

# 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
<b>Governança por indicadores</b>	QOF (NHS), IDSUS (SUS), Quadruple Aim (DHA)	KPIs para rede própria e credenciada
<b>Planejamento médio/longo prazo</b>	PNS quadrienal, NHS Long Term Plan, Healthy China 2030	Plano quinquenal 2026-2031
<b>Foco em valor</b>	Equação Porter, NICE cost-effectiveness	Medir resultados/custo, não volume
<b>Inteligência de dados</b>	Estratificação de risco, análise preditiva	Núcleo de inteligência (75.000 beneficiários)
<b>Porta de entrada definida</b>	ESF (SUS), GPs (NHS), centros médicos (militares)	Centros médicos coordenando acesso
<b>Protocolos baseados em evidências</b>	PCDT, NICE guidelines, Ready Reliable Care	Protocolos para condições prevalentes
<b>Gestão ativa de redes</b>	ICS (NHS), TRICARE managed care	Credenciamento + monitoramento contínuo
<b>Racionamento explícito</b>	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 pontuação (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, yīliánǐ):** 4.028 consórcios integrando hospitais terciários + APS através do diagnóstico hierárquico (分级诊疗, fēnjí zhěnliáo).

**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 retrair 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 ≥80%, agendamento especialista ≤30 dias, contrarreferência ≥70%, satisfação ≥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	$\leq 30$ dias
Qualidade	Taxa de reinternação evitável	$\leq 8\%$
Efetividade	Tempo para retorno ao trabalho	Redução 10% a.a.
Experiência	Satisfação do beneficiário	$\geq 85\%$
Eficiência	Adesão a protocolos clínicos	$\geq 90\%$

#### **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  $\geq 80\%$

+10% se satisfação  $\geq 90\%$

+10% se tempo retorno  $\leq$  mediana

**Gestão:** Credenciamento rigoroso, monitoramento contínuo, descredenciamento efetivo ( $\geq 5\%$  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:**

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

**Indicadores:** Absenteísmo  $\leq 5\%$  a.a., tempo médio afastamento reduzido 15% em 3 anos, 100% agravos registrados, cobertura vacinal  $\geq 95\%$ .

#### **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, ≥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: INCORPOERAÇÃO 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\$ \_\_\_\_

Límiar 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."**

