

# Sistemas de Saúde Comparados: Princípios Estratégicos para a Gestão em Saúde da PMDF

---

## 1. Introdução: Da Comparaçao Descritiva à Análise Estratégica

Por que um oficial médico ou dentista da PMDF deveria estudar o National Health Service britânico, o modelo Kaiser Permanente ou o sistema de saúde militar canadense? A resposta não está em copiar fórmulas, mas em desenvolver uma capacidade analítica superior. A diferença entre *comparar sistemas* e realizar *análise estratégica comparativa* é fundamental: a primeira descreve características; a segunda extrai princípios transferíveis e identifica padrões invisíveis quando se estuda cada sistema isoladamente.

A análise estratégica comparativa parte de uma pergunta diferente. Em vez de "como funciona o NHS?", pergunta "que problemas universais de governança o NHS resolveu e quais instrumentos utilizou?". Em vez de catalogar modelos, busca revelar as escolhas estratégicas subjacentes — aquelas decisões que definem prioridades, alocam recursos e determinam quem ganha e quem perde no sistema de saúde. Todo sistema enfrenta dilemas semelhantes: como equilibrar acesso e sustentabilidade financeira? Como governar redes de prestadores dispersos? Como medir valor em saúde? As soluções variam, mas os problemas convergem.

A importância dessa abordagem fica clara quando observamos que desempenho em saúde nem sempre corresponde ao volume de recursos gastos. Por exemplo, o relatório da OMS (2000) mostrou que os Estados Unidos, país com maior gasto em saúde como proporção do PIB, ocupavam apenas a 37ª posição em desempenho dentre 191 países avaliados, ao passo que o Reino Unido, gastando cerca de 6% do PIB, ficou em 18º. Essa disparidade indica que estratégia e gestão fazem diferença: ter mais recursos não garante automaticamente melhor performance – é preciso pensamento estratégico para converter recursos em valor em saúde.

Mas o que entendemos por "sistema de saúde" e por que nos importa em estudá-lo estrategicamente? Segundo William Hsiao (2003), um sistema de saúde pode ser analisado em termos de componentes que influenciam causalmente seus resultados – e que portanto servem como alavancas de política para aprimorar desempenho. Hsiao propõe cinco grandes eixos de controle que gestores podem ajustar: financiamento, pagamento, organização da oferta de serviços, regulação e persuasão (comportamento). Focar nesses componentes permite compreender como diferentes países alcançam certos objetivos de saúde. Já a OMS (2000) definiu cinco dimensões centrais para avaliar o desempenho de um sistema: o nível geral de saúde da população, a distribuição (equidade) da saúde, a responsividade do sistema às expectativas dos cidadãos, a distribuição da responsividade (equidade na experiência) e a distribuição do ônus financeiro entre a população (justiça financeira). Em outras palavras, além de melhorar indicadores médios de saúde, gestores estratégicos devem buscar reduzir desigualdades, atender às necessidades e valores dos usuários e garantir que o custo coletivo da saúde seja distribuído de forma equitativa.

Este módulo integra deliberadamente três setores aparentemente distintos: sistemas públicos universais, organizações privadas e sistemas militares de saúde. Essa escolha não é arbitrária. O gestor de saúde da PMDF opera em uma intersecção singular: responde a um comando militar,

gerencia recursos públicos, contrata majoritariamente o setor privado e deve entregar resultados de saúde a uma população definida. Compreender apenas um desses universos é insuficiente. É na síntese comparativa que emergem os princípios estratégicos mais robustos.

A tese central deste módulo sustenta que sistemas de saúde bem-sucedidos **convergem em princípios fundamentais** — governança por indicadores, planejamento de médio e longo prazo, foco em valor, inteligência de dados — mas **divergem nos objetivos que priorizam**. Sistemas públicos perseguem universalidade e equidade; organizações privadas buscam sustentabilidade financeira e retorno; sistemas militares priorizam prontidão operacional e capacidade de missão. Não existe modelo superior abstratamente; existe adequação entre princípios, objetivos e contexto institucional.

**Conexão com Módulo 1:** As oito capacidades do estrategista apresentadas anteriormente — leitura de contexto, pensamento sistêmico, gestão de incerteza, construção de cenários, articulação de stakeholders, implementação adaptativa, comunicação estratégica e reflexão contínua — encontram aqui seu campo de aplicação. Ao analisar como diferentes sistemas resolveram problemas análogos aos da PMDF, o gestor exerce precisamente essas capacidades. O pensamento estratégico abstrato ganha concretude quando confrontado com escolhas reais de outros sistemas.

**Conexão com Módulo 3:** Os princípios extraídos neste módulo fundamentam as decisões econômico-contratuais que serão detalhadas adiante. Compreender por que o TRICARE americano utiliza contratos baseados em desempenho ou por que o NHS implementou o *Quality and Outcomes Framework* prepara o terreno para redesenhar a contratualização na PMDF. O módulo atual constrói o repertório conceitual; o próximo traduz esse repertório em instrumentos de gestão.

## 2. Princípios Estratégicos em Saúde Pública

Os sistemas públicos de saúde enfrentam um paradoxo constitutivo: prometem cobertura universal com recursos inevitavelmente limitados. Analisar como Brasil, Inglaterra e China navegam esse paradoxo revela princípios estratégicos de governança que transcendem fronteiras.

### SUS: Direitos Constitucionais como Arquitetura Estratégica

O Sistema Único de Saúde constitui um experimento institucional sem paralelo: saúde como direito constitucional pétreo, imutável por emenda comum. Os princípios de **universalidade, integralidade e descentralização** não são apenas valores éticos — são escolhas estratégicas com consequências operacionais profundas. A universalidade cria obrigação de cobertura independente de contribuição; a integralidade impede segmentação de serviços; a descentralização distribui execução aos 5.570 municípios enquanto mantém coordenação federal.

O modelo federativo tripartite (União, estados, municípios) estabelece governança por pactuação. As **Comissões Intergestores Tripartite (CIT)** e **Bipartite (CIB)** funcionam como arenas de negociação permanente entre entes federados. A regionalização, consolidada pelo Decreto 7.508/2011, organiza redes de atenção por **regiões de saúde** — territórios com autossuficiência sanitária para 95% das necessidades. Essa arquitetura responde a uma lição aprendida: duas décadas de municipalização pura criaram "milhares de sistemas locais isolados, sem escala nem capacidade gerencial".

O **Plano Nacional de Saúde (PNS)** quadrienal e os **Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP)** estabelecem planejamento plurianual com metas pactuadas. A **Estratégia Saúde da**

**Família (ESF)** funciona como ordenadora do sistema, demonstrando impacto mensurável: redução de **20% nas internações evitáveis** entre 1999 e 2007 nas áreas com cobertura expandida, atualmente 131 milhões de brasileiros.

Os desafios estratégicos incluem a **judicialização** — em 2019, processos judiciais consumiram 25,2% dos recursos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica — e a **sustentabilidade fiscal**, com gasto público em saúde de apenas 4% do PIB contra os 6-7% recomendados.

**Conexão PMDF:** A governança tripartite do SUS oferece modelo de coordenação entre níveis decisórios aplicável à estrutura hierárquica militar. A regionalização sugere organização de redes por territórios definidos. A APS como porta de entrada demonstra como centros médicos próprios podem ordenar fluxos, reduzindo demanda de especialidades e urgências terceirizadas.

### NHS: Governança por Indicadores e Avaliação de Tecnologias

O National Health Service inglês transformou a gestão em saúde através de um sistema sofisticado de metas quantificadas. Os **padrões de tempo de espera** — 18 semanas para tratamento eletivo, 4 horas para emergência, 62 dias para câncer — não são apenas métricas operacionais; são garantias constitucionais do NHS com consequências financeiras e reputacionais para gestores. Em setembro de 2025, a lista de espera alcançava **7,39 milhões de casos**, evidenciando a tensão permanente entre metas ambiciosas e capacidade real.

O **Quality and Outcomes Framework (QOF)**, implementado em 2004, representa o maior programa de pagamento por desempenho em atenção primária do mundo. Médicos generalistas (GPs) são remunerados por pontuação em indicadores clínicos baseados em evidências — manejo de diabetes, hipertensão, saúde mental. Os dados são extraídos automaticamente dos prontuários eletrônicos, eliminando subjetividade na avaliação.

O **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** exemplifica avaliação sistemática de tecnologias em saúde através de metodologia rigorosa de custo-efetividade. O instrumento central é o **QALY (Quality-Adjusted Life Year)** — ano de vida ajustado por qualidade — que combina quantidade e qualidade de vida em uma métrica única. Um QALY equivale a um ano vivido em perfeita saúde (valor 1,0); um ano vivido com qualidade reduzida pela doença recebe valor proporcional (0,5 representa metade da qualidade plena). Um tratamento que prolonga a vida em 10 anos, mas com qualidade de 0,8 em cada ano, produz 8 QALYs ganhos.

O NICE estabelece **limiar de custo-efetividade entre £20.000-30.000 por QALY ganho**. Um medicamento que custa £50.000 e produz 2,5 QALYs tem custo de £20.000 por QALY — dentro do limiar, portanto recomendado. Um que custa £100.000 e produz apenas 1 QALY (£100.000 por QALY) é rejeitado por não ser custo-efetivo. Recomendações positivas tornam-se **obrigatórias** para o NHS em 90 dias; recomendações negativas significam que o tratamento não será financiado pelo sistema público.

Esse mecanismo de **racionamento explícito** — transparente, baseado em evidências, com critérios públicos — contrasta com o racionamento implícito que opera através de filas, restrições informais e decisões ad hoc. Representa escolha estratégica consciente: reconhecer abertamente que recursos

são escassos e que decisões sobre o que financiar devem seguir critérios racionais e defensáveis, não poder político ou pressão judicial.

Os **Integrated Care Systems (ICS)**, implementados em 2022, substituíram estruturas anteriores por **42 sistemas integrados** responsáveis por populações territoriais definidas. A lógica é deslocar cuidado dos hospitais para comunidade — o chamado *left shift* — através de integração entre NHS e serviços sociais.

**Conexão PMDF:** O NHS demonstra que governança por indicadores funciona quando métricas são claras, mensuráveis e vinculadas a consequências. O QOF sugere modelo para contratualização com rede credenciada baseada em desempenho clínico mensurável. A avaliação de tecnologias pelo NICE oferece metodologia para decisões de incorporação racional.

### China: Healthy China 2030 e Planejamento de Longo Prazo

O plano **Healthy China 2030**, aprovado em 2016, representa planejamento estratégico em saúde com horizonte de 15 anos — escala temporal incomum no setor. O documento estabelece **13 indicadores centrais** com metas quantificadas: expectativa de vida de 79 anos até 2030; redução da taxa de tabagismo para 20%; três médicos por mil habitantes.

A governança opera em três níveis temporais: metas de longo prazo (2030), planos quinquenais setoriais e prioridades anuais. Um comitê de promoção presidido por vice-primeiro-ministro coordena mais de 20 ministérios, sinalizando que saúde transcende o setor específico. Essa arquitetura de **governança intersetorial** reconhece determinantes sociais além do sistema de serviços.

Os **consórcios médicos** (医联体, yīlián tǐ) integram hospitais terciários a unidades primárias em arranjos formais de referência e contrarreferência. São quatro tipos: alianças regionais urbanas, comunidades médicas distritais, alianças de especialidade e redes de telemedicina. Em 2020, existiam **4.028 consórcios** operando nacionalmente. O objetivo declarado é redistribuir recursos concentrados — 82% dos recursos ainda estão em hospitais secundários e terciários — fortalecendo a atenção primária como porta de entrada através do sistema de **diagnóstico hierárquico** (分级诊疗, fēnjí zhěnliáo).

A reforma **Triple Medical Linkage** integra três domínios tradicionalmente fragmentados: prestação de serviços, seguro de saúde e política farmacêutica. A criação do National Medical Security Bureau em 2018 unificou autoridade sobre reembolso, permitindo negociações de preço que alcançaram reduções superiores a 90% em algumas categorias de medicamentos.

**Conexão PMDF:** O planejamento de 15 anos contrasta com ciclos orçamentários anuais que frequentemente dominam gestão pública. Healthy China 2030 demonstra que metas de longo prazo disciplinam decisões de curto prazo. Os consórcios médicos sugerem modelo para integração vertical entre centros médicos da PMDF e rede credenciada especializada.

### Síntese: Convergências em Sistemas Públicos

Analizados comparativamente, SUS, NHS e Healthy China 2030 revelam convergências estratégicas:

- **Planejamento plurianual** com metas quantificadas (PNS, NHS Long Term Plan, Healthy China 2030)
- **Porta de entrada definida** na atenção primária como ordenadora de fluxos
- **Protocolos baseados em evidências** orientando práticas clínicas (PCDT no SUS, NICE guidelines, diretrizes chinesas)
- **Governança por indicadores** vinculando desempenho a consequências
- **Regionalização** organizando redes por território
- **Tensão estrutural** entre demanda ilimitada e recursos finitos

As divergências refletem contextos institucionais: a judicialização brasileira expressa constitucionalização de direitos; o *rationing* explícito do NICE expressa tradição pragmática britânica; o planejamento centralizado chinês expressa capacidade estatal específica. Princípios convergem; instrumentos adaptam-se.

### 3. Princípios Estratégicos no Setor Privado

O setor privado de saúde desenvolveu instrumentos de gestão que, despojados de sua orientação ao lucro, oferecem tecnologias gerenciais transferíveis a qualquer sistema que busque eficiência e valor.

#### Value-Based Healthcare: A Equação Fundamental

O framework de **Porter e Teisberg** (2006) estabeleceu uma proposição aparentemente simples mas revolucionária: **Valor = Resultados de Saúde / Custo para alcançá-los**. A implicação é profunda: valor não é redução de custos nem qualidade abstrata, mas a relação entre desfechos que importam ao paciente e recursos consumidos para produzi-los.

A **hierarquia de resultados** proposta organiza-se em três níveis: status de saúde alcançado (sobrevida, recuperação funcional); processo de recuperação (tempo para retorno às atividades, complicações, reinternações); sustentabilidade da saúde (recorrências, consequências de longo prazo). Essa taxonomia permite mensuração sistemática através de **PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)** — instrumentos validados que capturam a perspectiva do paciente.

O **International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)** desenvolveu 46 conjuntos padronizados de resultados cobrindo 60% da carga global de doença. Para insuficiência cardíaca, por exemplo, são 17 desfechos mensurados em momentos definidos (inicial, 30 dias, 6 meses). Essa padronização permite comparação entre prestadores e aprendizado sistemático.

As **Integrated Practice Units (IPUs)** reorganizam cuidado por condição médica em vez de especialidade. Equipes multidisciplinares dedicadas a uma população de pacientes (diabéticos, oncológicos, ortopédicos) respondem pelo ciclo completo de cuidado, com responsabilidade compartilhada por resultados e custos.

**Conexão PMDF:** A equação de valor oferece métrica para avaliar rede credenciada além de preço: qual prestador produz melhores desfechos por real investido? A mensuração de resultados permite contratualização baseada em valor, não apenas em procedimentos realizados.

#### Kaiser Permanente: Integração Pagador-Provedor

O modelo Kaiser Permanente atende **12,6 milhões de membros** através de estrutura integrada única: três entidades — plano de saúde (Kaiser Foundation Health Plan), hospitais próprios (Kaiser Foundation Hospitals) e grupos médicos (Permanente Medical Groups) — funcionam como sistema unificado. Essa **integração vertical** contrasta com o modelo predominante nos EUA, onde seguradoras, hospitais e médicos operam como entidades separadas com incentivos frequentemente conflitantes.

A diferença fundamental está no alinhamento de incentivos. Em sistemas tradicionais *fee-for-service* (pagamento por procedimento), prestadores ganham mais quanto mais procedem: mais consultas, mais exames, mais cirurgias. Isso cria incentivo perverso — quanto mais doente a população, maior a receita. No Kaiser, a lógica inverte: como **a mesma organização paga e presta serviços**, cada procedimento desnecessário é custo sem retorno. Prevenir diabetes é economicamente racional porque evita custos futuros que o próprio sistema arcará. Coordenar cuidado reduz duplicações que afetam o próprio orçamento. Investir em atenção primária diminui emergências que sobrecarregam os próprios hospitais.

Quatro pilares operacionalizam esse alinhamento:

**1. Integração horizontal e vertical completa:** Ambulatórios, hospitais, especialidades e serviços de suporte funcionam como rede fechada. O paciente transita dentro do sistema, eliminando fragmentação. A integração horizontal (múltiplos serviços no mesmo nível) combina-se com vertical (primária, especializada, hospitalar) criando continuidade real de cuidado.

**2. Receita prepaga (capitation):** Mais de 90% da receita vem de mensalidades fixas per capita, não de procedimentos realizados. Isso elimina o incentivo a volume: atender mais não aumenta receita; atender melhor (prevendo complicações) reduz custos futuros. O modelo econômico fundamenta-se em manter a população saudável, não em tratá-la quando adoece.

**3. Prontuário eletrônico unificado:** Implantado desde os anos 1960 (décadas antes da digitalização geral), o sistema HealthConnect disponibiliza todo histórico em todos os pontos de contato. Isso reduz exames duplicados, permite coordenação entre especialidades, detecta interações medicamentosas e facilita transições (alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial). A informação segue o paciente, não fica fragmentada entre prestadores.

**4. Liderança médica profissionalizada:** Mais de 25% dos médicos Kaiser participam de programas formais de formação gerencial. Médicos assumem funções de liderança clínica e administrativa — não administradores gerenciando médicos, mas médicos gerenciando sistemas de cuidado. Isso cria cultura de **accountability clínica**: profissionais responsabilizam-se não apenas por seus pacientes individuais, mas pelos resultados populacionais e sustentabilidade do sistema.

Os resultados são mensuráveis: o **Advance Alert Monitor** utiliza dados de 1,5 milhão de pacientes para prever deterioração clínica, prevendo **520 mortes anuais**. Em câncer de cólon, pacientes Kaiser apresentam **mortalidade 25% menor** que outros segurados. A chave está na capacidade de investir em prevenção porque os benefícios retornam ao mesmo sistema.

**Conexão PMDF:** Embora a PMDF não possa replicar integração vertical completa, o princípio é aplicável: quanto mais a capacidade própria funciona como porta de entrada coordenadora, mais os

ganhos de prevenção e coordenação beneficiam o próprio sistema. Centros médicos fortalecidos podem funcionar como "mini-Kaiser" para atenção básica e coordenação.

## Inteligência de Dados e Análise Preditiva

A gestão contemporânea em saúde privada transformou-se através da **estratificação de risco populacional**. Utilizando dados de prontuários, sinistros, exames laboratoriais e determinantes sociais, algoritmos categorizam pacientes por nível de risco e necessidades antecipadas. Isso permite intervenções preventivas focalizadas antes que condições se agravem.

As aplicações incluem: **suporte à decisão clínica** (escores de risco sinalizando fatores adversos); **gestão de doenças crônicas** (predição de progressão diabética, detecção precoce de insuficiência cardíaca); **coordenação de cuidado** (identificação de lacunas assistenciais, pacientes de alto custo); **alocação de recursos** (previsão de utilizadores de alto custo permitindo intervenções preventivas).

O **Parkland Center for Clinical Innovation** demonstrou resultados concretos: mensagens educativas baseadas em modelo preditivo produziram **8% de aumento em consultas pré-natais e redução de até 20% em partos prematuros**. Dados deixam de ser registro passivo para tornar-se instrumento de intervenção proativa.

**Conexão PMDF:** Um núcleo de inteligência de dados pode transformar a gestão da saúde PMDF. Com 75.000 beneficiários, a população é suficiente para análises epidemiológicas robustas. Estratificação de risco identifica quais policiais e dependentes requerem gestão intensiva, direcionando recursos preventivos e reduzindo sinistralidade futura.

## Contratualização por Desempenho

Os modelos de **pagamento por desempenho (P4P)** vinculam remuneração a resultados mensurados. O QOF britânico, já mencionado, é o maior exemplo em atenção primária. Nos EUA, programas como **Hospital Value-Based Purchasing** e **Hospital Readmissions Reduction Program** penalizam hospitais com taxas elevadas de reinternação.

Os **pagamentos por episódio (bundled payments)** representam evolução adicional: um valor único cobre todo o ciclo de cuidado para determinada condição, incluindo complicações. O programa **Geisinger ProvenCare** demonstrou que pagamento por episódio combinado com 40 melhores práticas aumentou adesão a protocolos de 59% para 100% em três meses, reduzindo custos hospitalares em 5%.

Princípios para desenho contratual eficaz emergiram de pesquisas: indicadores devem ser **clínicamente significativos**, não apenas mensuráveis; incentivos precisam ser **suficientemente grandes** para motivar sem estimular distorções; **frequência de pagamento** deve reforçar a conexão entre comportamento e recompensa; abordagem **iterativa** permite ajustes conforme aprendizado.

**Conexão PMDF:** Os contratos com rede credenciada podem evoluir de pagamento por procedimento para modelos híbridos que incluam metas de desempenho. Indicadores como taxas de reinternação, tempo para retorno ao trabalho e satisfação do beneficiário podem compor parte da remuneração variável.

## 4. Princípios Estratégicos em Sistemas Militares de Saúde

Os sistemas militares de saúde enfrentam dilema constitutivo: manter força médica pronta para combate enquanto prestam assistência abrangente a populações diversas (militares ativos, reservistas, dependentes, aposentados). Essa tensão molda escolhas estratégicas com lições diretas para a PMDF.

### Estados Unidos: Defense Health Agency e TRICARE

A **Defense Health Agency (DHA)** serve **9,5 milhões de beneficiários** através de rede híbrida: mais de 700 instalações militares de tratamento (MTFs) e redes civis contratadas via TRICARE. O orçamento alcança **US\$ 55-61 bilhões** anuais. A missão dual é explícita: **Medically Ready Force** (militares saudáveis para missão) e **Ready Medical Force** (profissionais médicos prontos para deslocamento).

O TRICARE exemplifica modelo híbrido gerenciado. Contratos regionais com operadoras privadas (Humana Military na região Leste, TriWest Healthcare Alliance no Oeste) gerenciam redes credenciadas enquanto MTFs próprias mantêm capacidade orgânica. A DHA supervisiona **1,1 milhão de prestadores credenciados** com verificação de credenciais a cada três anos.

Uma **reversão estratégica significativa** ocorreu em dezembro de 2023. Memorando interno reconheceu que "isso resultou em custos crescentes para o Departamento e perda de oportunidades de prontidão". Diretrizes determinaram: aumentar capacidade nas MTFs; **retrair pelo menos 7%** do volume de atendimentos do setor privado; ampliar oportunidades de treinamento clínico para profissionais militares. A justificativa é dupla: controle de custos e manutenção de competências clínicas que atrofiaram quando profissionais militares não atendem pacientes.

**Conexão PMDF:** A experiência americana confirma que terceirização excessiva produz perda de controle e custos crescentes. A meta de retrair volume para instalações próprias dialoga diretamente com o dilema PMDF. A proporção 90% terceirizado pode ser gradualmente reequilibrada fortalecendo centros médicos como porta de entrada.

### Reino Unido: Defence Medical Services e NHS

O modelo britânico representa escolha radical: **fechamento de todos os hospitais militares** (o último, Royal Hospital Haslar, encerrou em 2009). Profissionais militares de saúde são **incorporados a centros de trauma do NHS**, onde mantêm competências clínicas atendendo volume alto de casos civis enquanto permanecem disponíveis para deslocamento.

Esse **modelo hospital-dentro-do-hospital** produz benefícios mútuos: NHS recebe mão de obra qualificada e lições aprendidas em conflitos; profissionais militares mantêm habilidades agudas que atrofiariam em instalações militares de baixo volume. A Health and Social Care Act de 2022 formalizou parceria, obrigando os 42 Integrated Care Boards a considerar necessidades da comunidade das Forças Armadas.

Desafios incluem risco de profissionais sentirem-se "deslocados de seu serviço" e necessidade de reservar tempo para treinamentos, conferências e exercícios militares. Suplemento salarial (*X factor*) compensa condições especiais de serviço.

**Conexão PMDF:** O modelo britânico demonstra que integração com sistema civil pode funcionar quando bem gerenciada. Para PMDF, parcerias estruturadas com hospitais universitários ou centros

de excelência podem oferecer especialidades que seria inviável manter organicamente, preservando vínculo institucional e capacidade de supervisão.

### Canadá e Austrália: Modelos Híbridos de Contratação

O **Canadian Armed Forces Health Services** atende aproximadamente **101.500 militares** com orçamento de CAD 471 milhões. Particularidade legal: militares canadenses são explicitamente **excluídos do Canada Health Act**, requerendo sistema federal dedicado. A empresa **Calian** fornece serviços contratados em mais de 35 instalações militares com 85+ especialidades clínicas, demonstrando modelo de parceria privada estruturada.

O princípio orientador é oferecer cuidado "comparável ao fornecido a todos os canadenses pelos planos provinciais", reconhecendo que "nível aceitável de saúde e funcionalidade nas Forças Armadas é mais alto que para civis". O **Spectrum of Care** estabelece cinco critérios para serviços cobertos, incluindo que devem "sustentar ou restaurar o membro a status operacionalmente efetivo e destacável".

Na **Austrália**, o contrato de saúde de guarnição com a Bupa alcança **AUD 3,4 bilhões** em período inicial de seis anos, cobrindo mais de 50 bases com aproximadamente 1.500 clínicos. Auditorias do Australian National Audit Office identificaram gastos excedendo orçamento em três anos consecutivos, recomendando maximização do uso de pessoal militar e servidor público (menos custoso que contratados) e alinhamento de níveis de suporte com requisitos operacionais reais.

### China: Fusão Militar-Civil e Capacidade Dual

O sistema de saúde do **People's Liberation Army (PLA)** exemplifica estratégia radicalmente distinta: em vez de contratar prestadores civis (modelo americano) ou incorporar-se a sistemas civis (modelo britânico), **expande capacidade militar para atender população geral**. A política de **Military-Civil Fusion** (军民融合, jūn-mǐn rónghé) integra deliberadamente infraestrutura militar e civil como instrumento estratégico de longo prazo.

O **PLA General Hospital** (Hospital 301), maior hospital militar da China, está **aberto ao público civil**. Hospitais militares como o Nanjing General Hospital integram-se formalmente a universidades (Medical School da Nanjing University), funcionando simultaneamente como centros de excelência clínica, instituições de ensino e capacidade estratégica reserva. Essa arquitetura produz três benefícios: profissionais militares mantêm competências afiadas atendendo alto volume de casos complexos; hospitais geram receita adicional; excelência clínica atrai talentos e reputação.

A lógica de **capacidade dual permanente** projeta infraestrutura dimensionada para demanda civil em tempos de paz, mas conversível rapidamente para medicina de campanha em crises. Durante a COVID-19, o **Joint Logistics Support Force** (comando logístico unificado criado em reformas recentes) mobilizou hospitais militares, profissionais e equipamentos em escala nacional, demonstrando operacionalidade real do sistema integrado. Médicos militares que normalmente atendem civis em Pequim foram deslocados para Wuhan em 48 horas.

Diferentemente dos modelos ocidentais que segregam populações (militares vs. civis) e depois buscam eficiência através de terceirização ou integração, o modelo chinês **unifica populações**

preservando comando militar sobre infraestrutura. Hospitais militares competem por reputação no mercado civil — o que mantém qualidade — mas permanecem sob controle operacional do PLA.

**Conexão PMDF:** O modelo chinês sugere terceira via estratégica não explorada no debate brasileiro. Em vez de apenas fortalecer centros médicos PMDF para policiais (subdimensionado, caro) ou manter dependência de terceirização (perda de controle), considerar **abertura seletiva para comunidade**: servidores públicos do DF, convênios corporativos, SUS em especialidades específicas. Isso geraria receita complementar, manteria competências clínicas afiadas pelo volume, preservaria controle institucional e permitiria escala para sustentabilidade. Centros médicos PMDF tornam-se centros de excelência regionais em saúde ocupacional e medicina de emergência — especialidades estratégicas onde polícia tem expertise natural — atendendo além da corporação mas sob governança militar. O modelo exige, evidentemente, investimento inicial em infraestrutura e regulação específica, mas oferece caminho para reduzir gradualmente dependência de terceirização sem dimensionar capacidade exclusivamente para os 75.000 beneficiários.

Analizados comparativamente, sistemas militares de saúde revelam princípios estratégicos compartilhados:

**Integração missão-saúde:** Prontidão operacional não é objetivo paralelo à assistência médica; são interdependentes. Profissionais médicos mantêm competências atendendo pacientes; militares saudáveis cumprem missão.

**Saúde ocupacional como núcleo:** Medicina do trabalho, aptidão física, prevenção de agravos relacionados à atividade são prioridades estratégicas, não complementos.

**Equilíbrio capacidade orgânica/terceirização:** Todos os sistemas buscam ponto ótimo — terceirização excessiva perde controle e aumenta custos; capacidade orgânica excessiva é ineficiente. O movimento recente é de reequilíbrio em favor de capacidade própria.

**Gestão ativa de redes credenciadas:** Credenciamento rigoroso, monitoramento de desempenho e mecanismos de exclusão são essenciais quando se depende de prestadores externos.

**Formação de gestores especializados:** Profissionais de saúde assumindo funções gerenciais requerem capacitação específica em gestão — o que este curso exemplifica.

**Conexão PMDF:** Os desafios são espelhados: retenção de especialistas compete com mercado civil; dimensionamento de capacidade requer análise contínua; governança de rede credenciada exige investimento em supervisão. As soluções testadas internacionalmente — desde credenciamento rigoroso até formação gerencial — são diretamente aplicáveis.

## 5. Síntese Comparativa: Convergências e Divergências

### Convergências Universais

A análise transversal revela princípios que emergem independentemente do setor ou país:

Princípio	Manifestação nos Sistemas
-----------	---------------------------

Princípio	Manifestação nos Sistemas
Governança por indicadores	QOF (NHS), IDSUS (SUS), Quadruple Aim (DHA), KPIs corporativos
Planejamento médio/longo prazo	PNS quadrienal, NHS Long Term Plan, Healthy China 2030
Foco em valor	Equação Porter, NICE cost-effectiveness, value-based purchasing
Inteligência de dados	Estratificação de risco, análise preditiva, prontuário eletrônico integrado
Tensão demanda/recursos	Judicialização (SUS), waiting lists (NHS), budget overruns (DHA)
Porta de entrada definida	ESF (SUS), GPs (NHS), centros médicos (militares)
Protocolos baseados em evidências	PCDT, NICE guidelines, Ready Reliable Care
Gestão ativa de redes	ICS (NHS), TRICARE managed care, contratos australianos

Essas convergências não são coincidência. Refletem problemas universais da gestão em saúde — escassez relativa, assimetria de informação, complexidade técnica, múltiplos stakeholders — que produzem soluções funcionalmente equivalentes em contextos diversos.

### Divergências: Objetivos Específicos

As divergências fundamentais residem nos **objetivos priorizados**:

**Sistemas Públicos:** Universalidade (cobertura de toda população), equidade (distribuição justa de recursos e resultados), integralidade (resposta a necessidades abrangentes). Sucesso mede-se por cobertura, acesso e desfechos populacionais.

**Setor Privado:** Sustentabilidade financeira (receitas superiores a custos), competitividade (atração e retenção de clientes), valor para acionistas ou membros. Sucesso mede-se por resultados financeiros e satisfação de clientes pagantes.

**Sistemas Militares:** Prontidão operacional (força médica pronta para deslocamento, militares aptos para missão), capacidade de missão (sistemas funcionais sob condições adversas). Sucesso mede-se por disponibilidade operacional e capacidade de resposta.

### Implicações para Sistemas Híbridos

A PMDF opera como **sistema híbrido**: recursos públicos, contratação privada, missão institucional específica. Isso permite — e exige — combinação deliberada de princípios:

**Princípios do setor público aplicáveis:** Equidade entre categorias de beneficiários (policiais, dependentes, aposentados); planejamento plurianual epidemiológico; porta de entrada definida; accountability pública.

**Princípios do setor privado aplicáveis:** Eficiência na gestão de recursos; indicadores de desempenho em tempo real; contratualização por resultados; inteligência de dados para decisão.

**Princípios dos sistemas militares aplicáveis:** Integração saúde-missão institucional; promoção de saúde e aptidão; equilíbrio capacidade própria/terceirizada; formação de gestores especializados.

**Trade-offs inevitáveis:** Maximizar cobertura pode conflitar com controle de custos; priorizar prontidão pode subatender dependentes; fortalecer capacidade própria exige investimento inicial que pressiona orçamento. Clareza sobre objetivos prioritários é pré-condição para escolhas coerentes.

**Não existe "melhor modelo":** A pergunta correta não é "qual sistema copiar?" mas "quais princípios aplicar dado nosso contexto e objetivos?". A análise comparativa não produz receitas; produz repertório para decisão contextualizada.

## 6. Aplicação Estratégica ao Contexto PMDF

Os princípios extraídos da análise comparativa traduzem-se em linhas estratégicas concretas para a saúde da PMDF.

### Do Setor Público: Ordenamento e Planejamento

**Regionalização e porta de entrada:** A experiência do SUS e NHS demonstra que sistemas sem porta de entrada definida fragmentam-se em demanda desorganizada por especialidades e urgências. Os centros médicos da PMDF podem funcionar como primeiro contato obrigatório para condições não emergenciais, coordenando referências à rede credenciada. Isso requer: protocolos de encaminhamento padronizados; sistema de agendamento integrado; capacidade de resolver a maioria das demandas na atenção primária.

**Planejamento plurianual epidemiológico:** Healthy China 2030 demonstra que metas de longo prazo disciplinam decisões anuais. Para PMDF: análise do perfil epidemiológico dos 75.000 beneficiários; identificação das principais causas de afastamento e incapacidade; projeção demográfica (envelhecimento dos servidores, incorporação de novos policiais); estabelecimento de metas quinquenais para indicadores-chave.

**Protocolos padronizados:** NICE guidelines e PCDT do SUS mostram que padronização baseada em evidências reduz variabilidade injustificada. Para PMDF: protocolos para condições prevalentes (doenças osteomusculares, cardiovasculares, saúde mental); critérios de encaminhamento para especialidades; fluxos definidos para situações frequentes.

### Do Setor Privado: Eficiência e Inteligência

**Núcleo de inteligência de dados:** Kaiser Permanente e organizações privadas demonstram poder transformador da análise de dados. Para PMDF: unidade dedicada à análise epidemiológica e de custos; dashboards de monitoramento em tempo real; estratificação de risco identificando beneficiários de alto custo/alta necessidade; simulações de cenários para decisões de investimento.

**Redesenho de contratos com metas:** O movimento global de pagamento por desempenho oferece modelo. Para PMDF: incluir indicadores de qualidade em contratos com credenciados (taxas de

reinternação, satisfação, tempo de espera); estabelecer parcela variável vinculada a metas; auditar resultados sistematicamente; criar mecanismos de descredenciamento por desempenho insuficiente.

**Mensuração de valor:** A equação de Porter aplica-se a qualquer sistema. Para PMDF: medir resultados de saúde (não apenas procedimentos realizados); calcular custo por desfecho alcançado; comparar prestadores por valor entregue; premiar eficiência, não apenas volume.

## Dos Sistemas Militares: Missão e Capacidade

**Integração saúde-missão institucional:** DHA e DMS demonstram que saúde serve à prontidão operacional. Para PMDF: saúde ocupacional como prioridade estratégica (aptidão para serviço policial); programas de promoção de saúde focados em riscos ocupacionais; métricas de tempo de afastamento e retorno ao serviço; análise de agravos relacionados à atividade policial.

**Definição de núcleo mínimo próprio:** A reversão americana de 2023 confirma riscos da terceirização excessiva. Para PMDF: definir quais capacidades devem ser orgânicas (atenção primária, medicina ocupacional, urgência básica, saúde mental de primeiro nível); investir seletivamente em infraestrutura própria; manter rede credenciada para especialidades e alta complexidade.

**Investimento em formação gerencial:** Todos os sistemas militares enfatizam capacitação de profissionais de saúde para funções de gestão. Este curso exemplifica o princípio. Para PMDF: programa continuado de formação em gestão; rotação de oficiais de saúde por funções administrativas; mentoria de gestores experientes.

## Cinco Linhas Estratégicas Prioritárias

Consolidando a análise, emergem cinco linhas estratégicas concretas:

1. **Fortalecer centros médicos como porta de entrada coordenadora**, com capacidade resolutiva ampliada, protocolos padronizados e sistema de referência gerenciada à rede credenciada.
2. **Criar núcleo de inteligência em saúde** para análise epidemiológica, monitoramento de custos, estratificação de risco e apoio à decisão baseada em evidências.
3. **Redesenhar modelo contratual** incluindo indicadores de desempenho, metas de qualidade, parcela variável de remuneração e mecanismos efetivos de supervisão e descredenciamento.
4. **Desenvolver programa de saúde ocupacional integrado** focado em aptidão para serviço policial, prevenção de agravos relacionados à atividade, promoção de saúde e retorno acelerado ao trabalho.
5. **Institucionalizar formação continuada em gestão** para oficiais de saúde, criando capacidade permanente de análise estratégica e liderança de transformação.

---

## 7. Conclusão: Arquitetos de Sistemas

Este módulo percorreu sistemas de saúde de quatro continentes não para catalogar diferenças, mas para revelar padrões. As convergências identificadas — governança por indicadores, planejamento de médio e longo prazo, foco em valor, inteligência de dados, gestão ativa de redes, porta de entrada definida — não são coincidências culturais; são respostas funcionais a problemas universais da gestão em saúde.

A análise comparativa **extraí princípios, não copia modelos**. O NHS britânico desenvolveu-se em contexto específico de serviço nacional de saúde com tradição de racionamento explícito. O Kaiser Permanente floresceu no ambiente competitivo americano com integração vertical peculiar. O sistema militar americano responde a missão global única. Nenhum é transplantável diretamente. Mas os princípios subjacentes — mensurar o que importa, alinhar incentivos, coordenar fluxos, prevenir em vez de apenas tratar — são transferíveis quando adaptados ao contexto.

**A clareza sobre objetivos precede a escolha de instrumentos.** Antes de decidir entre modelos de contratação, níveis de terceirização ou arquiteturas de governança, o gestor deve responder: qual é a missão central da saúde PMDF? Como ela se articula com a missão institucional da Polícia Militar? Quais resultados definirão sucesso? As respostas a essas perguntas — que envolvem escolhas de valores, não apenas técnicas — orientam a seleção e adaptação de instrumentos.

**Conexão com Módulo 1:** As capacidades do estrategista apresentadas anteriormente — leitura de contexto, pensamento sistêmico, gestão de incerteza, articulação de stakeholders — foram exercitadas nesta análise comparativa. Compreender como sistemas diferentes resolveram problemas análogos expande o repertório analítico e prepara para decisões em contextos ambíguos.

**Conexão com Módulo 3:** Os princípios extraídos neste módulo fundamentam as decisões econômico-contratuais que serão detalhadas adiante. Contratualização por desempenho, modelos de pagamento, gestão de redes credenciadas — todos derivam da compreensão de como sistemas bem-sucedidos alinham incentivos e medem resultados.

O convite final é para uma mudança de perspectiva. O gestor de saúde da PMDF não é administrador de contratos nem despachante de autorizações. É **arquiteto de um sistema** — alguém que desenha estruturas, estabelece regras, cria incentivos e molda comportamentos. Os sistemas analisados neste módulo foram desenhados por pessoas que enfrentaram dilemas análogos: recursos escassos, demandas crescentes, múltiplos stakeholders, incerteza sobre o futuro.

Algumas escolhas feitas nesses sistemas produziram resultados admiráveis; outras criaram problemas que ainda buscam solução. A oportunidade da PMDF é aprender com ambas — não para copiar soluções, mas para evitar erros conhecidos e adaptar princípios testados a um contexto que nenhum outro sistema compartilha integralmente. Esse é o exercício do pensamento estratégico: síntese criativa entre princípios universais e realidade institucional específica.

O Módulo 3 traduzirá esses princípios em instrumentos concretos de gestão econômica e contratual. O que foi construído aqui é o fundamento analítico: compreensão de por que certos instrumentos funcionam, em que condições falham e como adaptá-los. Com essa base, as decisões práticas tornam-se não apenas tecnicamente informadas, mas estrategicamente coerentes.

## Referências

Hsiao, W. C. (2003). What is a Health System? Harvard School of Public Health. [🔗](#)

Mossialos, E. et al. (2020). International Profiles of Health Care Systems. Commonwealth Fund. [🔗](#)

WHO (2000). World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. [🔗](#)

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. [🔗](#)

Defense Health Agency (2023-2025). Strategic documents and performance reports. [🔗](#)

NHS England (2024-2025). Oversight Framework and Integrated Care Systems guidance. [🔗](#)

Healthy China 2030 Planning Outline (2016). State Council, People's Republic of China. [🔗](#)