: 75.000 beneficiários = população suficiente para análises robustas. Criar núcleo de inteligência dedicado.

Pagamento por Desempenho (P4P)

Princípios de desenho eficaz:

1. Indicadores clinicamente significativos
2. Incentivos suficientemente grandes (5-10% remuneração)

3. Feedback frequente (não apenas anual)
4. Abordagem iterativa

Modelo PMDF: 70-80% fixo + 20-30% variável vinculado a metas (reinternação evitável, tempo de retorno ao trabalho, satisfação, adesão a protocolos).

PRINCÍPIOS DOS SISTEMAS MILITARES

O Dilema Constitutivo

Dupla missão: (1) Prontidão - profissionais prontos para deslocamento, (2) Assistência - atender ativos, dependentes, aposentados.

Tensão estrutural:

Foco só em prontidão → subutiliza capacidade, atrofia competências
Foco só em assistência → profissionais não treinam para missão
SOLUÇÃO: equilíbrio deliberado entre capacidade orgânica e terceirização

EUA: Reversão Estratégica de 2023 (Lição Crítica)

Contexto: 9,5 milhões de beneficiários, US\$ 55-61 bilhões anuais, >700 instalações militares.

Memorando interno: "Isso resultou em custos crescentes para o Departamento e perda de oportunidades de prontidão"

Novas diretrizes:

1. Aumentar capacidade nas MTFs (instalações próprias)
2. **RETRAIR pelo menos 7%** do volume do setor privado
3. Ampliar treinamento clínico para profissionais militares

Justificativa: Terceirização excessiva → (1) custos descontrolados, (2) atrofia de competências clínicas.

Lição PMDF: Terceirização de 90% produz perda de controle, custos crescentes, atrofia de competências, dependência estrutural. Meta: gradualmente retrain volume de terceirização.

Reino Unido: Integração com NHS

Escolha radical: Fechamento de TODOS os hospitais militares (último: 2009). Profissionais militares incorporados a centros de trauma do NHS.

Benefícios mútuos: NHS recebe mão de obra qualificada + lições de medicina de trauma. Militares mantêm habilidades afiadas com alto volume.

Aplicação PMDF: Parcerias estruturadas com HUB/HBDF para especialidades inviáveis de manter organicamente (neurocirurgia, cirurgia cardíaca, oncologia complexa).

Canadá e Austrália: Terceirização Estruturada

Lição das auditorias australianas: Gastos excederam orçamento 3 anos consecutivos.

Recomendações: Maximizar pessoal próprio (menos custoso que contratados), alinhar níveis de suporte com requisitos operacionais REAIS (não superdimensionamento).

Princípio: Terceirização não é problema por si, MAS requer gestão ativa, supervisão rigorosa, contratos com incentivos adequados, mecanismos de controle de custos.

China: Fusão Militar-Civil (Terceira Via)

Conceito: Expandir capacidade militar para atender população geral (não contratar civis como EUA, nem integrar-se a sistema civil como UK).

Military-Civil Fusion (军民融合, jūn-mín rónghé): PLA General Hospital (Hospital 301) aberto ao público civil.

Três benefícios simultâneos: (1) Competências afiadas com alto volume, (2) Receita adicional, (3) Excelência por competição.

Capacidade dual: Infraestrutura para demanda civil em paz, conversível para medicina de campanha em crise. Teste COVID-19: mobilização Pequim→Wuhan em 48h.

Aplicação PMDF (Terceira Via Estratégica):

OPÇÃO A: 90% terceirizado → perda de controle, custos ↑
OPÇÃO B: Fortalecer só para policiais → subdimensionado, caro
OPÇÃO C: ABERTURA SELETIVA PARA COMUNIDADE

Públicos potenciais: servidores públicos DF, convênios corporativos, SUS em especialidades específicas

Especialidades estratégicas (expertise natural PMDF):

- Saúde ocupacional
- Medicina de emergência
- Trauma ortopédico
- Saúde mental relacionada a estresse ocupacional

Benefícios: receita complementar, volume clínico (evita atrofia), controle preservado, escala (>75.000)

Convergências em Sistemas Militares

1. **Integração missão-saúde:** prontidão e assistência são interdependentes
2. **Saúde ocupacional como núcleo:** medicina do trabalho, aptidão, prevenção

3. **Equilíbrio orgânico/terceirização:** movimento recente = reequilíbrio para capacidade própria
 4. **Gestão ativa de redes:** credenciamento rigoroso, monitoramento, exclusão
 5. **Formação de gestores:** profissionais de saúde requerem capacitação gerencial específica
-

AS CINCO LINHAS ESTRATÉGICAS PARA A PMDF

LINHA 1: Fortalecer Centros Médicos como Porta de Entrada Coordenadora

Objetivo: Centros médicos resolvem 80% da demanda, encaminham 20% de forma coordenada.

Componentes-chave:

- Capacidade resolutiva ampliada (equipes multidisciplinares, exames básicos, farmácia)
- Protocolos padronizados (condições prevalentes, critérios de encaminhamento)
- Sistema de referência gerenciada (agendamento integrado, contrarreferência obrigatória)

Indicadores: Resolubilidade APS $\geq 80\%$, agendamento especialista ≤ 30 dias, contrarreferência $\geq 70\%$, satisfação $\geq 85\%$.

LINHA 2: Criar Núcleo de Inteligência em Saúde

Objetivo: Decisões baseadas em evidências através de análise epidemiológica, custos e estratificação de risco.

Estrutura organizacional:

NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE

- Coordenação (1 oficial superior)
- Epidemiologia (1-2 analistas)
- Custos e Economia (1-2 analistas)
- Tecnologia da Informação (1 analista)

Vinculação: DAS | Interlocução: DAO, Centros Médicos, Contratos

Produtos essenciais:

- Análise epidemiológica (perfil de morbidade, causas de afastamento, projeções)
- Monitoramento de custos (por procedimento, prestador, beneficiário, utilizadores alto custo)
- Estratificação de risco (categorização, lacunas assistenciais, predição de eventos)
- Apoio à decisão (dashboards tempo real, simulações de cenário, custo-efetividade)

Indicadores: Relatórios mensais produzidos, dashboards atualizados semanalmente, simulações para 100% decisões $> R\$ 1M$, redução 10-15% utilizadores alto custo.

LINHA 3: Redesenhar Modelo Contratual

Objetivo: Contratos incluem metas de desempenho, incentivos alinhados e supervisão efetiva.

Indicadores de desempenho:

DIMENSÃO	INDICADOR	META
Acesso	Tempo médio para agendamento	≤30 dias
Qualidade	Taxa de reinternação evitável	≤8%
Efetividade	Tempo para retorno ao trabalho	Redução 10% a.a.
Experiência	Satisfação do beneficiário	≥85%
Eficiência	Adesão a protocolos clínicos	≥90%

Estrutura de remuneração híbrida:

70–80% Fixa (por procedimento/consulta)
20–30% Variável (vinculada a metas)

Exemplo ortopedia:

Fixa: R\$ 200/consulta

Variável: até +30% (R\$ 260 total)

+10% se resolubilidade ≥80%

+10% se satisfação ≥90%

+10% se tempo retorno ≤mediana

Gestão: Credenciamento rigoroso, monitoramento contínuo, descredenciamento efetivo (≥5% prestadores baixo desempenho anualmente).

LINHA 4: Desenvolver Programa de Saúde Ocupacional Integrado

Objetivo: Saúde como suporte à missão institucional, focando aptidão para serviço policial e prevenção de agravos.

Cinco componentes:

1. **Avaliação de aptidão:** admissional, periódica, protocolos por função (BOPE, ROTAM, administrativo)
2. **Vigilância de agravos ocupacionais:** registro sistemático, análise de padrões, investigação
3. **Promoção e prevenção:** condicionamento físico, controle de fatores de risco, vacinação, saúde mental
4. **Retorno acelerado ao trabalho:** avaliação funcional precoce, reabilitação individualizada
5. **Gestão de afastamentos:** monitoramento, análise de tendências, intervenção em prolongados

Indicadores: Absenteísmo ≤5% a.a., tempo médio afastamento reduzido 15% em 3 anos, 100% agravos registrados, cobertura vacinal ≥95%.

LINHA 5: Institucionalizar Formação Continuada em Gestão

Objetivo: Capacidade permanente de análise estratégica e liderança de transformação.

Componentes:

1. **Programa estruturado:** curso básico 30h (obrigatório Ten-Cel), avançado 60h (optativo), atualizações anuais 8-16h
2. **Rotação por funções:** DAS, DAO, Centro Médico (mínimo 2 anos/função)
3. **Mentoria estruturada:** oficiais superiores mentoram Ten-Cel (encontros mensais, plano individual)
4. **Comunidade de prática:** reuniões trimestrais, compartilhamento de experiências, biblioteca de recursos
5. **Produção de conhecimento:** trabalhos acadêmicos, publicação de boas práticas, congressos

Indicadores: 100% Ten-Cel em funções estratégicas com formação básica, $\geq 30\%$ avançada, 4 reuniões/ano comunidade prática, ≥ 5 trabalhos acadêmicos/ano.

MATRIZ DE ADEQUAÇÃO DE PRINCÍPIOS

PRINCÍPIO	SETOR	APLICABILIDADE PMDF	PRIORIDADE
Planejamento plurianual	Público	Alta - estrutura permite horizonte longo	☆☆☆
Racionamento explícito (QALY)	Público	Média - requer capacidade técnica	☆☆
Governança tripartite	Público	Alta - análogo à hierarquia militar	☆☆☆
Regionalização	Público	Alta - organizar por unidades PMDF	☆☆☆
Equação de valor	Privado	Alta - aplicável a qualquer sistema	☆☆☆
Integração vertical	Privado	Média - requer investimento	☆☆
Estratificação de risco	Privado	Alta - população suficiente (75k)	☆☆☆
P4P (pagamento desempenho)	Privado	Alta - redesenhar contratos	☆☆☆
Redução de terceirização	Militar	Alta - lição direta	☆☆☆
Integração com sistema civil	Militar	Média - parcerias seletivas	☆☆
Fusão militar-civil	Militar	Média-Alta - terceira via inovadora	☆☆☆
Saúde ocupacional núcleo	Militar	Alta - alinhado com missão	☆☆☆

Como usar: (1) Identifique seu contexto (DAS, DAO, Centro Médico, Contratos), (2) Selecione 3-5 princípios de maior prioridade, (3) Desenvolva plano de implementação, (4) Monitore progresso trimestralmente.

FERRAMENTA DE DECISÃO: INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS

Adaptado do modelo NICE para decisões de incorporação:

6 ETAPAS ESSENCIAIS:

1. NECESSIDADE: Evidência de eficácia clínica? Qualidade (alta/moderada/baixa)? Magnitude do benefício?

2. ALTERNATIVAS: Existem alternativas disponíveis? Qual o comparador adequado? Nova tecnologia é superior/equivalente/inferior?

3. CUSTO: Custo de aquisição + custos associados (treinamento, manutenção, infraestrutura) + custo total anual estimado.

4. CUSTO-EFETIVIDADE:

Benefício estimado: ____ QALYs
Custo total: R\$ ____
Custo por QALY: R\$ ____
Limiar PMDF sugerido: R\$ 100.000/QALY

5. IMPACTO ORÇAMENTÁRIO: População elegível x taxa de utilização x impacto orçamentário anual x % do orçamento total.

6. CRITÉRIOS ADICIONAIS: Alinhamento missão institucional? Equidade? Aspectos éticos? Pressão de stakeholders?

DECISÃO: Aprovar | Aprovar condicionalmente | Rejeitar | Adiar

AUTOAVALIAÇÃO: APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS COMPARATIVOS

Instruções: avalie sua unidade/setor (0 = inexistente, 10 = excelente).

Princípios do Setor Público

DIMENSÃO	NOTA (0-10)
Planejamento plurianual (>1 ano)	___
Porta de entrada definida	___
Protocolos padronizados	___
Governança por indicadores	___
Regionalização/territorialização	___
Critérios explícitos de priorização	___

Princípios do Setor Privado

DIMENSÃO	NOTA (0-10)
----------	-------------

DIMENSÃO	NOTA (0-10)
Mensuração de valor (resultados/custo)	___
Inteligência de dados	___
Estratificação de risco	___
Contratualização por desempenho	___
Prontuário eletrônico integrado	___
Eficiência operacional	___

Princípios dos Sistemas Militares

DIMENSÃO	NOTA (0-10)
Integração saúde-missão institucional	___
Saúde ocupacional como prioridade	___
Equilíbrio capacidade própria/terceirização	___
Gestão ativa de rede credenciada	___
Formação gerencial de oficiais de saúde	___
Competências clínicas mantidas	___

As Cinco Linhas Estratégicas

LINHA ESTRATÉGICA	NOTA (0-10)
1. Centros médicos como porta de entrada	___
2. Núcleo de inteligência em saúde	___
3. Redesenho de modelo contratual	___
4. Programa de saúde ocupacional	___
5. Formação continuada em gestão	___

Reflexão Estratégica

1. Qual princípio/linha é nosso maior desafio atual? _____
2. Qual teria maior impacto se desenvolvida nos próximos 12 meses? _____
3. Que ação concreta podemos tomar neste mês? _____

REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

Sistemas Públicos:

- Paim, J. et al. (2011). The Brazilian health system. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797.
- NHS England (2024). NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk>
- NICE (2022). NICE health technology evaluations: the manual.
- State Council (2016). Healthy China 2030 Planning Outline.

Setor Privado:

- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70.
- McCarthy, D., & Klein, S. (2010). *The Kaiser Permanente Medical Care Program*. Commonwealth Fund.
- Amarasingham, R. et al. (2010). Implementing electronic health care predictive analytics. *Health Affairs*, 29(7), 1362-1368.
- Eijkenaar, F. et al. (2013). Effects of pay for performance in health care. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 579-609.

Sistemas Militares:

- Defense Health Agency (2023). Strategic documents. <https://www.health.mil>
- UK Ministry of Defence (2022). Defence Medical Services strategy.
- Canadian Armed Forces (2023). Spectrum of Care Framework.
- Australian National Audit Office (2019-2023). Defence health services audits.

Análise Comparativa:

- Mossialos, E. et al. (2020). *International Profiles of Health Care Systems*. Commonwealth Fund.
- WHO (2000). *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*.

LEMBRE-SE

"Sistemas bem-sucedidos **CONVERGEM** em princípios fundamentais mas **DIVERGEM** nos objetivos que priorizam."

"A PMDF como sistema híbrido não é deficiência - é **OPORTUNIDADE** de combinar o melhor de três mundos: público (planejamento, equidade) + privado (eficiência, dados) + militar (missão, prontidão)."

"Análise comparativa não produz receitas - produz **REPERTÓRIO** para decisão contextualizada."

"O gestor de saúde da PMDF não é administrador de contratos - é **ARQUITETO DE UM SISTEMA** que desenha estruturas, estabelece regras, cria incentivos e molda comportamentos."

"Cinco linhas estratégicas: (1) Porta de entrada coordenadora, (2) Inteligência de dados, (3) Contratos por desempenho, (4) Saúde ocupacional integrada, (5) Formação continuada em gestão."

