



Sistemas de Saúde Comparados

Princípios Estratégicos para a
Gestão em Saúde da PMDF



DO PENSAMENTO À APLICAÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL: No Módulo 1 desenvolvemos as 8 capacidades do estrategista. Agora vamos exercitá-las.

CONEXÃO DIRETA:



- **Leitura sistêmica:** analisar arquiteturas de governança complexas
- **Formulação de problemas:** distinguir sintomas (filas, custos) de causas estruturais
- **Visão de futuro:** aprender com horizontes de 15 anos (Healthy China 2030)
- **Capacidade política:** mapear stakeholders em diferentes sistemas
- **Raciocínio por evidências:** avaliar QALY, custo-efetividade, dados de desempenho

APLICAÇÃO PMDF: “Compreender como outros sistemas resolvem problemas análogos aos nossos”

INSIGHT: “Pensamento estratégico abstrato ganha concretude quando confrontado com escolhas reais de outros sistemas”.

POR QUE ESTRATÉGIA IMPORTA EM SAÚDE?

"Mais gasto em saúde não garante automaticamente melhor desempenho; o que diferencia sistemas é como transformam recursos em valor."

- Mais gasto em saúde não garante melhor desempenho: os EUA gastam mais e têm desempenho pior que o Reino Unido. Sistemas de saúde são combinações de alavancas (financiamento, pagamento, oferta, regulação e comportamento) avaliadas por saúde, equidade, experiência do usuário e justiça financeira.

- Isso significa que aumentar orçamento ou contratos não basta: gestores precisam acionar conscientemente essas alavancas e monitorar múltiplas dimensões (desfechos, equidade, experiência do usuário e justiça financeira) ao desenhar o sistema.

"Mais recurso sem pensamento estratégico gera desperdício sofisticado; desempenho superior nasce de alavancas bem escolhidas e de uma visão clara de valor em saúde."

POR QUE ESTUDAR SISTEMAS ESTRANGEIROS?

"Por que um oficial da saúde da PMDF deveria estudar o NHS britânico, Kaiser Permanente ou o sistema chinês?"

- NÃO é para copiar fórmulas
- NÃO é turismo acadêmico
- MAS para desenvolver capacidade analítica superior
- Extrair princípios transferíveis
- Identificar padrões invisíveis quando se estuda cada sistema isoladamente

"A diferença entre comparar sistemas e realizar análise estratégica comparativa é fundamental"



A INTERSECÇÃO SINGULAR DA PMDF

O gestor de saúde da PMDF opera em intersecção única

1. COMANDO MILITAR
(hierarquia, missão institucional)

2. RECURSOS PÚBLICOS
(accountability, equidade)



3. SETOR PRIVADO
(90% do orçamento
terceirizado)

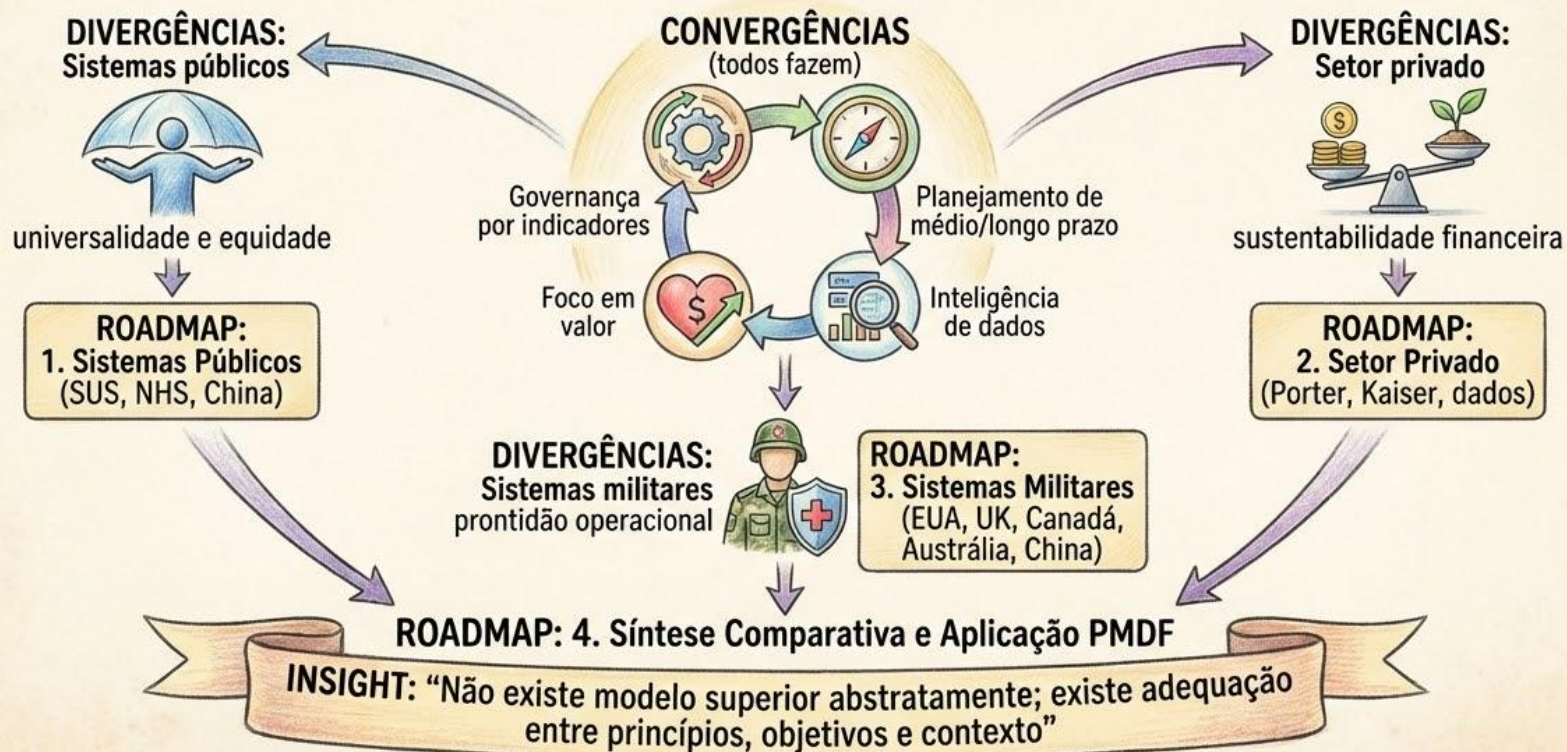
Compreender apenas um desses universos é insuficiente.
É na síntese comparativa que emergem os princípios estratégicos mais robustos

APLICAÇÃO PMDF: Precisamos de princípios do setor público + privado + militar simultaneamente.
INSIGHT: Não existe outro sistema no mundo exatamente como o nosso – mas podemos aprender de todos

NOSSA JORNADA HOJE

TESE CENTRAL:

“Sistemas de saúde bem-sucedidos **CONVERGEM** em princípios fundamentais mas **DIVERGEM** nos objetivos que priorizam”

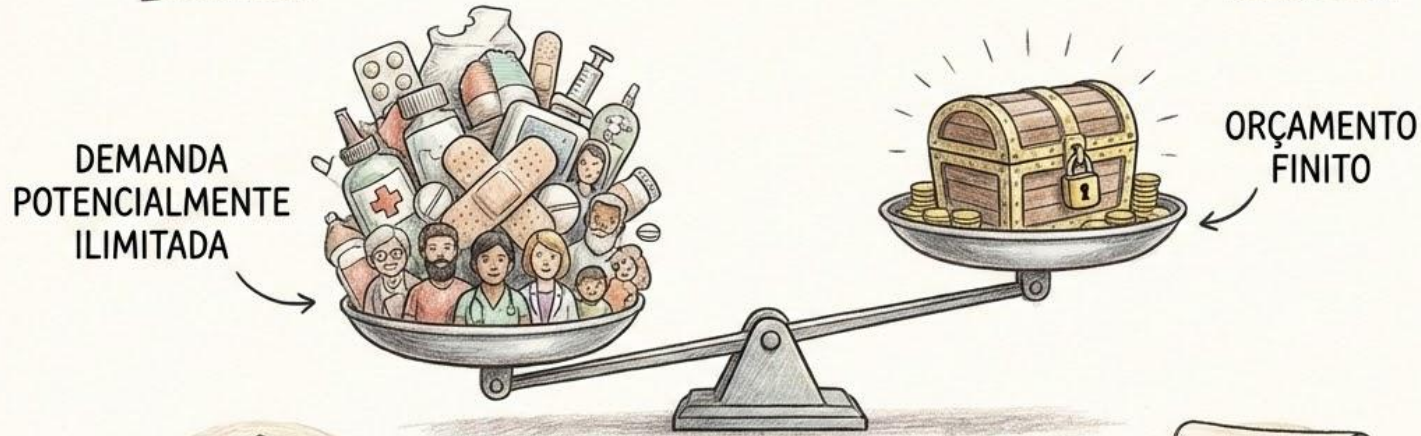




Princípios Estratégicos em Saúde Pública



SISTEMAS PÚBLICOS: O PARADOXO UNIVERSAL



BRASIL (SUS):
JUDICIALIZAÇÃO + SUBFINANCIAMENTO



INGLATERRA (NHS):
RACIONAMENTO EXPLÍCITO (NICE)



CHINA: PLANEJAMENTO
CENTRALIZADO

O que diferencia sistemas bem-sucedidos é COMO navegam o paradoxo, não se o eliminam.

SUS: DIREITOS CONSTITUCIONAIS COMO ESTRATÉGIA

PRINCÍPIOS COMO ESCOLHAS ESTRATÉGICAS



Saúde como direito constitucional pétreo
- experimento institucional sem paralelo

GOVERNANÇA TRIPARTITE

Comissões
Intergestores
(CIT/CIB) =
arenas de
negociação
permanente



Regionalização =
territórios com
autossuficiência
para 95% das
necessidades

Responde a lição
histórica:
municipalização pura
criou "milhares de
sistemas isolados"

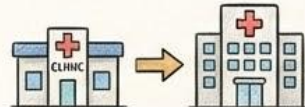
APLICAÇÃO PMDF



Governança tripartite →
modelo para coordenação entre
níveis hierárquicos militares



Regionalização →
organização por territórios
(unidades PMDF)



APS como porta de entrada
→ centros médicos próprios
ordenando fluxos

NÚMEROS-CHAVE



ESF: 131 milhões de
brasileiros cobertos



Redução de 20% em
internações evitáveis
(1999-2007) onde ESF
expandiu



Gasto público: 4% PIB
(vs. 6-7% recomendado)

"Princípios não são apenas valores éticos - são escolhas com consequências operacionais profundas"

DESAFIO 1 - JUDICIALIZAÇÃO:

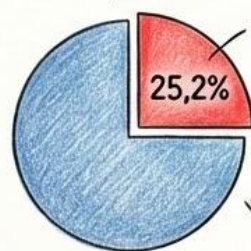
SUS:

JUDICIALIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

DESAFIO 2 - SUBFINANCIAMENTO:



2019: Recursos Farmacêuticos Especializados



Processos Judiciais



Estratégia via Judiciário contorna priorização racional



Quem tem advogado tem tratamento

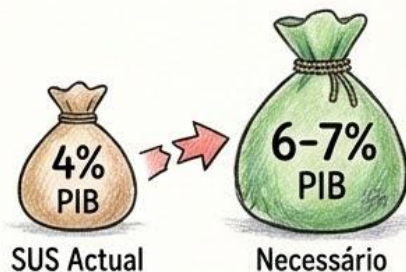


LIÇÃO ESTRATÉGICA:

"Direitos constitucionais sem mecanismos de priorização racional criam pressão insustentável"



PMDF também enfrenta pressões por incorporação de tecnologias de alto custo sem análise de custo-efetividade



SUS Actual

Necessário



Dependência de complementação privada (planos de saúde para 25% da população)



"Sistema sem mecanismo de dizer NÃO racionalmente é governado por poder político e judicial, não por evidências"

NHS: METAS QUANTIFICADAS COMO GARANTIAS

Transformar gestão em saúde através de metas com consequências reais

PADRÕES DE TEMPO DE ESPERA (garantias constitucionais)

18 semanas:
tratamento eletivo



4 horas:
emergência

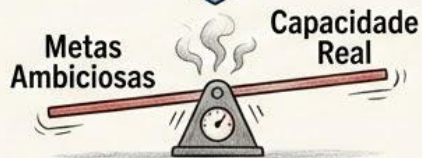


62 dias: câncer
(da referência
ao tratamento)



REALIDADE ATUAL

Setembro 2025:
7,39 milhões de casos
em lista de espera



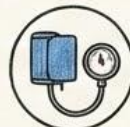
QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK (QOF)



Maior programa de pagamento por
desempenho em APS do mundo (2004)



Diabetes



Hipertensão



Saúde Mental



Dados extraídos
automaticamente
de prontuários
eletrônicos

APLICAÇÃO PMDF



Estabelecer metas
quantificadas
claras para rede
própria E
credenciada



Vincular
desempenho a
consequências
(remuneração,
renovação de contratos)



Prontuário
eletrônico
permitiria
extração
automática
como no QOF

“Governança por indicadores funciona quando métricas são claras, mensuráveis e vinculadas a consequências”

NICE: AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DE TECNOLOGIAS

Como decidir racionalmente o que financiar com recursos escassos?

INSTRUMENTO CENTRAL - QALY



COMO FUNCIONA

1 QALY = 1 ano vivido em perfeita saúde (valor 1,0)



Ano com qualidade reduzida = valor proporcional (valor 0,5)

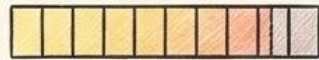


Métrica Única (QALY)

APLICAÇÃO PMDF

EXEMPLOS PRÁTICOS

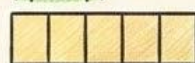
0,8 10 Anos x 0,8
Qualidade



Tratamento 1
(Prolonga Vida)

8
QALYs ganhos

5 Anos x 1,0
Qualidade (Cura)



Tratamento 2
(Cura Completa)

5
QALYs ganhos

Metodologia para avaliar incorporação de novas tecnologias racionalmente



“QALY permite comparar benefícios de tratamentos completamente diferentes – câncer vs. diabetes vs. ortopedia”



NICE: LIMIAR DE CUSTO-EFETIVIDADE

Quanto o NHS está disposto a pagar por 1 QALY ganho?

LIMIAR ESTABELECIDO:



£20.000 – 30.000
por QALY ganho
(Congelado até 2028)

RACIONAMENTO EXPLÍCITO vs. IMPLÍCITO:

Explícito (NICE):



critérios públicos,
transparentes, baseados
em evidências

Implícito (comum):



filas, restrições informais,
decisões ad hoc

EXEMPLOS DE APLICAÇÃO:

APROVADO ✓:

Medicamento custa
£50.000
→ Produz 2,5 QALYs



Custo = £20.000 por QALY
→ Dentro do limiar → recomendado

REJEITADO ✗:

Medicamento custa
£100.000
→ Produz apenas 1 QALY



Custo = £100.000 por QALY
→ Muito acima do limiar → não financiado

CONSEQUÊNCIAS:

- Recomendações positivas → obrigatórias para NHS em 90 dias
- Recomendações negativas → tratamento NÃO será financiado pelo sistema público



APLICAÇÃO PMDF:



PMDF precisa de critérios racionais para decidir
incorporação de tecnologias, não apenas pressão política

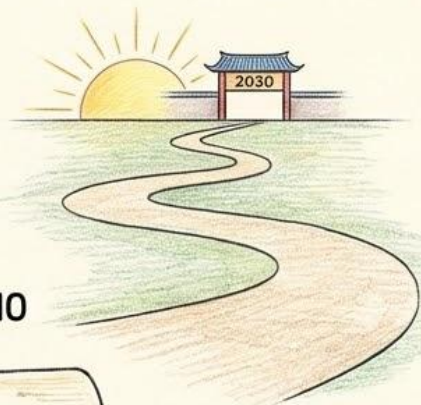
*“Reconhecer abertamente que recursos são escassos e estabelecer
critérios defensáveis é escolha estratégica consciente”*

CHINA - PLANEJAMENTO DE LONGO PRAZO

HEALTHY CHINA 2030: HORIZONTE DE 15 ANOS

CONCEITO:

Planejamento estratégico em saúde com escala temporal incomum

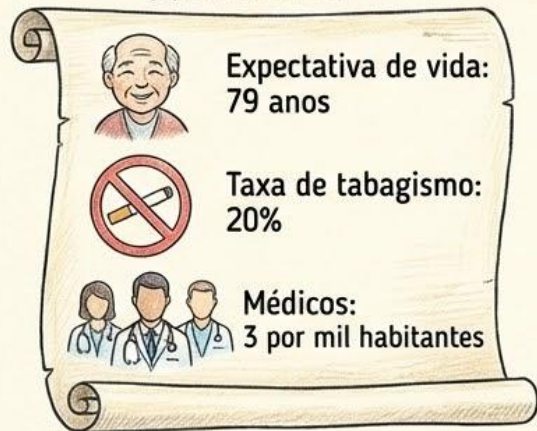


GOVERNANÇA EM TRÊS NÍVEIS TEMPORAIS

1. Metas de longo prazo (2030)
2. Planos quinquenais setoriais
3. Prioridades anuais

ESTRUTURA DO PLANO

(aprovado 2016)



GOVERNANÇA INTERSETORIAL



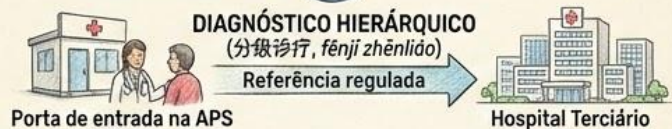
Coordena mais de 20 ministérios.
Sinaliza que saúde transcende o setor específico.
Reconhece determinantes sociais.

“Metas de longo prazo disciplinam decisões de curto prazo - evitam improvisação perpétua”

CHINA: INTEGRAÇÃO VERTICAL POR CONSÓRCIOS



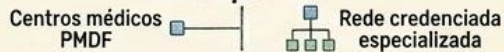
QUATRO TIPOS



RESULTADO



APLICAÇÃO PMDF



INSIGHT

Integração vertical reduz fragmentação e permite coordenação real de cuidado

O QUE TODOS OS SISTEMAS PÚBLICOS FAZEM

CONVERGÊNCIAS ESTRATÉGICAS

1. PLANEJAMENTO PLURIANUAL



PNS quadrienal (Brasil)
NHS Long Term Plan (Inglaterra)
Healthy China 2030 (15 anos)

2. PORTA DE ENTRADA DEFINIDA



ESF (Brasil)
GPs (Inglaterra)
Diagnóstico hierárquico (China)

3. PROTOCOLOS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS



PCDT - SUS
NICE guidelines - NHS
Diretrizes nacionais - China

4. GOVERNANÇA POR INDICADORES



IDSUS (Brasil)
Padrões de tempo de espera (Inglaterra)
13 indicadores centrais (China)

5. REGIONALIZAÇÃO



Regiões de saúde (Brasil)
Integrated Care Systems (Inglaterra)
Consórcios médicos (China)

6. TENSÃO ESTRUTURAL



DIVERGÊNCIAS



judicialização brasileira



racionamento explícito britânico



planejamento centralizado chinês

Princípios convergem; instrumentos adaptam-se



Princípios Estratégicos no Setor Privado



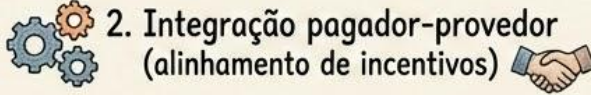
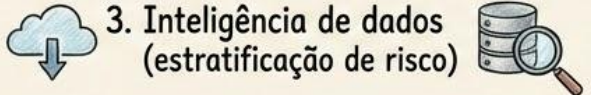
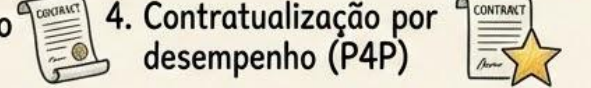
TECNOLOGIAS GERENCIAIS TRANSFERÍVEIS

“Setor privado desenvolveu instrumentos de gestão que, despojados de orientação ao lucro, são transferíveis”

O QUE PODEMOS APRENDER:

- Instrumentos, não objetivos
- Tecnologias gerenciais, não valores
- Eficiência e mensuração, não maximização de lucro

ÁREAS-CHAVE:

1. Value-Based Healthcare (equação de valor) 
2. Integração pagador-provedor (alinhamento de incentivos) 
3. Inteligência de dados (estratificação de risco) 
4. Contratualização por desempenho (P4P) 

APLICAÇÃO PMDF:

PMDF já contrata setor privado (90% do orçamento) - pode aprender como setor privado bem-sucedido se organiza internamente



“Eficiência na gestão de recursos não é monopólio do setor privado - é necessidade de qualquer sistema”

A EQUAÇÃO FUNDAMENTAL DE PORTER

Porter & Teisberg (2006) estabeleceram proposição revolucionária

HIERARQUIA DE RESULTADOS

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

APLICAÇÃO PMDF



Métrica para avaliar rede credenciada além de preço: qual prestador produz melhores desfechos por real investido?

EQUAÇÃO:

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

MENSURAÇÃO



PROMs =
*Patient-Reported
Outcome Measures*



Instrumentos validados
que capturam perspectiva
do paciente

DEFINIÇÃO DE VALOR

Valor NÃO é redução de custos isoladamente

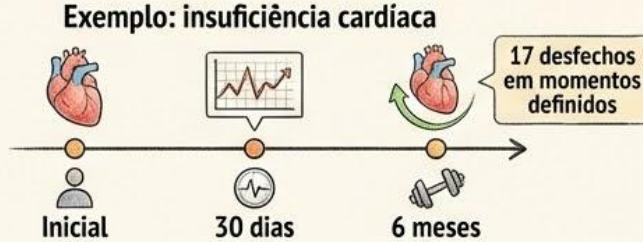
Valor NÃO é qualidade abstrata

Valor É a relação entre desfechos e recursos consumidos

“Valor não é fazer barato; é produzir resultados que importam com recursos apropriados”

ICHOM E INTEGRATED PRACTICE UNITS

ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement): Padronização internacional de resultados



INTEGRATED PRACTICE UNITS (IPUs): Reorganizar cuidado por CONDIÇÃO MÉDICA (não por especialidade)

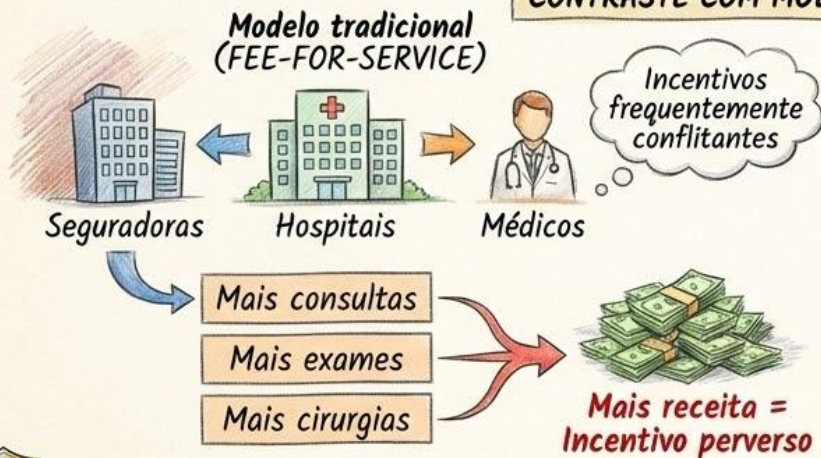


KAISER: INTEGRAÇÃO VERTICAL ÚNICA

Modelo que atende 12,6 milhões de membros através de integração única



CONTRASTE COM MODELO PREDOMINANTE (EUA)



Princípio aplicável mesmo sem replicar estrutura completa

“Quando quem paga e quem presta são o mesmo, prevenir se torna economicamente racional”

KAISER: COMO OPERACIONALIZAR A INTEGRAÇÃO

PILAR 1 - INTEGRAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL COMPLETA



- Ambulatórios, hospitais, especialidades, suporte = rede fechada
- Paciente transita dentro do sistema
- Horizontal + Vertical
- Elimina fragmentação

PILAR 2 - RECEITA PREPAGA (CAPITATION)



- 90% da receita de mensalidades fixas per capita
- NÃO de procedimentos
- Atender melhor reduz custos futuros
- Manter população saudável

PILAR 3 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO UNIFICADO



- Implantado desde anos 1960
- Sistema HealthConnect
- Reduz exames duplicados
- Facilita transições
- Informação segue o paciente

PILAR 4 - LIDERANÇA MÉDICA PROFISSIONALIZADA



- 25% médicos em formação gerencial
- Médicos em funções de liderança
- NÃO administradores gerenciando médicos
- Médicos gerenciando sistemas
- Accountability clínica

APLICAÇÃO
PMDF



ATENÇÃO BÁSICA
E COORDENAÇÃO

“Alinhamento de incentivos requer arquitetura institucional intencional - não acontece por acaso”

KAISER: EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE

RESULTADOS CONCRETOS

ADVANCE ALERT MONITOR



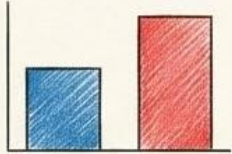
Dados de 1,5 milhão de pacientes

Prediz deterioração clínica



Previne 520 mortes anuais

CÂNCER DE CÓLON



Pacientes Kaiser Outros Segurados

mortalidade **25% menor** que outros segurados

Mesma população, diferentes desfechos



"Capacidade de investir em prevenção porque os benefícios retornam ao mesmo sistema"



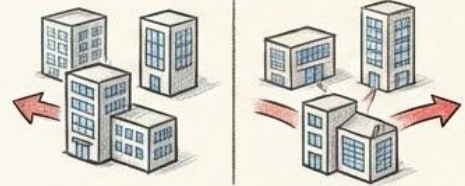
APLICAÇÃO **PMDF**

Quanto mais capacidade própria funciona como porta de entrada coordenadora, mais os ganhos de prevenção beneficiam o próprio sistema



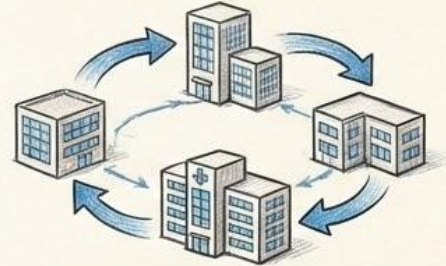
LÓGICA

Sistema Fragmentado



investimento em prevenção beneficia outro prestador

Sistema Integrado



investimento em prevenção reduz custos futuros próprios

"Integração não é apenas eficiência administrativa - é capacidade de capturar benefícios de longo prazo"

DADOS COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO PROATIVA



QUATRO APLICAÇÕES

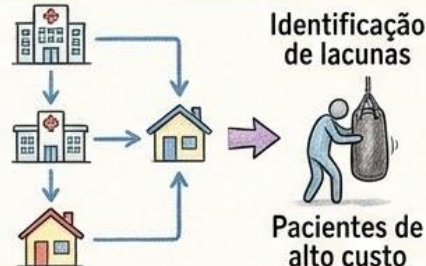
SUPORE À DECISÃO CLÍNICA



GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS



COORDENAÇÃO DE CUIDADO



ALOCÇÃO DE RECURSOS



APLICAÇÃO PMDF

75.000
beneficiários

população suficiente para análises epidemiológicas robustas

Dados deixam de ser registro passivo para tornar-se instrumento de intervenção proativa

EVIDÊNCIAS DE IMPACTO



CASO PARKLAND CENTER FOR CLINICAL INNOVATION



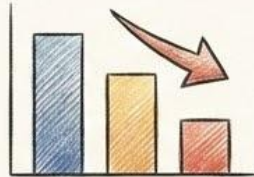
INTERVENÇÃO:

Mensagens educativas baseadas em modelo preditivo para gestantes de alto risco

RESULTADOS:



8% Aumento em consultas pré-natais



Redução de até 20% em partos prematuros



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA PMDF

POPULAÇÃO:
75.000 beneficiários



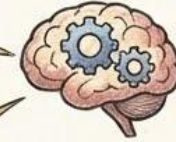
ANÁLISE POSSÍVEL:



Quais policiais têm maior risco de afastamento?
Quais dependentes são utilizadores de alto custo?
Quais condições geram mais sinistralidade?
Onde intervir preventivamente para maior impacto?

Unidade dedicada à análise epidemiológica e de custos

Dashboards de monitoramento em tempo real

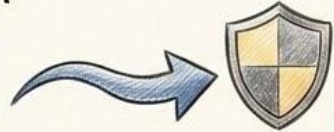


NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA PROPOSTO

Estratificação de risco

Simulações de cenários para decisões de investimento

APLICAÇÃO PMDF: Direcionar recursos preventivos, reduzir sinistralidade futura



“Investimento em capacidade analítica se paga através de prevenção direcionada”

CONTRATUALIZAÇÃO POR RESULTADOS

EXEMPLOS INTERNACIONAIS

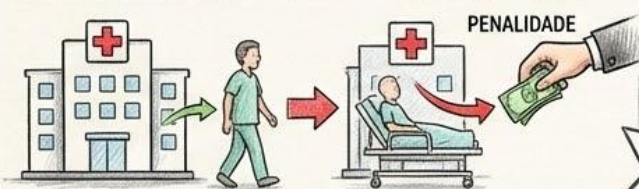
QOF (Quality and Outcomes Framework - NHS)



EUA - HOSPITAL VALUE-BASED PURCHASING



EUA - HOSPITAL READMISSIONS REDUCTION PROGRAM



Modelos de
Payment for Performance (P4P)
vinculam remuneração a
resultados mensurados



APLICAÇÃO PMDF



"Você obtém o comportamento
que você remunera"

BUNDLED PAYMENTS (pagamento por episódio)



Cobre ciclo completo
Inclui complicações
Transfere risco financeiro
Incentiva eficiência e qualidade

EXEMPLO - GEISINGER PROVENCARE



COMO DESENHAR CONTRATOS EFICAZES



1. INDICADORES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS

- Não apenas mensuráveis, mas que importam para desfechos
- Evitar "gaming" (otimizar métrica sem melhorar resultado real)



2. INCENTIVOS SUFICIENTEMENTE GRANDES

- Precisa motivar mudança de comportamento
- Sem estimular distorções
- Literatura sugere 5-10% da remuneração



3. FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO ADEQUADA

- Reforçar conexão entre comportamento e recompensa
- Feedback rápido funciona melhor que anual



4. ABORDAGEM ITERATIVA

- Permite ajustes conforme aprendizado
- Indicadores podem ser refinados
- Evitar rigidez prematura



APLICAÇÃO PMDF - INDICADORES PROPOSTOS:

- Taxas de reinternação (evitáveis)
- Tempo para retorno ao trabalho (missão institucional)
- Satisfação do beneficiário (pesquisas)
- Adesão a protocolos clínicos
- Tempo de espera para consulta/procedimento



SUGESTÕES:



- 70-80% remuneração fixa (por procedimento)
- 20-30% variável (vinculada a metas)

“Bons contratos alinham interesses - não apenas especificam obrigações”



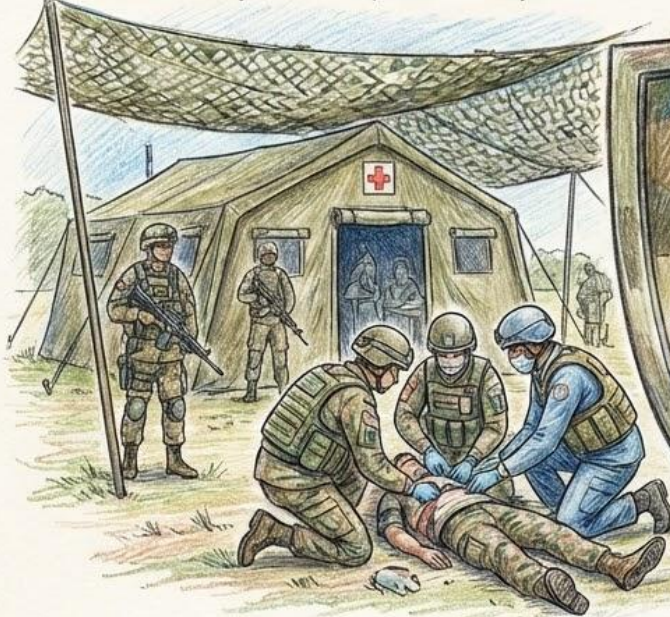
Princípios Estratégicos em Sistemas Militares



O PARADOXO DOS SISTEMAS MILITARES DE SAÚDE

1. PRONTIDÃO (Readiness)

- Profissionais médicos prontos para deslocamento
- Capacidade de atuar em medicina de campanha/combate
- Manutenção de competências específicas



2. ASSISTÊNCIA (Healthcare Delivery)

- Militares ativos
- Veteranos
- Dependentes



POPULAÇÕES DIVERSAS



Militares jovens saudáveis
(baixa demanda)



Dependentes
(demanda variada)



Aposentados
(alta demanda, condições crônicas)



APLICAÇÃO PMDF:

PMDF enfrenta dilema análogo - equilibrar saúde ocupacional (prontidão policial) com assistência abrangente.

"Essa tensão molda escolhas estratégicas - diferentes sistemas resolvem diferentemente."

ESTADOS UNIDOS: MODELO HÍBRIDO GERENCIADO

ESCALA:

-  Defense Health Agency (DHA)
-  9,5 milhões de beneficiários
-  Orçamento: US\$ 55-61 bilhões anuais



>700 instalações militares de tratamento (MTFs) próprias



REDE HÍBRIDA:



Redes civis contratadas via TRICARE

MISSÃO DUAL EXPLÍCITA:



1. Medically Ready Force (militares saudáveis para missão)
2. Ready Medical Force (profissionais médicos prontos para deslocamento)

MODELO CONTRATUAL:



- Contratos regionais com operadoras privadas
- Humana Military (região Leste) / TriWest Healthcare Alliance (região Oeste)
- Operadoras gerenciam redes credenciadas / MTFs próprias mantêm capacidade orgânica

SUPERVISÃO:



DHA supervisiona 1,1 milhão de prestadores credenciados
Verificação de credenciais a cada 3 anos



APLICAÇÃO PMDF:

Modelo similar ao PMDF: rede própria + terceirização massiva

“EUA opera no maior sistema militar de saúde do mundo – suas lições são valiosas”

LIÇÃO AMERICANA: CUSTOS DA TERCEIRIZAÇÃO EXCESSIVA

“Custos de terceirização 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 de atendimentos do setor privado
3. Ampliar oportunidades de treinamento clínico para profissionais militares

JUSTIFICATIVA DUPLA:

1. CONTROLE DE CUSTOS



Terceirização excessiva produziu custos crescentes descontrolados

2. MANUTENÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS



Profissionais militares que não atendem pacientes regularmente:



- Atrofiam competências clínicas
- Perdem prontidão para medicina de campanha
- Reduzem capacidade de resposta em crises



APLICAÇÃO PMDF:

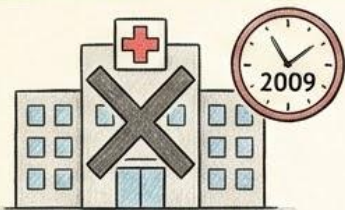
“Tnancia de prodoxionafram que terceirização da criticnia”

“A experiência americana confirma que terceirização excessiva produz perda de controle e custos crescentes”

“Meta americana de RETRAIR volume para instalações próprias dialoga diretamente com dilema PMDF”

REINO UNIDO: ESCOLHA RADICAL

DECISÃO ESTRATÉGICA:



Fechamento de **TODOS** os hospitais militares (Último: 2009)

MODELO HOSPITAL-DENTRO-DO-HOSPITAL:

Profissionais militares de saúde incorporados a centros de trauma do NHS



Mantêm competências atendendo volume alto de casos civis

Permanecem disponíveis para deslocamento militar

BENEFÍCIOS MÚTUOS:

NHS recebe:



Mão de obra qualificada



Lições aprendidas em conflitos (medicina de trauma)

MILITARES recebem:



Habilidades afiadas (volume alto)



Evitam atrofia em instalações militares de baixo volume

Experiência em casos complexos

DESAFIOS:



deslocados de seu serviço

Risco de profissionais sentirem-se "deslocados de seu serviço"



Necessidade de tempo para treinamentos militares

APLICAÇÃO PMDF:



Parcerias estruturadas com hospitais universitários ou centros de excelência podem oferecer especialidades inviáveis de manter organicamente

"Integração com sistema civil pode funcionar quando bem gerenciada – preservando vínculo institucional"

CANADÁ E AUSTRÁLIA: TERCEIRIZAÇÃO ESTRUTURADA



CANADÁ: Princípio orientador:

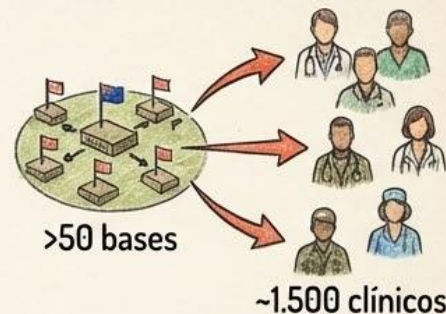
"Cuidado comparável aos canadenses civis, mas nível de saúde/funcionalidade nas Forças Armadas é mais alto"



Spectrum of Care:

- 5 critérios para serviços cobertos
- Devem "sustentar ou restaurar membro a status operacionalmente efetivo e destacável"

AUSTRÁLIA: Contrato com Bupa:



LIÇÃO DAS AUDITORIAS:



Australian National Audit Office identificou:
- Gastos excedendo orçamento (3 anos consecutivos)

Recomendações:

- ✓ Maximizar uso de pessoal militar/servidor público (menos custoso que contratados)
- ✓ Alinhar níveis de suporte com requisitos operacionais REAIS



APLICAÇÃO PMDF:

Terceirização não é problema por si - mas requer gestão ativa, supervisão rigorosa e alinhamento com necessidades reais
"Contratos grandes sem governança ativa tendem a estourar orçamento"

CHINA: TERCEIRA VIA ESTRATÉGICA

TRÊS MODELOS COMPARADOS



MODELO AMERICANO



Militar contrata prestadores civis
(terceirização)



MODELO BRITÂNICO



Militar incorpora-se a sistema civil
(integração)



MODELO CHINÊS



Militar EXPANDE capacidade para
atender população geral (fusão)



POLÍTICA DE MILITARY-CIVIL FUSION (军民融合, jūn-mín rónghé)

Integra deliberadamente infraestrutura militar e civil como instrumento estratégico de longo prazo



PLA GENERAL HOSPITAL (Hospital 301)

- Maior hospital militar da China
- ABERTO AO PÚBLICO CIVIL
- Centro de excelência clínica
- Instituição de ensino
- Capacidade estratégica reserva



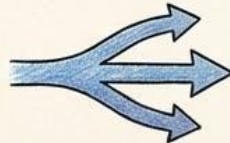
OUTROS EXEMPLOS

Nanjing General Hospital integrado formalmente a universidades
(Medical School da Nanjing University)



APLICAÇÃO PMDF

Modelo sugere terceira via não explorada no debate brasileiro



"Em vez de terceirizar OU integrar-se, EXPANDIR capacidade própria para atender além da corporação"

CHINA: LÓGICA DA CAPACIDADE DUAL

Infraestrutura dimensionada para demanda civil em paz, conversível para medicina de campanha em crise

PAZ

1. COMPETÊNCIAS AFIADAS



Profissionais militares mantêm habilidades atendendo alto volume de casos complexos civis

2. RECEITA ADICIONAL



Hospitais geram receita atendendo público geral (complementa orçamento militar)

3. EXCELENCIA E REPUTAÇÃO



Competição por reputação no mercado civil mantém qualidade

DIFERENÇA DOS MODELOS OCIDENTAIS:

Occidente:



→ Eficiência?

China:



Preserva Comando Militar

COMPETIÇÃO + CONTROLE:



- Hospitais militares competem por reputação no mercado civil
- Mas permanecem sob controle operacional do PLA
- Qualidade mantida por pressão de mercado + disciplina militar

CRISE



TESTE REAL - COVID-19:



Joint Logistics Support Force



- Mobilizou hospitais militares em escala nacional
- Profissionais e equipamentos deslocados rapidamente
- Médicos que normalmente atendem civis em Pequim → Wuhan em 48 horas
- Demonstrou operacionalidade real do sistema integrado



APLICAÇÃO PMDF:

Abertura seletiva para comunidade. "Capacidade dual permanente projeta para PAZ mas reserva conversibilidade para CRISE"

MODELO CHINÊS: TERCEIRA VIA PARA A PMDF

DILEMA ATUAL DA PMDF:

OPÇÃO A (atual):

90% terceirizado
→ perda de controle,
custos crescentes



OPÇÃO B

(proposta tradicional):
Fortalecer centros médicos
APENAS para policiais
→ pode ser
subdimensionado, caro



OPÇÃO C (inspirada no modelo chinês): ABERTURA SELETIVA PARA COMUNIDADE

PÚBLICOS POTENCIAIS:

- Servidores públicos do DF (governança DF)
- Convênios corporativos
- SUS em especialidades específicas (ortopedia, emergência)



ESPECIALIDADES ESTRATÉGICAS (expertise natural PMDF):

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



BENEFÍCIOS:


1. RECEITA COMPLEMENTAR



2. VOLUME CLÍNICO



3. CONTROLE INSTITUCIONAL



4. ESCALA PARA SUSTENTABILIDADE

CENTROS DE EXCELÊNCIA REGIONAIS:

“Centros médicos PMDF tornam-se referência em saúde ocupacional e medicina de emergência no DF”

REQUISITOS:



- Investimento inicial em infraestrutura



- Regulação específica



- Separação de fluxos (prioridade para policiais)



“Reduzir dependência de terceirização sem dimensionar capacidade exclusivamente para corporação”

CONVERGÊNCIAS EM SISTEMAS MILITARES

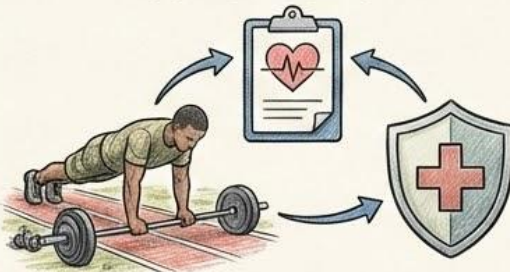
1. INTEGRAÇÃO MISSÃO-SAÚDE



Prontidão operacional e assistência médica são interdependentes, não paralelas

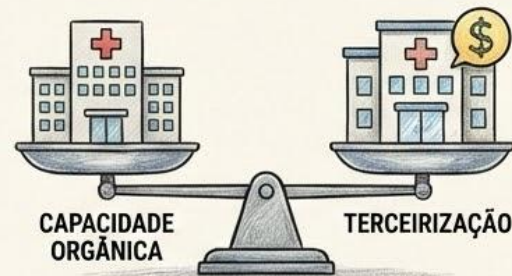
- Profissionais mantêm competências atendendo pacientes
- Militares saudáveis cumprem missão

2. SAÚDE OCUPACIONAL COMO NÚCLEO



Medicina do trabalho, aptidão física, prevenção de agravos = prioridades estratégicas

3. EQUILÍBRIO CAPACIDADE ORGÂNICA / TERCEIRIZAÇÃO



- Terceirização excessiva → perde controle, aumenta custos (EUA)
- Capacidade orgânica excessiva → ineficiente
- Movimento recente: reequilíbrio em favor de capacidade própria

4. GESTÃO ATIVA DE REDES CREDENCIADAS



Credenciamento rigoroso

Monitoramento de desempenho

Mecanismos de exclusão

5. FORMAÇÃO DE GESTORES ESPECIALIZADOS



Profissionais de saúde assumindo funções gerenciais requerem capacitação específica



APLICAÇÃO PMDF:

- Retenção de especialistas (compete com mercado civil)
- Dimensionamento de capacidade (análise contínua)
- Governança de rede credenciada (investimento em supervisão)

"Soluções testadas internacionalmente – desde credenciamento rigoroso até formação gerencial – são diretamente aplicáveis"



Síntese Comparativa e Aplicação



O QUE TODOS OS SISTEMAS BEM-SUCEDIDOS FAZEM

TABELA COMPARATIVA:

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
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

Problemas universais da gestão em saúde

- Escassez relativa
- Assimetria de informação
- Complexidade técnica
- Múltiplos stakeholders

“Convergências não são coincidência - são respostas a problemas estruturais universais”

ONDE OS SISTEMAS DIVERGEM

DIVERGÊNCIAS FUNDAMENTAIS = OBJETIVOS PRIORIZADOS

SISTEMAS PÚBLICOS priorizam:



Universalidade
(cobertura de toda população)



Equidade
(distribuição justa)



Integralidade
(resposta abrangente)

↪ Sucesso = cobertura, acesso,
desfechos populacionais

SETOR PRIVADO prioriza:



Sustentabilidade financeira
(receitas > custos)



Competitividade
(atração/retenção de clientes)



Valor para
acionistas/membros

↪ Sucesso = resultados financeiros,
satisfação de pagantes

SISTEMAS MILITARES priorizam:



Prontidão operacional
(força médica pronta)



Capacidade de missão
(sistemas funcionais sob
adversidade)



Militares aptos

↪ Sucesso = disponibilidade
operacional, capacidade de resposta

IMPLICAÇÃO:



NÃO: “Qual sistema copiar?”



MAS: “Quais princípios aplicar dado nosso contexto e objetivos?”

“Análise comparativa não produz receitas – produz repertório para decisão contextualizada”

PMDF: COMBINAÇÃO DELIBERADA DE PRINCÍPIOS

PMDF opera como **sistema híbrido: recursos públicos + contratação privada + missão institucional**

DO SETOR PÚBLICO aplicar:



- Equidade entre categorias de beneficiários
- Planejamento plurianual epidemiológico
- Porta de entrada definida
- Accountability pública



DO SETOR PRIVADO aplicar:



- Eficiência na gestão de recursos
- Indicadores de desempenho em tempo real
- Contratualização por resultados
- Inteligência de dados para decisão



DOS SISTEMAS MILITARES aplicar:



- Integração saúde-missão institucional
- Promoção de saúde e aptidão
- Equilíbrio capacidade própria/terceirizada
- Formação de gestores especializados



TRADE-OFFS INEVITÁVEIS:

Maximizar cobertura ↔ controle de custos

Priorizar prontidão ↔ atender dependentes

Fortalecer capacidade própria ↔ pressão orçamentária inicial

"Clareza sobre objetivos prioritários para fazer escolhas coerentes.

Sistema híbrido não é deficiência - é oportunidade de combinar o melhor de três mundos"

LIÇÕES DO SETOR PÚBLICO PARA PMDF

1. REGIONALIZAÇÃO E PORTA DE ENTRADA

Experiência SUS/NHS:



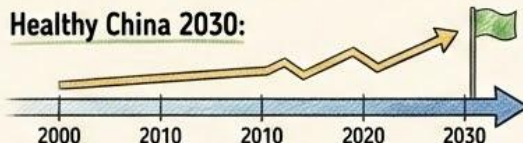
Sistemas sem porta de entrada definida fragmentam-se

Para PMDF:



2. PLANEJAMENTO PLURIANUAL EPIDEMIOLÓGICO

Healthy China 2030:

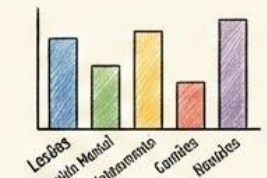


Metas de longo prazo disciplinam decisões anuais

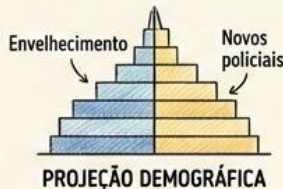
Para PMDF:



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
(75.000 BENEFICIÁRIOS)



AFASTAMENTO/INCAPACIDADE



PROJEÇÃO DEMOGRÁFICA



METAS QUINZENAIS
PARA INDICADORES-CHAVE

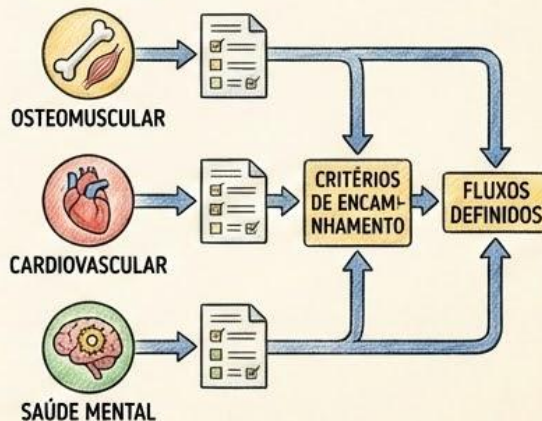
3. PROTOCOLOS PADRONIZADOS



NICE/PCDT:

Padronização baseada em evidências reduz variabilidade injustificada

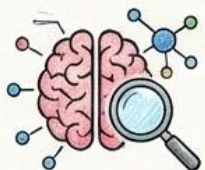
Para PMDF:



"Ordenamento e planejamento transformam demanda caótica em gestão racional"

LIÇÕES DO SETOR PRIVADO PARA PMDF

1. NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA DE DADOS



Kaiser/Setor privado:
Poder transformador
da análise de dados



Para PMDF:



Unidade dedicada à análise
epidemiológica e custos



Dashboards em tempo real



Estratificação de risco
(beneficiários alto custo/alta
necessidade)



Simulações de cenários

2. REDESENHO DE CONTRATOS COM METAS



Movimento global P4P:
Vincular remuneração
a resultados



Para PMDF:



Indicadores de qualidade em
contratos (reinternação,
satisfação, tempo de espera)



Parcela variável vinculada
a metas



Auditoria sistemática



Descredenciamento por
desempenho insuficiente

3. MENSURAÇÃO DE VALOR



Equação de Porter:
Aplica-se a
qualquer sistema



Para PMDF:



Medir resultados de saúde
(não apenas procedimentos)



Custo por desfecho
alcançado



Comparar prestadores
por valor entregue

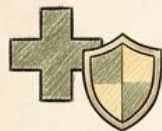


Premiar eficiência, não
volume

“Eficiência e inteligência de dados não são luxo - são necessidade para gestão com recursos escassos”

LIÇÕES DOS SISTEMAS MILITARES PARA PMDF

1. INTEGRAÇÃO SAÚDE-MISSÃO INSTITUCIONAL



DHA/DMS: Saúde serve à prontidão operacional

Para PMDF:



Saúde ocupacional como prioridade estratégica



Aptidão para serviço policial



Programas focados em riscos ocupacionais



Métricas: tempo de afastamento, retorno ao serviço



Análise de agravos relacionados à atividade policial

2. DEFINIÇÃO DE NÚCLEO MÍNIMO PRÓPRIO



Reversão americana 2023: Riscos da terceirização excessiva

Para PMDF: Definir capacidades orgânicas essenciais:



Atenção primária



Medicina ocupacional



Urgência mental de primeiro nível



Manter rede credenciada para:



Especialidades



Alta complexidade

3. INVESTIMENTO EM FORMAÇÃO GERENCIAL



Todos sistemas militares: Capacitação de profissionais para gestão

Para PMDF:



Programa continuado (este curso!)



Rotação por funções administrativas



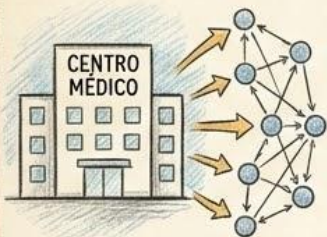
Mentoria de gestores experientes

INSIGHT: “Missão institucional específica exige soluções alinhadas – não genéricas”

CONSOLIDAÇÃO: 5 LINHAS ESTRATÉGICAS PARA PMDF

Consolidando análise comparativa de 4 continentes:

1. FORTALECER CENTROS MÉDICOS COMO PORTA DE ENTRADA



- Capacidade resolutiva ampliada
- Protocolos padronizados
- Sistema de referência gerenciada à rede credenciada

2. CRIAR NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE



- Análise epidemiológica
- Monitoramento de custos
- Estratificação de risco
- Apoio à decisão baseada em evidências

3. REDESENHAR MODELO CONTRATUAL



- Indicadores de desempenho
- Metas de qualidade
- Parcela variável de remuneração
- Mecanismos efetivos de supervisão e descredenciamento

4. DESENVOLVER PROGRAMA DE SAÚDE OCUPACIONAL INTEGRADO



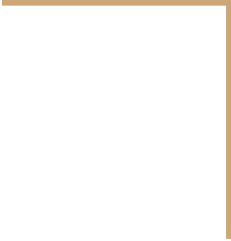
- Aptidão para serviço policial
- Prevenção de agravos relacionados à atividade
- Promoção de saúde
- Retorno acelerado ao trabalho

5. INSTITUCIONALIZAR FORMAÇÃO CONTINUADA EM GESTÃO



- Oficiais de saúde
- Capacidade permanente de análise estratégica
- Liderança de transformação

"Cinco linhas derivam de princípios universais + contexto PMDF específico"



Conexões Finais



GESTORES COMO ARQUITETOS DE SISTEMAS

“Não para catalogar diferenças, mas para revelar padrões”

CONVERGÊNCIAS IDENTIFICADAS:



Governança por indicadores



Planejamento de médio/longo prazo



Foco em valor



Inteligência de dados



Gestão ativa de redes



Porta de entrada definida

NÃO SÃO
coincidências culturais
MAS respostas funcionais
a problemas universais



MUDANÇA DE PERSPECTIVA:

Gestor de saúde da PMDF **NÃO** é:

- ✗ Administrador de contratos
- ✗ Despachante de autorizações

MAS É:
ARQUITETO
DE UM
SISTEMA

- Desenha estruturas
- Estabelece regras
- Cria incentivos
- Molda comportamentos

ANÁLISE COMPARATIVA EXTRAÍ PRINCÍPIOS, NÃO COPIA MODELOS:



NHS

NHS desenvolveu-se em contexto específico (acionamento explícito)



Kaiser floresceu em ambiente competitivo (integração vertical)



Sistema militar americano responde a missão global única



Nenhum é transplantável diretamente

PRINCÍPIOS TRANSFERÍVEIS:



Mensurar o que importa



Alinhar incentivos



Coordenar fluxos



Prevenir em vez de apenas tratar

"Oportunidade da PMDF: aprender com sucessos E fracassos - adaptar princípios testados a contexto único"

3 MENSAGENS PARA LEVAR

MENSAGEM 1

Convergências revelam princípios universais
- divergências revelam escolhas de valores



- Todos os sistemas bem-sucedidos governam por indicadores, planejam longo prazo, focam em valor.
- Mas priorizam objetivos diferentes (universalidade vs. lucro vs. prontidão)

MENSAGEM 2

PMDF como sistema híbrido é
OPORTUNIDADE - não deficiência



- Pode combinar princípios do público + privado + militar.
- Clareza sobre objetivos prioritários precede escolha de instrumentos

MENSAGEM 3

Síntese criativa entre princípios universais e realidade específica
= pensamento estratégico



- Não copiar soluções.
- Mas evitar erros conhecidos e adaptar princípios testados.
- Exercício das 8 capacidades do Módulo 1

Análise comparativa expandiu repertório analítico - preparou para decisões em contextos ambíguos

EXERCITANDO AS 8 CAPACIDADES

“Módulo 2 foi aplicação prática das capacidades desenvolvidas no Módulo 1”

1. LEITURA SISTÊMICA



2. FORMULAÇÃO DE PROBLEMAS



3. VISÃO DE FUTURO



4. PRIORIZAÇÃO ESTRATÉGICA



5. RACIOCÍNIO POR EVIDÊNCIAS



6. CAPACIDADE POLÍTICA



7. DESIGN DE SISTEMAS



8. DECISÃO SOB INCERTEZA



“Pensamento estratégico abstrato ganhou concretude através de escolhas reais de outros sistemas”

PREPARANDO O MÓDULO 3

Princípios extraídos neste módulo fundamentam decisões econômico-contratuais que virão

VIMOS NO MÓDULO 2:



- Contratação por desempenho (QOF, P4P, bundled payments)



- Modelos de pagamento (capitation, fee-for-service, episódio) and medical bill)



- Gestão de redes credenciadas (TRICARE, Calian, Bupa)



- Análise de custo-efetividade (QALY, NICE)



- Governança orçamentária (PNS, NHS Long Term Plan, Healthy China 2030)

PONTE

MÓDULO 2 → MÓDULO 3

Compreendemos POR QUE certos instrumentos funcionam

MÓDULO 3 DETALHARÁ:



- Orçamento como espelho da estratégia (leitura estratégica do orçamento PMDF)



- Ferramentas de análise econômica aplicada (custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade)



- Governança orçamentária e sustentabilidade (ciclo orçamentário, projeções plurianuais)



- Gestão estratégica de contratos (desenho, incentivos, accountability)



- Arquitetura econômico-contratual de sistema híbrido (núcleo próprio vs. perímetro contratual)

CONEXÃO: Agora aprenderemos COMO aplicá-los concretamente

PERGUNTA PARA REFLEXÃO

Qual dos sistemas estudados hoje oferece a lição mais relevante para o SEU contexto de atuação na PMDF?

OPÇÕES PARA CONSIDERAR



SUS: governança tripartite, regionalização, porta de entrada



NHS: metas quantificadas, QOF, NICE/QALY



China: planejamento 15 anos, consórcios médicos



Porter/Kaiser: valor, integração vertical, alinhamento de incentivos



Dados: estratificação de risco, análise preditiva



EUA/DHA: reversão de terceirização excessiva



UK/DMS: integração com sistema civil



China/PLA: fusão militar-civil, capacidade dual

SUBTEXTO: “No projeto aplicado do curso, você terá oportunidade de aplicar princípios aprendidos”

“Cada gestor enfrentará desafios específicos - princípios universais aplicam-se diferentemente”

OBRIGADO

SUBTÍTULO: Perguntas e Discussão



PRÓXIMA AULA: Módulo 3 - Economia da Saúde,
Governança Econômica e Gestão de Contratos

