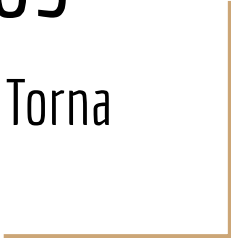




Economia da Saúde, Governança Econômica e Gestão de Contratos

Quando a Planilha se Torna
Decisão



DA ESTRATÉGIA À IMPLEMENTAÇÃO

MÓDULO 1: PENSAMENTO ESTRATÉGICO &
MÓDULO 2: SISTEMAS COMPARADOS (O QUÊ)



MÓDULO 1: PENSAMENTO ESTRATÉGICO &
MÓDULO 2: SISTEMAS COMPARADOS (O QUÊ)

MÓDULO 3:
ARQUITETURA ECONÔMICO-CONTRATUAL
(COMO)



MÓDULO 3: ARQUITETURA
ECONÔMICO-CONTRATUAL (COMO)

APLICAÇÃO PMDF:
DA ESTRATÉGIA À IMPLEMENTAÇÃO





COMANDO:
PRECISAMOS DE +200
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS
ESTE TRIMESTRE. POLICIAIS
ESPERAM HÁ MESES.



FINANCEIRO:
ORÇAMENTO DE
TERCEIRIZADOS 15% ACIMA.
CORTAR OU REALOCAR.



AUTORIZAR 200 CIRURGIAS?
(Estoura orçamento) ?
CORTAR CIRURGIAS?
(Enfrenta comando) ?
INVESTIR EM PREVENÇÃO?
(Resultado longo prazo,
pressão imediata) ?

EPIDEMIOLOGISTA:
40% DAS LESÕES
PREVENÍVEIS COM
PROGRAMA DE
CONDNDICIONAMENTO.
1/10 DO CUSTO.



APLICAÇÃO PMDF:
DILEMA COTIDIANO DE DIRETORES
SEM DOMÍNIO ECONÔMICO-CONTRATUAL.

INSIGHT: ECONOMIA DA SAÚDE É SOBRE PODER DE FAZER ESCOLHAS CONSCIENTES QUANDO TUDO PARECE URGENTE.



**O QUE A PMDF
DECLARA:**

**R\$ 480 MILHÕES
CONTAM UMA HISTÓRIA**



**O QUE O ORÇAMENTO
REVELA:**

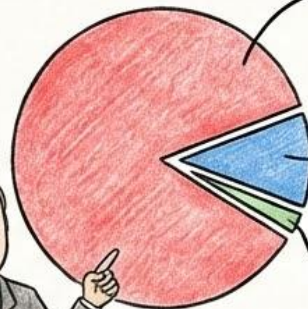
FORTALECER ATENÇÃO
PRIMÁRIA PRÓPRIA



PREVENÇÃO E PROMOÇÃO
COMO PRIORIDADES



REDUZIR DEPENDÊNCIA
DE TERCEIRIZAÇÃO



90% DO ORÇAMENTO
(R\$ 430M)
→ PRESTADORES EXTERNOS

10% DO ORÇAMENTO
(R\$ 50M)
→ CAPACIDADE PRÓPRIA

INVESTIMENTO EM
INFRAESTRUTURA:
<2% DO TOTAL

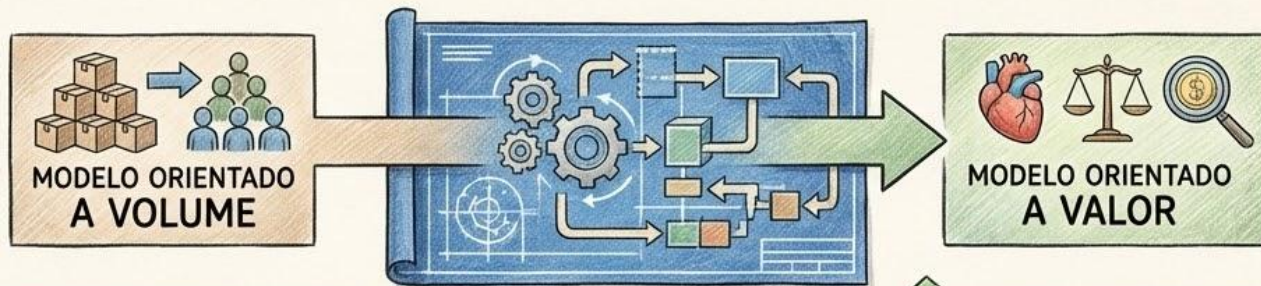


A VERDADE: SISTEMA ESTÁ OTIMIZADO PARA TERCEIRIZAR SERVIÇOS, NÃO PARA DESENVOLVER CAPACIDADE PRÓPRIA. NÃO É JULGAMENTO MORAL - É LEITURA OBJETIVA DE PRIORIDADES REVELADAS.

APLICAÇÃO PMDF: PARA GESTORES ESTRATÉGICOS, APRENDER A “LER” ORÇAMENTO É COMPETÊNCIA TÃO FUNDAMENTAL QUANTO INTERPRETAR EXAMES DIAGNÓSTICOS. A DIFERENÇA É QUE O PACIENTE AQUI É O SISTEMA INTEIRO.

INSIGHT: ORÇAMENTO REVELA ONDE O DINHEIRO REALMENTE VAI, INDEPENDENTEMENTE DOS DISCURSOS

SUSTENTABILIDADE EXIGE REDESENHO



O QUE ISSO NÃO SIGNIFICA:



CORTAR CUSTOS CEGAMENTE



ELIMINAR PRESTADORES EXTERNOS



REDUZIR QUALIDADE

VS



O QUE ISSO SIGNIFICA:



GARANTIR QUE CADA REAL GASTO PRODUZA O MÁXIMO DE SAÚDE POSSÍVEL



CONTRATOS QUE ALINHAM INCENTIVOS



CAPACIDADE PRÓPRIA ESTRATÉGICA



TERCEIRIZAÇÃO GERENCIADA

TRÊS DIMENSÕES INTERLIGADAS:



1. ORÇAMENTO COMO ESPELHO DA ESTRATÉGIA



2. FERRAMENTAS DE ANÁLISE ECONÔMICA



3. CONTRATOS COMO ARQUITETURA DE INCENTIVOS

APLICAÇÃO PMDF: NÃO SE TRATA DE ECONOMIA SOFISTICADA – É BOM SENSO ESTRUTURADO.

INSIGHT: "PARA OFICIAIS ACOSTUMADOS A DECISÕES CLÍNICAS, PENSAR ECONOMICAMENTE É LÓGICA IDÊNTICA: ESCOLHER INTERVENÇÕES QUE PRODUZEM MELHORES RESULTADOS COM RECURSOS DISPONÍVEIS".

NOSSA JORNADA HOJE

5 passos do orçamento atual ao redesenho estratégico



PARTE 1 - ORÇAMENTO COMO ESPELHO

Ler criticamente onde os
R\$ 480M realmente vão
e o que isso revela

PARTE 2 - FERRAMENTAS ECONÔMICAS

QALY, ICER, limiares:
como saber se dinheiro
está bem gasto

PARTE 3 - GOVERNANÇA NO TEMPO

MTEF, projeções
2026-2031, por que
horizonte importa

PARTE 4 - CONTRATOS E INCENTIVOS

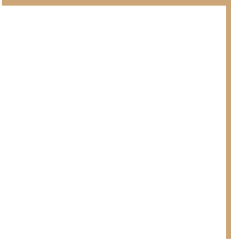
Fee-for-service vs. capitação vs.
bundled payments: você obtém o
comportamento que remunera

PARTE 5 - REDESENHO PMDF

3 cenários estratégicos:
que tipo de gestor você
quer ser?

OBJETIVO: Ao final, você terá vocabulário e ferramentas para traduzir intenções estratégicas em arquitetura institucional viável.

INSIGHT: “Não é sobre se tornar economista - é sobre governar seu sistema em vez de ser governado por ele”.



Orçamento como Espelho Estratégico



O CONCEITO MAIS IMPORTANTE DA ECONOMIA

CONCEITO PRINCIPAL: "Recursos são finitos; necessidades são infinitas."

Isso significa que toda decisão de gastar em algo é simultaneamente decisão de NÃO gastar em outra coisa."



ESCASSEZ:



BUDGETO:

R\$ 480 MILHÕES/ANO
75.000 BENEFICIÁRIOS

Não há como financiar tudo
que seria clinicamente desejável.
Escolhas são inevitáveis.

CUSTO DE OPORTUNIDADE:

OPÇÃO
ESCOLHIDA
(VALOR)

MELHOR
ALTERNATIVA
ABANDONADA
(CUSTO)



MÍOPE
(IGNORA CUSTOS)



ESTRATÉGICO
(CONSIDERA CUSTOS)

ANALOGIA CLÍNICA:



EXEMPLO PMDF:



INSIGHT: "Não existe almoço grátis em saúde.
Toda escolha sacrifica alternativas -
- a questão é fazer sacrifícios conscientes"

TÍTULO: DECISÃO CONCRETA: ONDE ALOCAR R\$ 5 MILHÕES?

CONCEITO PRINCIPAL: "Considere decisão real que diretores da PMDF enfrentam regularmente."

OPÇÃO A: Ampliar contratos de ressonância magnética



- **Investimento:** R\$ 5 milhões
- **Resultado:** Reduzir fila de 90 para 30 dias
- **Benefício:** Visível, mensurável, atende demanda explícita, gera satisfação imediata
- **Político:** Comando fica satisfeito, beneficiários agradecem



R\$ 5 MILHÕES



Qual você escolheria?

Qual produz mais saúde por real investido?

OPÇÃO B: Fortalecer atenção primária própria



- **Investimento:** R\$ 5 milhões
- **Ações:** Contratar 10 médicos de família, 15 enfermeiros, montar 3 centros médicos robustos
- **Resultado:** Coordenação de cuidado, prevenção, redução de encaminhamentos desnecessários em 2-3 anos
- **Benefício:** Invisível inicialmente, resultados demoram, exige transformação cultural, enfrenta resistências



A resposta honesta para a primeira pergunta pode ser diferente da resposta para a segunda - e é exatamente essa tensão que análise econômica força você a encarar.

APLICAÇÃO PMDF:

Pressões de curto prazo empurram para Opção A.
Racionalidade estratégica aponta para Opção B. Como navegar?

RACIONALIDADE
ESTRATÉGICA
(Opção B)



INSIGHT: "Análise econômica torna explícito o trade-off entre resolver crise visível hoje ou construir sistema sustentável amanhã"

TÍTULO: 90% TERCEIRIZADO - O QUE ISSO SIGNIFICA?

CONCEITO PRINCIPAL: "A proporção 90% terceirizado vs. 10% próprio não é apenas dado contábil - é escolha estratégica com consequências profundas."

DESENVOLVIMENTO:

CONSEQUÊNCIA 1 - GOVERNANÇA LIMITADA:



Capacidade de definir protocolos, controlar qualidade e moldar práticas clínicas está majoritariamente fora da organização

TERCEIRIZADO
(90%)

PRÓPRIO
(10%)

CONSEQUÊNCIA 2 - FLEXIBILIDADE MÍNIMA:



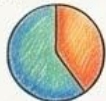
MARGEM PARA
REALOCAÇÃO

CONTRATOS
VIGENTES

Contratos vigentes consomem quase toda a receita. Margem para realocação estratégica é estreita.

Comparação:

Kaiser Permanente (EUA):
60% próprio, 40% contratado



NHS (Inglaterra):
80% próprio, 20% contratado via ICS



PMDF:
10% próprio, 90% contratado



CONSEQUÊNCIA 3 - TOMADORA DE PREÇOS:



PMDF depende das condições impostas pelo mercado de prestadores, não forma preços

CONSEQUÊNCIA 4 - RISCO DE CAPTURA:



Prestadores que concentram grande volume têm poder de negociação desproporcional

APLICAÇÃO PMDF: Qualquer reconfiguração significativa exige enfrentar essa rigidez estrutural. Diretor que assume sem compreender essa dinâmica será rapidamente capturado por ela.



INSIGHT: "Alta terceirização combinada com baixa governança produz sistema caro, pouco responsivo e difícil de transformar"

TÍTULO: O QUE MONITORAR ALÉM DO TOTAL

CONCEITO PRINCIPAL: "Orçamento total (R\$ 480M) é importante, mas distribuição interna revela prioridades reais."

TABELA COMPARATIVA - INDICADORES-CHAVE

Custeio vs. Investimento



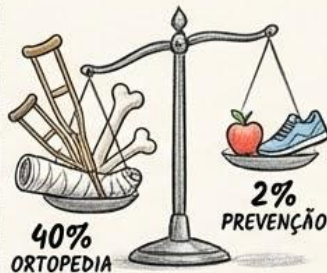
Implicação: Consumindo infraestrutura sem reposição

Próprio vs. Terceirizado



Governança mínima sobre maioria dos recursos

Ortopedia vs. Prevenção



Otimizado para tratar consequências, não causas

Alta complexidade vs. APS



Custo por beneficiário



Padrão preocupante:

Gasta como privado

Restrições de sistema público

APLICAÇÃO PMDF

Monitorar trimestralmente.
Variações significativas
= deriva estratégica.

INSIGHT: "Se 40% vai para ortopedia e 2% para prevenção de lesões, não precisa de economista - o sistema está falando"

R\$ 6.400 POR BENEFICIÁRIO/ANO - É MUITO OU POUCO?

CONCEITO PRINCIPAL:

"Contextualizar o gasto per capita da PMDF através de comparações."

DESENVOLVIMENTO



R\$ 480
milhões



75.000
beneficiários



R\$ 6.400/beneficiário/ano

Equivalente a
R\$ 533/mês por pessoa

INTERPRETAÇÃO



PMDF está na faixa intermediária.
Não gasta pouco – mas também
não gasta excessivamente.

O que distingue sistemas sustentáveis
não é necessariamente gastar
menos, mas gastar melhor.

APLICAÇÃO PMDF

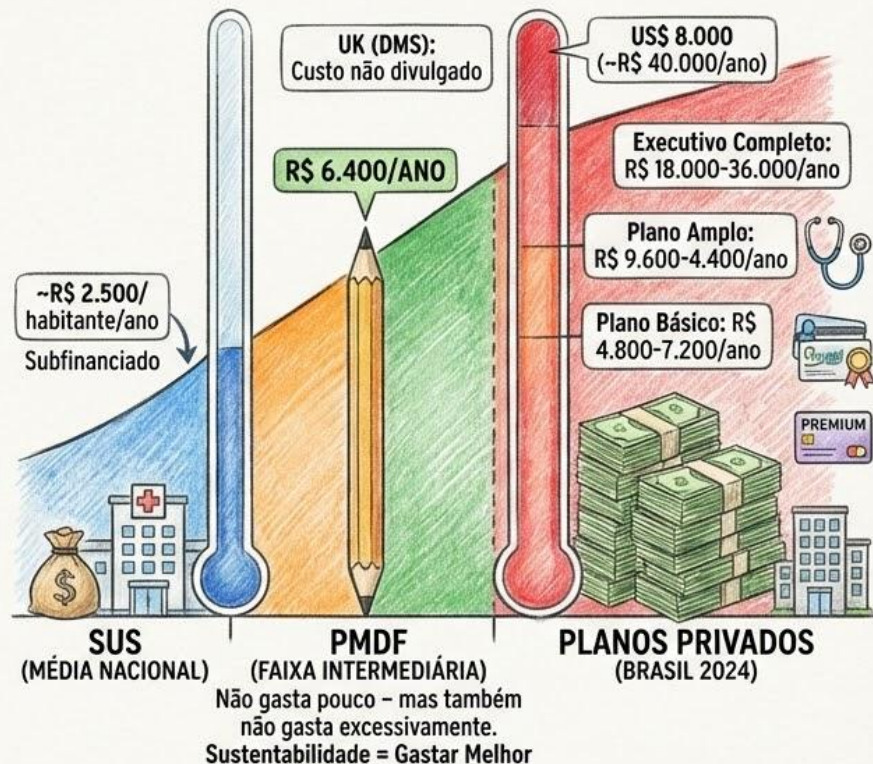


Margem para eficiência
existe, mas não é enorme.

Transformação exigirá
redistribuição interna
mais que redução total.

INSIGHT

"A questão não é quanto gastamos – é se cada real produz o máximo de saúde possível"



COMO ORGANIZAR O ORÇAMENTO PARA GOVERNANÇA

CONCEITO PRINCIPAL: Forma de estruturar orçamento determina capacidade de vincular recursos a resultados.

ORÇAMENTO POR INSUMOS (tradicional)

	A	B	C
1	Categoria	Valor	
2	Pessoal:	R\$ 50M	
3	Materiais:	R\$ 30M	
4	Serviços terceirizados:	R\$ 400M	
5	Equipamentos:	R\$ 10M	
6			



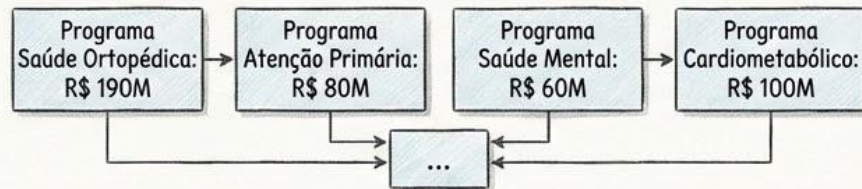
Controle contábil estrito

- + Vincula mensuráveis
- Controle contábil
- Não reconstruído



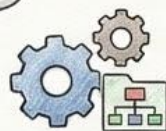
Não responde "quanto gastamos para melhorar saúde ortopédica?"

ORÇAMENTO POR PROGRAMAS (recomendado OMS)



Vincula recursos a resultados mensuráveis, permite avaliar eficiência por área

APLICAÇÃO PMDF



1 Relatórios Gerenciais por Programa



2 Execução Contábil (Insumos Inicialmente)



Migração gradual: começar estruturando relatórios gerenciais por programa mesmo que execução contábil permaneça por insumos inicialmente.



Exige sistema de informação mais sofisticado

INSIGHT

Se não consegue medir quanto gasta por linha de cuidado, não consegue otimizar alocação entre elas

A ÂNCORA DOS CONTRATOS VIGENTES

DESENVOLVIMENTO:

Cenário típico PMDF



Orçamento total:
R\$ 480M

Compromissos fixos



Contratos plurianuais vigentes:
R\$ 400M (83%)



Folha de pagamento própria: **R\$ 40M (8%)**



Custeio obrigatório:
R\$ 20M (4%)



Margem discricionária real: **R\$ 20M (4%)**

CONCEITO PRINCIPAL:

"Contratos vigentes funcionam como âncora - imobilizam recursos e limitam manobra estratégica."

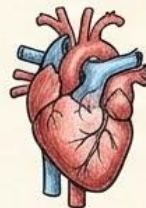


Implicação

Mesmo com orçamento de meio bilhão, diretor tem apenas 4% de flexibilidade para alocar estrategicamente sem renegociar contratos.



Diretor PMDF



Analogia clínica

Paciente com 96% do débito cardíaco comprometido com órgãos vitais. Margem para manobra é estreita - qualquer intervenção significativa exige reconfiguração da distribuição inteira.

Ciclo vicioso



APLICAÇÃO PMDF



Toda decisão estratégica relevante exige reconfiguração orçamentária explícita. Estratégia sem orçamento correspondente é fantasia gerencial.



INSIGHT: "Rigidez orçamentária é razão pela qual boas ideias morrem - não por falta de mérito, mas por falta de espaço fiscal"

DO DIAGNÓSTICO ÀS FERRAMENTAS

CONCEITO PRINCIPAL: Diagnosticamos: orçamento revela prioridades, 90% terceirizado, flexibilidade mínima, indicadores preocupantes. Agora: como decidir racionalmente onde alocar recursos escassos?

DESENVOLVIMENTO

O que sabemos até aqui:

-  1. Recursos são finitos (R\$ 480M, não mais)
-  2. Escolhas são inevitáveis (toda alocação sacrifica alternativas)
-  3. Orçamento atual revela padrões preocupantes (98% custeio, 90% terceirizado, 40% ortopedia)
-  4. Margem de manobra é estreita (4% discricionário)



Próxima pergunta:



- Cirurgia ortopédica vs. prevenção de lesões?



- Ressonância magnética vs. médico de família?



- Tratamento de diabetes descompensado vs. programa de controle glicêmico?



Ferramentas econômicas respondem essas perguntas:

-  - Custo-efetividade
-  - QALY (Ano de Vida Ajustado por Qualidade)
-  - ICER (Razão de Custo-Efetividade Incremental)
-  - Limiares de aceitabilidade

APLICAÇÃO PMDF

Próximos 10 slides desenvolvem essas ferramentas com exemplos práticos da PMDF.



INSIGHT: Lemos o orçamento criticamente. Agora precisamos de ferramentas para reescrevê-lo racionalmente



Ferramentas de Análise Econômica



O QUE A ANÁLISE ECONÔMICA RESPONDE

CONCEITO PRINCIPAL: "Análise econômica em saúde responde a perguntas que gestores enfrentam cotidianamente."

PERGUNTA 1:



Entre duas formas de gastar o mesmo orçamento, qual produz **mais saúde**?

PERGUNTA 2:



Um novo tratamento justifica seu custo adicional comparado ao **tratamento padrão** atual?

PERGUNTA 3:



Devemos **internalizar** um serviço ou continuar **terceirizando**?

Três tipos de análise:



1. Custo-efetividade compara usando **medidas clínicas naturais** (custo por vida salva, por infarto evitado)



2. Custo-utilidade compara usando **métrica padronizada (QALY)** que permite comparar condições diferentes



3. Custo-benefício monetiza tudo (menos usado em saúde por problemas éticos)

Analogia clínica:

Médico escolhe tratamento baseado em **NNT** (*Number Needed to Treat*). Gestor escolhe intervenção baseada em **custo por QALY**. Lógica idêntica.



APLICAÇÃO PMDF:

Não é economia sofisticada - é bom senso estruturado com métodos que permitem comparações sistemáticas.



INSIGHT: "Se você entende NNT, você entende análise de custo-efetividade - é o mesmo raciocínio aplicado a recursos"

CUSTO-EFETIVIDADE: COMPARANDO DENTRO DA MESMA CONDIÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL

Análise de custo-efetividade compara intervenções para a mesma condição usando medidas clínicas naturais.

DESENVOLVIMENTO

Como funciona:



$$\text{Custo} \div \text{Resultado Clínico} = \text{Custo por Unidade}$$

Exemplos de medidas:



Custo por vida salva



Custo por paciente que retorna ao trabalho em 90 dias



Custo por infarto evitado



Custo por caso de diabetes evitado

Exemplo prático PMDF:

Protocolo A - Reabilitação pós-cirúrgica intensiva de joelho



Custo por paciente: R\$ 8.000
Taxa de retorno ao trabalho em 90 dias: 80%



Custo por retorno bem-sucedido:
R\$ 10.000



Protocolo B - Reabilitação convencional



Custo por paciente: R\$ 4.000
Taxa de retorno ao trabalho em 90 dias: 40%

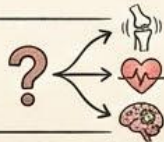


Custo por retorno bem-sucedido:
R\$ 10.000



Resultado: Mesma eficiência! Protocolo A custa mais mas produz proporcionalmente mais resultados.

APLICAÇÃO PMDF



Útil quando comparamos tratamentos para mesma condição. Mas e quando queremos comparar ortopedia vs. cardiologia vs. saúde mental?



INSIGHT: Custo-efetividade responde: qual protocolo produz mais resultados por real dentro da mesma doença

QALY - A MÉTRICA UNIVERSAL EM SAÚDE

CONCEITO PRINCIPAL: "QALY (Quality-Adjusted Life Year) = Ano de Vida Ajustado por Qualidade.
É a métrica que permite comparar benefícios de tratamentos completamente diferentes."

DESENVOLVIMENTO: O problema que QALY resolve:



Como comparar:

- Cirurgia cardíaca que salva vida mas com sequelas (10 anos adicionais com qualidade 60%)



- Artroplastia de joelho que melhora qualidade mas não prolonga vida (20 anos com melhora de 40% para 80%)



- Tratamento de depressão que melhora qualidade significativamente (30 anos com melhora de 50% para 90%)

Sem métrica comum, comparação é impossível.

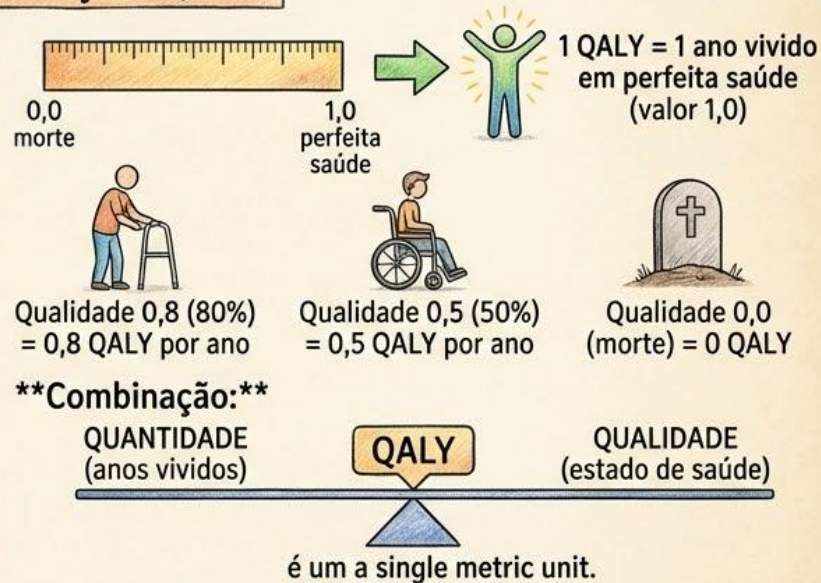
APLICAÇÃO PMDF:



Permite comparar investimento em ortopedia vs. cardiologia vs. saúde mental usando mesma régua.



Solução - QALY:



INSIGHT:



"QALY = ferramenta para comparar maçãs com laranjas — cirurgia cardíaca com reabilitação ortopédica com tratamento psiquiátrico"



CALCULANDO QALY: EXEMPLO PASSO-A-PASSO

QALY = Qualidade de Vida × Anos Vividos

DESENVOLVIMENTO

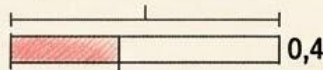
PASSO 1 - Situação inicial (sem cirurgia):

Idade: 45 anos



Idade: 45 anos

Expectativa de vida: 30 anos restantes

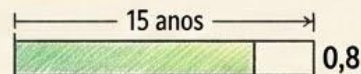


Qualidade de vida atual: 0,4 (dor crônica, mobilidade limitada, afastamento operacional)

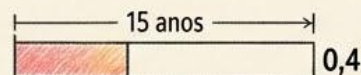


30 anos × 0,4 = 12 QALYs

PASSO 3 - QALYs com intervenção:



Primeiros 15 anos: $15 \times 0,8 = 12$ QALYs



Últimos 15 anos: $15 \times 0,4 = 6$ QALYs

Total: $12 + 6 = 18$ QALYs

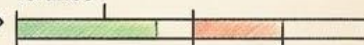


PASSO 2 - Intervenção (artroplastia total de joelho):

Custo total (cirurgia + reabilitação + possíveis complicações): R\$ 80.000



Resultado esperado: qualidade restaurada para 0,8 pelos próximos 15 anos



Após 15 anos: possível revisão cirúrgica, qualidade retorna a 0,4

PASSO 4 - QALYs GANHOS:

Com cirurgia:
18 QALYs

Sem cirurgia:
12 QALYs



Ganho: 6 QALYs

APLICAÇÃO PMDF:

Este policial de 45 anos ganhará 6 anos de vida em perfeita saúde (equivalentes) a artroplastia.



INSIGHT:



"6 QALYs ganhos = 6 anos adicionais em perfeita saúde. Agora podemos perguntar: quanto custou cada QALY?"

ICER: QUANTO CUSTA CADA QALY GANHO?

ICER = Custo Adicional ÷ Benefício Adicional (comparado à alternativa vigente)

****Fórmula:**

$$\text{ICER} = \frac{\text{Custo Intervenção Nova} - \text{Custo Alternativa}}{\text{QALYs Nova} - \text{QALYs Alternativa}}$$

****Continuando exemplo do slide anterior:**

Cirurgia:

 - Custo: R\$ 80.000

 - QALYs: 18

ICER:

$$\text{- ICER} = \frac{80.000 - 0}{18 - 12}$$

$$\text{- ICER} = 80.000 / 6$$

ICER = R\$ 13.333 por QALY ganho

Sem cirurgia (alternativa):

 - Custo: R\$ 0

 - QALYs: 12

Interpretação: Cada ano de vida em perfeita saúde (equivalente) que a artroplastia produz custa R\$ 13.333.

Próxima pergunta: R\$ 13.333 por QALY é aceitável? Como saber se é "bom negócio"?

APLICAÇÃO PMDF: Precisa de limiar de referência para decidir. É o que o próximo slide mostra.



INSIGHT: ICER traduz benefício clínico em custo por unidade de saúde produzida - permite comparação racional

ARTROPLASTIA NA PMDF: VALE A PENA?

CONCEITO PRINCIPAL: Aplicar análise completa de custo-utilidade à decisão real: artroplastia de joelho para policial de 45 anos.

DESENVOLVIMENTO:

Situação clínica:

- Policial 45 anos, osteoartrite severa de joelho
- **Qualidade de vida atual:** 0,4 (dor crônica, mobilidade limitada, afastado de atividades operacionais)
- **Expectativa de vida:** 30 anos
- **QALYs sem intervenção:** 12



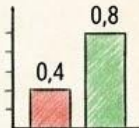
Análise econômica:

$$\begin{aligned} \text{- ICER} &= \frac{\text{R\$ 80.000}}{6 \text{ QALYs}} \\ &= \text{R\$ 13.333 por QALY} \end{aligned}$$



Intervenção proposta:

- Artroplastia total de joelho
- **Custo:** R\$ 80.000 (cirurgia R\$ 40k + reabilitação R\$ 20k + contingência complicações R\$ 20k)
- **Resultado esperado:** qualidade 0,8 por 15 anos
- **QALYs com intervenção:** 18
- **QALYs ganhos:** 6



Comparação com limiar brasileiro:

Limiar CONITEC:
R\$ 40.700
por QALY
(1 PIB per capita)



ICER da
artroplastia:
R\$ 13.333
por QALY

- Resultado: **MUITO** abaixo do limiar ✓

Decisão:

Artroplastia é **ALTAMENTE** custo-efetiva para PMDF. Deveria ser priorizada.



APLICAÇÃO PMDF: Mas agora compare com prevenção...



INSIGHT:

"Cirurgia é custo-efetiva. Mas será que é a **MELHOR** alocação de recursos?"

QUANTO ESTAMOS DISPOSTOS A PAGAR POR 1 QALY?



****NICE (Inglaterra):****



Congelado
até 2028



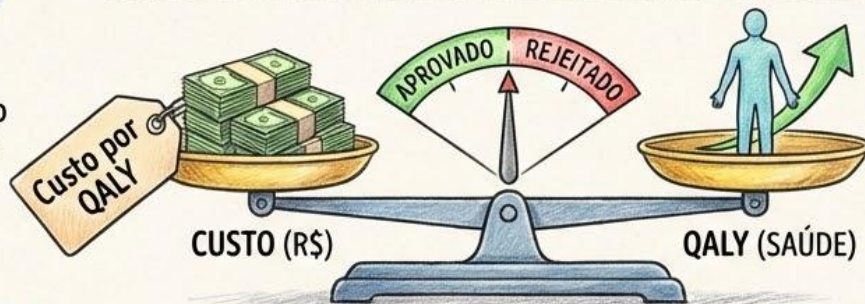
Limiar:
£20.000 -
£30.000
por QALY



Aproximadamente
R\$ 150.000 -
R\$ 225.000
por QALY

Aproximadamente
R\$ 150.000 -
R\$ 225.000
por QALY

Limiares definem o máximo aceitável para custo por QALY.
Acima = não financiar; abaixo = financiar.



****Como funciona:****

****APROVADO ✓:****

Medicamento custa R\$ 50.000
Produce 2,5 QALYs
ICER = R\$ 20.000 por QALY
****Abaixo do limiar → Recomendado para financiamento****



****REJEITADO ✗:****

Medicamento custa R\$ 150.000
Produce 1,5 QALYs
ICER = R\$ 100.000 por QALY
****Acima do limiar (R\$ 40.700) → NÃO financiado****



****Brasil (CONITEC - 2022):****



Condições especiais
(doenças raras, pediátricas graves):
até 3x = R\$ 122.000 por QALY



****Exemplo real:****

NICE britânico rejeitou lecanemabe e donanemabe (Alzheimer) em 2024:
ICER 5–6x acima do limiar



APLICAÇÃO PMDF:

PMDF deve usar limiar brasileiro
(R\$ 40.700) como referência
para decisões de incorporação.



INSIGHT:

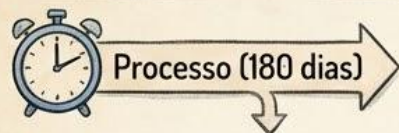
Limiar não é arbitrário – representa
o que sociedade/sistema pode pagar
sustentavelmente por saúde adicional

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

INSTITUCIONALIZANDO DECISÕES RACIONAIS

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (UK)

CONCEITO PRINCIPAL:
CONITEC (Brasil) e NICE (UK) exemplificam como sistemas organizam decisões de incorporação de tecnologias.



Similar ao CONITEC mas com:

- Recomendações positivas → hospitais NHS OBRIGADOS a oferecer em 90 dias
- Poder de negociação de preços com fabricantes
- Sistema mais maduro (operando desde 1999)

RESULTADO:

✓ Tecnologias incorporadas
→ fazem parte do SUS



✗ Tecnologias rejeitadas
→ podem ser reavaliadas se novas evidências ou reduções de preço



APLICAÇÃO PMDF:



① evidência clínica

② ICER vs limiar

③ impacto orçamentário

④ aprovação técnica

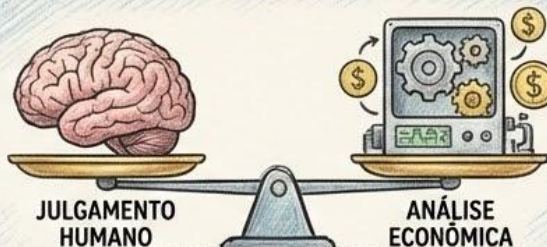
→ Decisão de incorporação



INSIGHT: "Decisões de incorporação não podem ser ad hoc ou por pressão política – precisam de processo racional"

LIMITES DA ANÁLISE ECONÔMICA

CONCEITO PRINCIPAL:
Análise econômica **INFORMA**
decisões, não as **SUBSTITUI**.
Nenhuma fórmula captura todos
os valores relevantes.

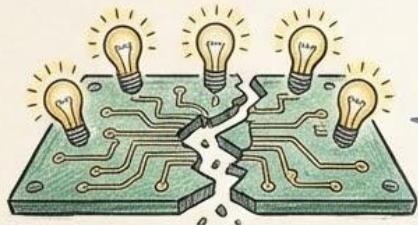


JULGAMENTO
HUMANO

ANÁLISE
ECONÔMICA

CONCEITO PRINCIPAL:
Análise econômica **INFORMA**
decisões, não as **SUBSTITUI**.
Nenhuma fórmula captura

DESENVOLVIMENTO:



O que análise econômica **NÃO** captura:



1. EQUIDADE:

Tratamento para doença
rara pode ter ICER alto
mas atingir população
vulnerável sem alternativas



2. PREFERÊNCIAS DOS BENEFICIÁRIOS:

Pacientes podem valorizar
aspectos não capturados em
QALYs (autonomia, dignidade)



3. CONSIDERAÇÕES OPERACIONAIS:

Tratamento custo-efetivo
mas que exige
infraestrutura inexistente



4. IMPACTO NA PRONTIDÃO (MILITAR):

Intervenção pode ter ICER
médio mas impactar crítico
na capacidade operacional



5. EFEITOS DE SEGUNDA ORDEM:

Tratamento que permite
retorno ao trabalho tem valor
econômico além de saúde



Papel do gestor:
Usar ferramentas
como insumo para
julgamento, não
como algoritmo
que decide sozinho



Exemplo NICE:
Mantém flexibilidade
para casos excepcionais
mesmo com limiar
estabelecido



APLICAÇÃO PMDF:

Análise rigorosa + julgamento
contextual informado =
boa decisão estratégica



INSIGHT:

"Ferramentas econômicas iluminam
escolhas – não as fazem por você"

O CASO QUE MUDA TUDO: PREVENÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL: "Artroplastia é custo-efetiva (R\$ 13.333/QALY).
Mas prevenção de lesões é MAIS custo-efetiva."

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LESÕES ORTOPÉDICAS

INVESTIMENTO: 10 ANOS

R\$ 2 milhões/ano

Total: R\$ 20 milhões



Condicionamento físico supervisionado
para 5.000 policiais operacionais



Economia direta:
 $50 \times \text{R\$ } 80.000$
= R\$ 4 milhões



QALYs ganhos: ~300
(50 pessoas $\times$ 6 QALYs cada)



RESULTADO ESPERADO
(BASEADO EM LITERATURA)
Previne estimados 50
casos de osteoartrite
severa em 10 anos



Evita 50 artroplastias
futuras

ANÁLISE ECONÔMICA

Custo líquido: R\$ 20M - R\$ 4M (cirurgias evitadas)
= R\$ 16M

ICER = R\$ 20M / 300 QALYs
= R\$ 6.667 por QALY

**2x MAIS
CUSTO-EFETIVA!**



ARTROPLASTIA (CIRURGIA)



R\$ 13.333/QALY



A PERGUNTA INCÔMODA

PREVENÇÃO



Benefício em 5-10 anos,
invisível, sem constituency política

CIRURGIA



Fila visível, beneficiários
pressionam, comando cobra

APLICAÇÃO PMDF

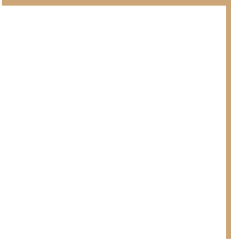
Racionalidade
econômica
aponta
prevenção.



Racionalidade
política
aponta
cirurgia. Como
você decide?

INSIGHT

"Prevenção é mais custo-efetiva.
Mas só cirurgia tem fila de espera
visível e pressão do comando"



Governança Orçamentária no Tempo



AS QUATRO FASES DA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA

CONCEITO PRINCIPAL:

"Orçamento não é evento anual - é ciclo contínuo de quatro fases interligadas."

1. PLANEJAMENTO

- Define prioridades estratégicas
- Estima necessidades de recursos
- Valida premissas de custo

1. PLANEJAMENTO

- Define prioridades estratégicas
- Estima necessidades de recursos
- Valida premissas de custo

4. AVALIAÇÃO

- Compara resultados com metas
- Documenta lições aprendidas
- Alimenta próximo ciclo de planejamento

2. ALOCAÇÃO

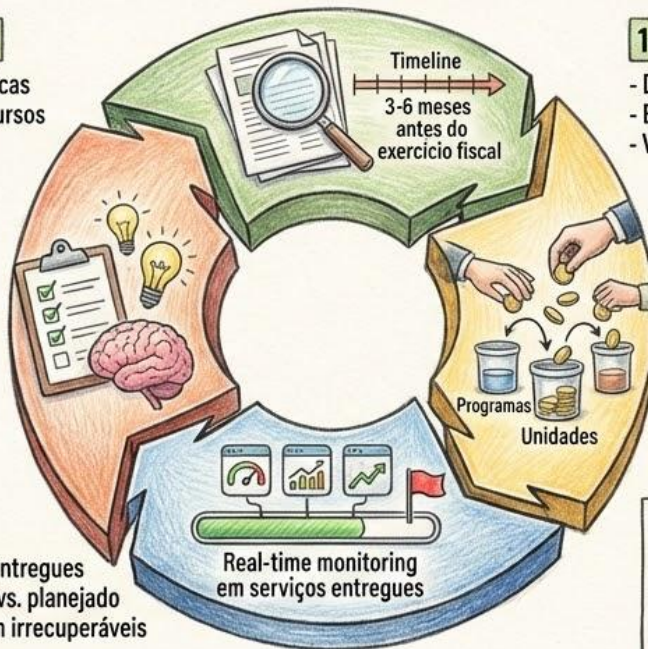
- Distribui recursos entre programas e unidades
- Assegura alinhamento com prioridades
- Verifica suficiência para metas

3. EXECUÇÃO

- Transforma alocações em serviços entregues
- Monitoramento mensal: gastos real vs. planejado
- Intervenção antes que desvios sejam irrecuperáveis

Pontos críticos de controle:

- Planejamento: premissas realistas?
- Alocação: recursos suficientes para metas?
- Execução: variações significativas?
- Avaliação: lições incorporadas?



APLICAÇÃO PMDF:

PMDF atualmente focada em execução. Precisa fortalecer planejamento (médio prazo) e avaliação (aprendizado sistemático).

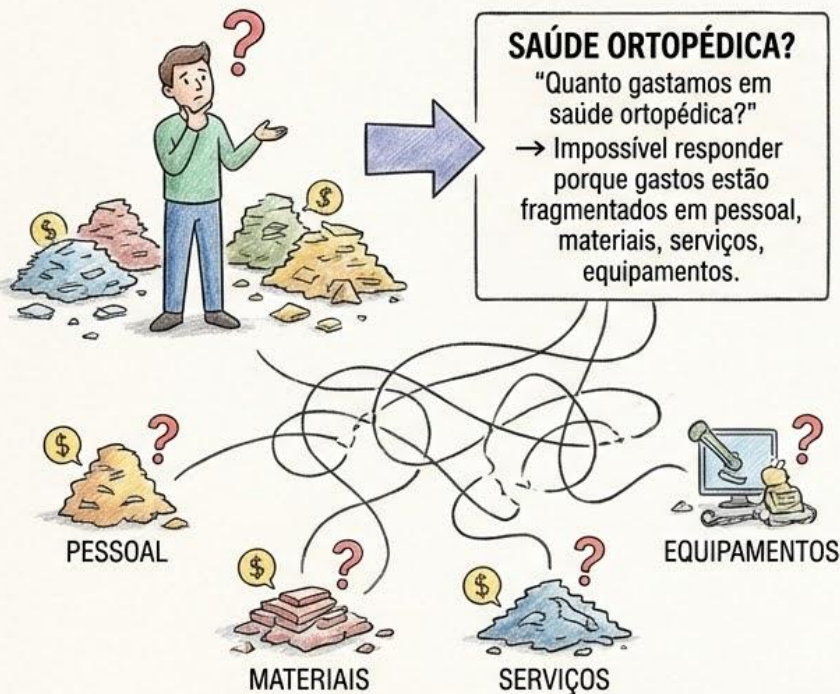
INSIGHT:

"Sem ciclo completo, orçamento vira mera prestação de contas retrospectiva em vez de instrumento de governança"

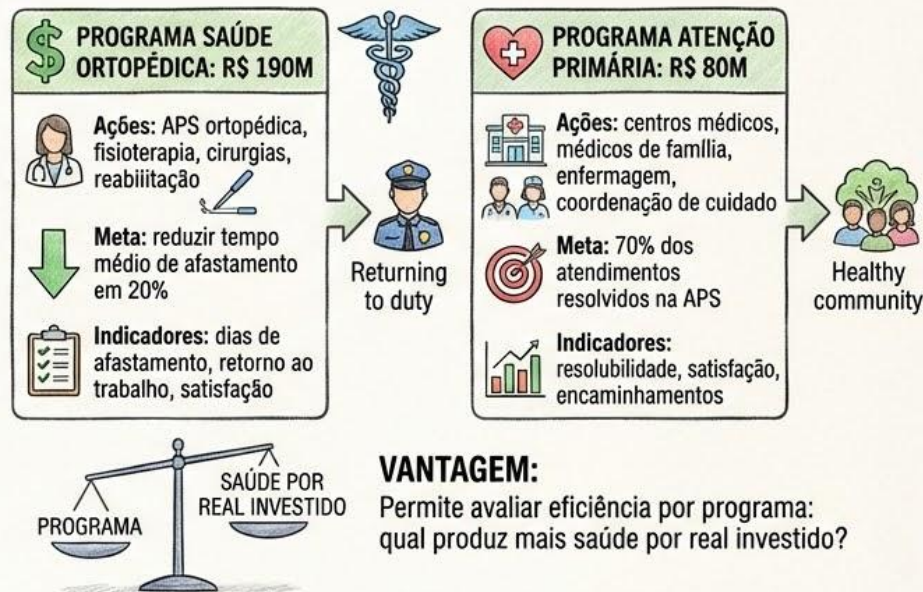
VINCULAR RECURSOS A RESULTADOS

CONCEITO PRINCIPAL: “OMS recomenda orçamento por programas em vez de por insumos para vincular recursos a resultados mensuráveis.”

* PROBLEMA DO ORÇAMENTO POR INSUMOS:



* SOLUÇÃO - ORÇAMENTO POR PROGRAMAS (EXEMPLO PMDF):



VANTAGEM:

Permite avaliar eficiência por programa: qual produz mais saúde por real investido?

APLICAÇÃO PMDF:

Migração gradual: começar estruturando relatórios gerenciais por programa, mesmo que execução contábil permaneça por insumos.

INSIGHT: “Orçamento por programas torna visível o retorno sobre investimento em cada linha de cuidado.”

MTEF: PENSANDO ALÉM DO ANO FISCAL

CONCEITO PRINCIPAL: "Medium-Term Expenditure Framework (MTEF) estende horizonte orçamentário para 3-5 anos, permitindo avaliar sustentabilidade de políticas."

* O PROBLEMA DOS CICLOS ANUAIS:



* MTEF RESOLVE:



* APLICAÇÃO PMDF:



* COMPONENTES:



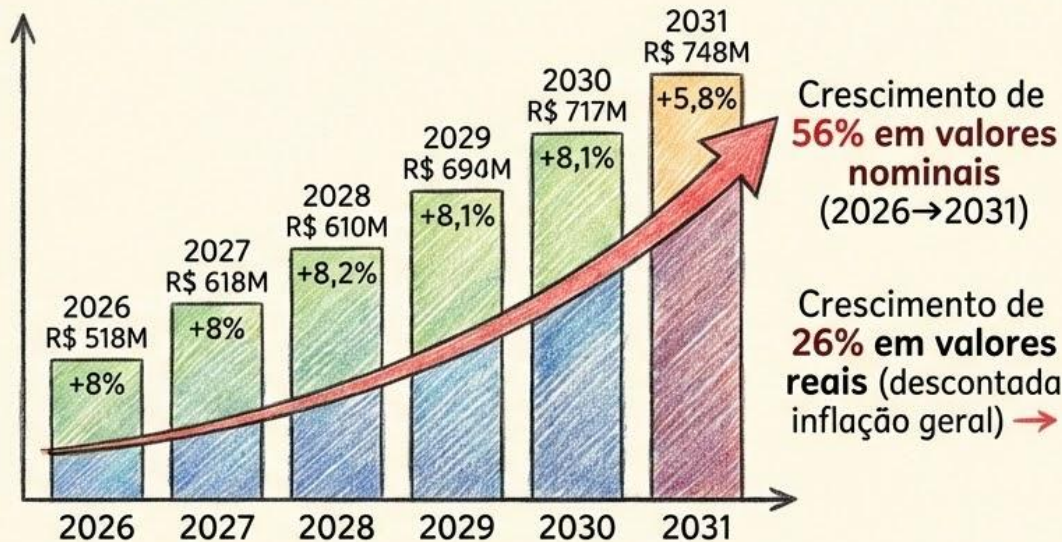
INSIGHT: "MTEF disciplina decisões de curto prazo - evita improvisação perpétua e permite planejamento estratégico real"

PROJEÇÃO 2026-2031: O QUE ACONTECE SE NADA MUDAR.

CONCEITO PRINCIPAL: “Se PMDF mantiver modelo atual sem transformação estrutural, orçamento crescerá insustentavelmente.”

PREMISSAS:

-  Crescimento populacional: +1,5% ao ano
-  Envelhecimento aumenta custo: +2% ao ano
-  Inflação de saúde: +8% ao ano
-  Contratos renovados automaticamente com reajustes.

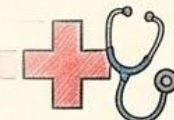


APLICAÇÃO PMDF: Cenário tendencial revela que modelo atual é insustentável sem transformação.

IMPLICAÇÃO:



Reduzir cobertura



Reduzir qualidade



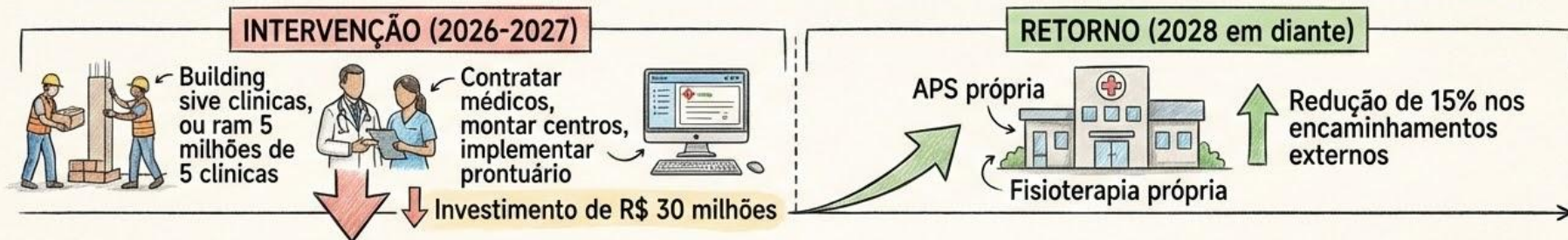
Aumentar copagamentos



INSIGHT: “Fazer nada não é opção neutra - é escolher deterioração gradual do sistema.”

PROJEÇÃO COM INVESTIMENTO EM APS E FISIOTERAPIA PRÓPRIAS

CONCEITO PRINCIPAL: “Investir R\$ 30M hoje para economizar R\$ 147M nos próximos 5 anos.”

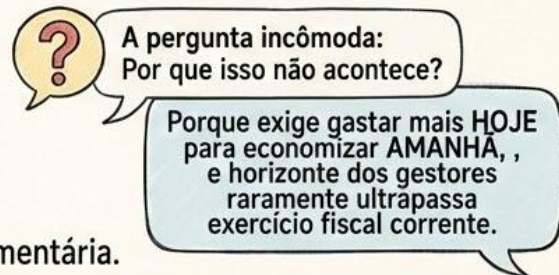


**ECONOMIA ACUMULADA
2028-2031:
R\$ 147 milhões**

RETORNO SOBRE INVESTIMENTO

- Investimento: R\$ 60M (2 anos)
- Economia: R\$ 147M (anos 3-5)

ROI: 245% ou 490% em 5 anos



APLICAÇÃO PMDF: MTEF torna essa dinâmica visível e forçável na discussão orçamentária.

INSIGHT: “Sustentabilidade exige investir quando ainda há margem fiscal, não quando crise já chegou”

DA GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA À GESTÃO DE CONTRATOS



CONCEITO PRINCIPAL: “Projetamos o orçamento. Agora: como desenhar contratos que produzam comportamento desejado dos prestadores?”



Módulo 1:
Pensamento
estratégico
→ diagnosticar
problemas
sistêmicos



Módulo 2:
Sistemas comparados
→ aprender com
experiências
internacionais



Slides 1-14:
Orçamento como espelho
→ ler criticamente
prioridades reais

Slides 15-24:
Ferramentas
econômicas
→ decidir racionalmente
(QALY, ICER)

Slides 25-31:
Governança temporal
→ MTEF, projeções,
sustentabilidade de
longo prazo



Próxima questão:
90% do orçamento (R\$ 430M)
vai para prestadores externos
via contratos.

Como desenhar esses contratos para:

- Alinhar incentivos...
- Garantir qualidade...
- Criar accountability real...
- Reduzir comportamento oportunista?

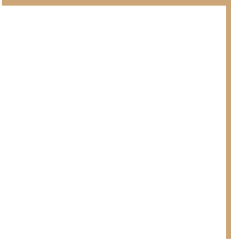
Próximos 10 slides:



**Modelos
contratuais e
seus incentivos**

APLICAÇÃO PMDF: Contratos são arquitetura de incentivos que molda comportamentos. Mal desenhados, produzem desperdício; bem desenhados, produzem valor.

INSIGHT: “Você obtém o comportamento que você REMUNERA, não o comportamento que você DECLARA querer”



Contratos e Modelos de Remuneração



VOCÊ OBTÉM O QUE VOCÊ REMUNERA

O QUE VOCÊ QUER



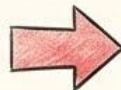
CONCEITO PRINCIPAL:

"O desenho do contrato determina o comportamento do prestador — não os objetivos declarados no papel"



LEI DE GOODHART

aplicada à saúde: "Quando uma medida se torna uma meta, ela deixa de ser uma boa medida"



RESISTÊNCIA BACTERIANA

O QUE VOCÊ OBTÉM



CENÁRIO PMDF: R\$ 432M (90% do orçamento) fluem via contratos.

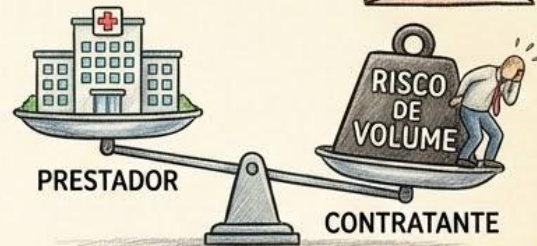
APLICAÇÃO PMDF: Revisão de contratos vigentes: quais incentivos estamos criando? Queremos mais **consultas** ou mais **saúde**?

INSIGHT: "Contrato é engenharia de comportamento. Desenhe mal, e você produzirá desperdício sistemático — não falhas pontuais"

PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO: INCENTIVOS E RISCOS

CONCEITO PRINCIPAL:

"Cada consulta, exame ou cirurgia gera um pagamento: quem assume risco de volume é o **CONTRATANTE**"



ESTRUTURA:



- Prestador recebe por cada procedimento realizado (tabela CBHPM, AMB, própria)



Exemplo:
R\$ 250/consulta especializada;
R\$ 3.500/artroscopia de joelho

INCENTIVOS CRIADOS:



Positivos:



Acesso fácil
(prestador quer atender)



Sem restrição de oferta



Quando usar (indicações):



Procedimentos raros/especializados
(não há volume para capitation)



Quando você **QUER** ampliar acesso rapidamente



Negativos:



Sobreutilização
(cada procedimento = receita)



Supplier-induced demand
(demanda induzida pelo fornecedor)



Fragmentação do cuidado
(não há incentivo para coordenação)



Quando evitar:



Alta frequência +
assimetria de informação
(ex: exames de imagem, fisioterapia)



APLICAÇÃO PMDF:

Modelo tradicional de planos de saúde no Brasil. PMDF usa em 70-80% dos contratos atuais.



INSIGHT: "Fee-for-service é como antibiótico de amplo espectro: resolve no curto prazo, mas cria resistência (sobreutilização) no longo"

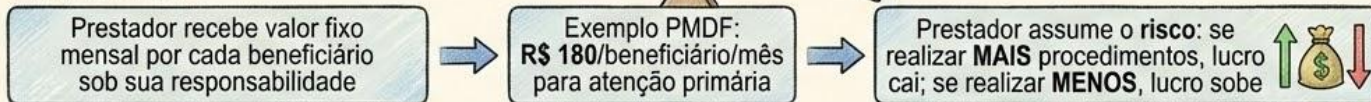
CAPITATION: RISCO TRANSFERIDO PARA O PRESTADOR

CONCEITO PRINCIPAL:

"Pagamento fixo por beneficiário/mês, independente do volume de procedimentos realizados"



ESTRUTURA:



✓ Positivos:



Medicina preventiva
(evitar adoecimento = reduzir custo)



Coordenação do cuidado (longitudinalidade)



Controle de custos pelo prestador

✗ Negativos:



Undersupply (suboferta):
incentivo a negar/racionar cuidado



Seleção de risco (*cream-skimming*):
prestador prefere beneficiários saudáveis



Exige **ajuste de risco** (*risk adjustment*) robusto



Quando usar:



Atenção Primária à Saúde (APS) — modelo ideal



População definida,
longitudinalidade necessária

APLICAÇÃO PMDF:

Aplicar *capitation* para APS/medicina de família de policiais ativos (população estável, longitudinalidade desejada).



INSIGHT: "*Capitation* é o contrato que diz ao prestador: **'Mantenha-os saudáveis, não apenas trate-os quando adoecem'**".

BUNDLED PAYMENT: PAGAR PELO EPISÓDIO COMPLETO, NÃO PELA PEÇA

CONCEITO PRINCIPAL: "Pague um valor único por todo o episódio de cuidado (pré-op + cirurgia + pós-op + complicações)"

VALOR ÚNICO



PRÉ-OP
(Consultas,
Exames)



CIRURGIA
(Equipe Médica,
Hospital)

PÓS-OP
(Fisioterapia,
Reabilitação)

**90 DIAS DE
ACOMPANHAMENTO
& COMPLICAÇÕES**

Prestador assume risco de complicações e ineficiências

* ESTRUTURA:

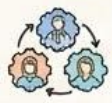
Um pagamento cobre todo o episódio

Ex: artroplastia de joelho — consultas + exames + cirurgia + fisioterapia + 90 dias de acompanhamento

Prestador assume risco

* INCENTIVOS CRIADOS:

✓ **Positivos:**



Coordenação entre diferentes profissionais



Redução de complicações



Eficiência operacional

✗ **Negativos:**



Complexidade de precificação



Risco de seleção adversa



Exige definição clara de 'episódio' e 'prazo'

Quando usar:

– Procedimentos eletivos bem definidos



Orthopedics



Baby



Cateterização

– Quando há múltiplos prestadores no episódio



Reabilitação

APLICAÇÃO PMDF: Contratar artroplastias, cirurgias de coluna, partos por bundled payment (pagamento único por episódio completo).

INSIGHT: "Bundled payment força prestadores a trabalharem como EQUIPE, não como silos independentes"

PAY-FOR-PERFORMANCE:

PAGAR PELA QUALIDADE, NÃO SÓ PELO VOLUME

CONCEITO PRINCIPAL:
"Parte do pagamento vinculada ao atingimento de metas de qualidade e desfecho clínico"

ESTRUTURA:

Pagamento base
(*fee-for-service* ou
capitation)



Bônus por
metas atingidas



Exemplo:
Bônus de 10% se atingir 85% de
controle de HbA1c < 7% em diabéticos



ESTRUTURA:

Pagamento base
(*fee-for-service* ou
capitation)



Bônus por
metas atingidas



Exemplo:

Bônus de 10% se atingir
85% de controle de
HbA1c < 7% em diabéticos



MÉTRICAS TÍPICAS:



Processo:
% de diabéticos
com HbA1c
medida no ano



Desfecho:
% de hipertensos
com PA controlada
(< 140/90)



Satisfação:
NPS
(Net Promoter
Score) > 70



Eficiência:
Redução de
reinternações
em 30 dias

INCENTIVOS CRIADOS:



Positivos:



Foco em qualidade, não
apenas acesso



Alinha interesses
(prestador + contratante
+ paciente)



Negativos:



Risco de "teaching to the test"
(otimizar métricas, ignorar o
resto)



Seleção adversa (evitar
pacientes complexos)



Medição custosa (sistemas de
informação robustos necessários)



Evidências: Revisão Cochrane (2022): P4P melhora métricas de
processo em 5-10%, mas impacto em desfechos clínicos ainda incerto.

APLICAÇÃO PMDF:

Adicionar P4P aos contratos de APS: bônus por controle de
doenças crônicas (HAS, DM) e redução de internações evitáveis.



INSIGHT: "P4P é promissor, mas exige métricas
corretas. Métrica errada = comportamento
distorcido em escala industrial"

QUAL MODELO USAR? DEPENDE DO CONTEXTO

CONCEITO PRINCIPAL:

"Não existe 'melhor modelo universal' – cada modelo é uma ferramenta para um contexto específico"

MODELO 	RISCO (quem assume)	INCENTIVO DOMINANTE	QUANDO USAR	RISCO PRINCIPAL 
Fee-for-Service 	Contratante (PMDF) 	Maximizar volume 	Especialidades raras, acesso rápido 	Sobreutilização 
Capitation 	Prestador 	Prevenir adoecimento 	Atenção Primária, longitudinalidade 	Suboferta, seleção de risco 
Bundled Payment 	Prestador 	Coordenação + eficiência 	Episódios bem definidos (cirurgias) 	Seleção adversa, precificação 
Pay-for-Performance 	Compartilhado 	Qualidade + desfecho 	Quando há métricas confiáveis 	Gaming, ensinar para a prova 

PRINCÍPIO DE DESENHO:

Combine modelos (*hybrid contracts*):

- Base em capitation (APS) 
- Bundled payment para cirurgias eletivas 
- P4P para qualidade de desfechos crônicos 
- Fee-for-service apenas para especialidades raras 

Qual bundled payment para cirurgias essa combinar: s parancilidades para contexto.

APLICAÇÃO PMDF:

Portfólio de contratos inteligente: não usar um modelo único para tudo, mas o modelo certo para cada tipo de cuidado.

INSIGHT:

"Contrato inteligente = portfólio de modelos. Martelo não resolve todos os problemas; você precisa de uma caixa de ferramentas".



CASO PMDF: FISIOTERAPIA — DE FEE-FOR-SERVICE A BUNDLED PAYMENT

CONCEITO PRINCIPAL: 'Mudança de incentivo = mudança de comportamento, mesmo sem trocar o prestador'

SITUAÇÃO INICIAL (*fee-for-service*)



Pagamento: R\$ 80/sessão de fisioterapia



Média: 24 sessões por tratamento de lombalgia



Custo médio por paciente: R\$ 1.920



Problema: Incentivo a prolongar tratamento (mais sessões = mais receita)



REDESENHO DO CONTRATO (*bundled payment*)



Pagamento único por episódio: R\$ 1.200 (até 90 dias)



Prestador recebe **R\$ 1.200** independente de realizar 10 ou 30 sessões



Meta de qualidade: ≥ 80% dos pacientes com melhora funcional (escala validada) em 60 dias

RESULTADOS (6 meses após)



Média de sessões: 24 → **9 sessões** (-62%)



Custo médio/paciente: R\$ 1.920 → **R\$ 1.200** (-37%)



Satisfação (NPS): 45 → **72** (+27 pontos)



Desfecho clínico: 68% melhora → **84% melhora** (+16pp)

O que mudou?

Prestador passou a investir em:



Triagem criteriosa
(quem realmente precisa de fisioterapia?)



Exercícios domiciliares supervisionados
(reduz sessões presenciais)



Alta mais rápida
(mantendo qualidade)



APLICAÇÃO PMDF: Economia anual estimada: 800 tratamentos/ano × R\$ 720 economia = **R\$ 576.000/ano** apenas em fisioterapia.



INSIGHT: 'Mesmo prestador, mesma equipe. Mas incentivo diferente = comportamento radicalmente diferente'

TERCEIRIZAÇÃO ≠ TERCEIRIZAR RESPONSABILIDADE



EXECUÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL:
"Você pode terceirizar a EXECUÇÃO,
mas nunca pode terceirizar a GOVERNANÇA"

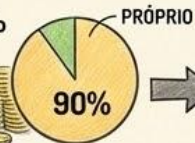
GOVERNANÇA



RESPONSABILIDADE



PMDF: 90% do orçamento
terceirizado
(R\$ 432M/ano)



RISCOS IDENTIFICADOS:

Assimetria informacional:



Captura regulatória:



Perda de capacidade técnica:



Fragmentação do cuidado:



MITIGAÇÕES NECESSÁRIAS:

Inteligência contratual interna:



Sistemas de informação robustos:



Auditorias independentes:



Claras consequências contratuais:



INSIGHT:



"Terceirização
sem governança =
cheque em branco.
Você paga muito
e recebe pouco —
sem nem saber"

DO “PAGAR PELO FEITO” PARA “PAGAR PELO RESULTADO”

CONCEITO PRINCIPAL: “Contratos orientados por valor pagam pelo **DESECHO** (saúde produzida), não pelo **INSUMO** (procedimento realizado)”

EVOLUÇÃO DOS MODELOS CONTRATUAIS:



ELEMENTOS DE UM CONTRATO VALUE-BASED:

- 1 Métricas de desfecho clínico (não apenas processo):**
Exemplo: % de diabéticos com HbA1c < 7% (desfecho), não apenas % que mediram HbA1c (processo)
Icon: A line graph showing a downward trend with a red drop icon.
- 2 Ajuste de risco robusto:**
Prestador não deve ser penalizado por atender população mais complexa
- Fórmula de ajuste considera idade, comorbidades, vulnerabilidade social
Icon: Illustrations of an elderly person, a person in a wheelchair, and a family.
- 3 Compartilhamento de economia (shared savings):**
Se prestador reduz custos MANTENDO qualidade, divide economia com contratante
- Ex: Redução de 15% em internações evitáveis
→ 50% da economia vai para o prestador
Icon: A broken coin with Euro and Dollar symbols, a hospital building, and a money bag.
- 4 Período de avaliação plurianual:**
Investimento em prevenção hoje gera economia em 2-3 anos
- Contratos de 1 ano não incentivam prevenção
Icon: A timeline from 1 to 3 with a tree growing at the end.



EXEMPLO INTERNACIONAL - MEDICARE (EUA):
Accountable Care Organizations (ACOs): grupos de prestadores assumem responsabilidade por população definida, compartilham economia se reduzirem custos com qualidade.



APLICAÇÃO PMDF:
Pilotar contrato value-based para hipertensos e diabéticos: pagamento base + bônus por controle clínico + shared savings se reduzir internações.



INSIGHT: “Value-based contracting é o futuro: prestadores ganham mais se mantiverem você SAUDÁVEL, não se você adoecer”

BENCHMARKING: COMO MILITARES DE OUTROS PAÍSES CONTRATAM SAÚDE?



CONCEITO PRINCIPAL: "Não precisamos inventar a roda: há décadas de evidência de como desenhar contratos inteligentes".



1. TRICARE (Forças Armadas dos EUA) — US\$ 50 bilhões/ano:



Modelo híbrido:
rede própria +
rede credenciada



Contratos regionais com
managed care
organizations (MCOs)



Pagamento: *capitation*
ajustado por risco + P4P
para qualidade



Resultado: custo 18%
menor que Medicare
tradicional (CBO, 2020)



2. NHS Inglaterra (sistema público, mas com contratos internos):



Desde 2004: "Payment by
Results" (PbR) — tarifa
nacional por procedimento
+ ajuste de complexidade



Desde 2019: migração para
Integrated Care Systems
(ICS) — contratos plurianuais
baseados em valor



Lição: tarifa única nacional
facilita comparação e inibe
sobrepreço local



3. Forças Armadas Canadenses (Canadian Armed Forces Health Services):



Modelo de *capitation*
para atenção primária



Especialidades:
fee-for-service com
auditoria rigorosa



Investimento pesado em
sistemas de informação
para monitoramento de
qualidade



4. Modelo Bismarck (Alemanha, França, Holanda):



Fundos de saúde
competem por
beneficiários



Pagamento a hospitais:
DRG (*Diagnosis-Related*
Groups) — *bundled*
payment por diagnóstico



Ambulatorial:
fee-for-service com teto
orçamentário

LIÇÕES PARA PMDF

- ✓ Não existe modelo único perfeito — todos combinam *fee-for-service* + *capitation* + P4P conforme contexto
- ✓ Sistemas de informação robustos são pré-requisito para qualquer modelo avançado
- ✓ Transição gradual: pilotos pequenos antes de escalar
- ✓ Ajuste de risco é essencial para evitar seleção adversa



APLICAÇÃO PMDF:

Missão de benchmarking: visitar TRICARE (EUA), forças armadas canadenses, estudar contratos e adaptar melhores práticas ao contexto PMDF.



USA



CANADA



INSIGHT: "Benchmarking não é copiar, é aprender com os erros e acertos dos outros para desenhar o modelo certo para o SEU contexto".



Redesenho Orçamentário e Cenários Estratégicos



DA ANÁLISE À AÇÃO: REDESENHANDO O ORÇAMENTO PMDF



CONCEITO PRINCIPAL: “Você tem o diagnóstico (orçamento espelho), as ferramentas (ACE, QALY, ICER), a governança (MTEF) e os contratos. Agora: como REDESENHAR o orçamento para criar valor?”



RECAP DO MÓDULO 3

ORÇAMENTO:



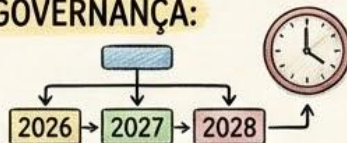
- Orçamento não é só contabilidade, é retrato de prioridades
- PMDF: R\$ 480M, R\$ 6.400/beneficiário, 90% terceirizado

FERRAMENTAS:



- Análise Custo-Efetividade (ACE): comparar alternativas
- QALY/ICER: linguagem universal de eficiência
- Threshold: R\$ 40.700/QALY (1 PIB per capita)

GOVERNANÇA:



- MTEF: projetar 3 anos, não apenas 1
- Orçamento plurianual força pensamento estratégico

CONTRATOS:



- Você obtém o comportamento que remunera
- 4 modelos
- Portfólio de contratos inteligente

MÉTODO: Vamos explorar 3 cenários estratégicos alternativos (slides 43-45), cada um com pressupostos e consequências diferentes.

CENÁRIO 1

Eficiência Focada



CENÁRIO 3

Inovação Radical



APLICAÇÃO PMDF:



Preparar 3 cenários para discussão na Diretoria: qual caminho seguir de 2026 a 2029?

Próxima pergunta:
Como usar tudo isso para
REDESENHAR o orçamento
da DSAU/PMDF nos
próximos 3 anos?



INSIGHT: “Planejamento estratégico = escolher entre futuros possíveis, não prever o futuro”

CENÁRIO A — AJUSTES MARGINAIS NO MODELO ATUAL

PRESSUPOSTOS:

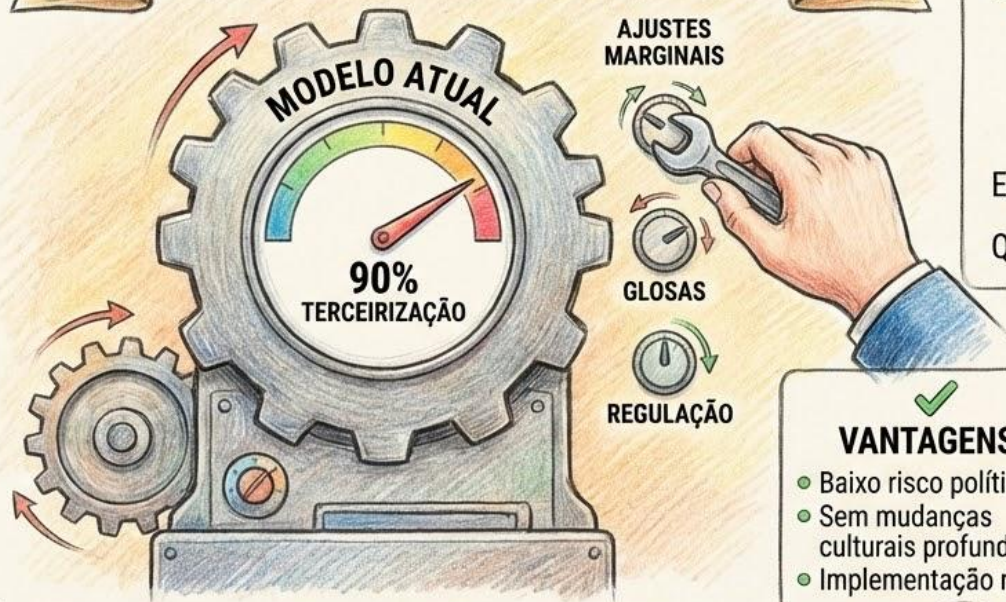
-  Orçamento +5% (inflação médica)
-  Fee-for-service 80%
-  Investimentos pequenos

AÇÕES PRINCIPAIS:

-  Renegociar tabelas (-5-10%)
-  Implementar glosas (-3-5%)
-  Fortalecer regulação

CONCEITO PRINCIPAL:

"Manter estrutura atual (90% terceirização, fee-for-service dominante), com ajustes pontuais de eficiência"



PROJEÇÃO 2026-2029:

R\$ 6.400
R\$ 6.100
Economia estimada: 8-12%
Qualidade: mantém padrão

VANTAGENS:

- Baixo risco político
- Sem mudanças culturais profundas
- Implementação rápida

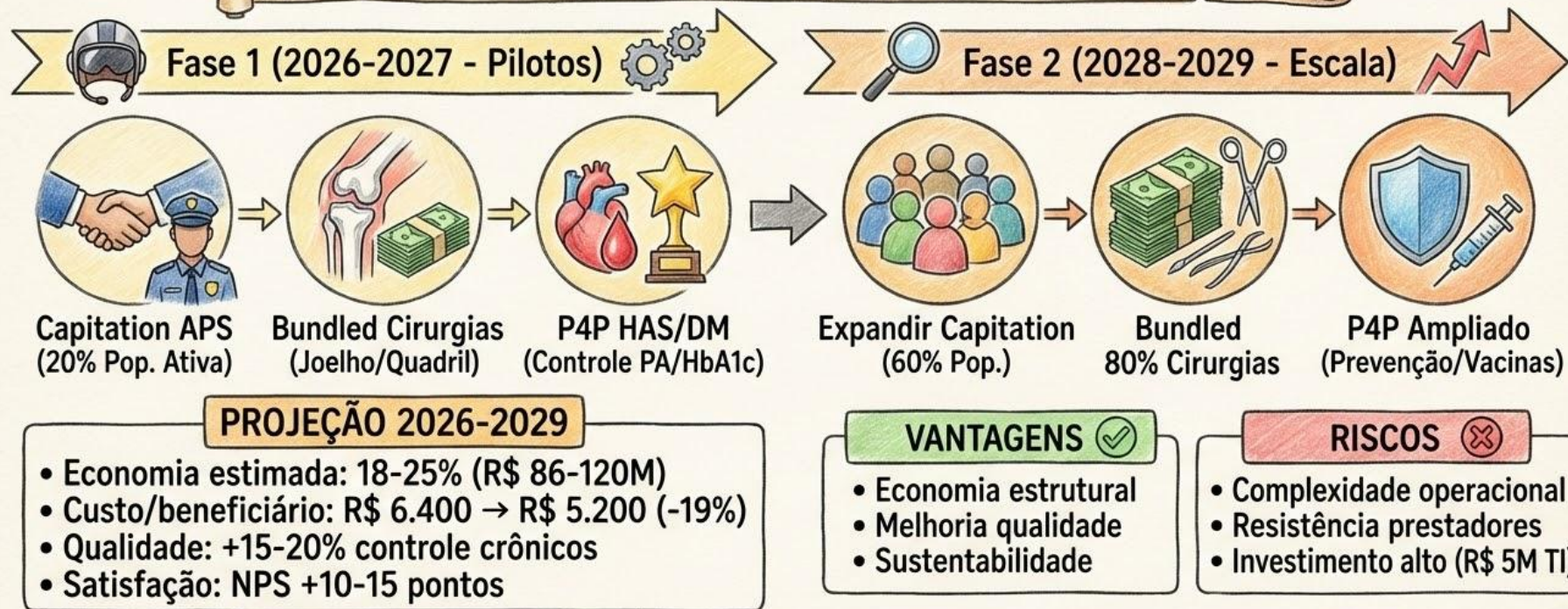
RISCOS:

- Não resolve problemas estruturais
- Economia limitada
- Volume compensa glosas

INSIGHT: "Incrementalismo é seguro, mas nunca transformador.
Economia marginal, não mudança de paradigma"

CENÁRIO B — TRANSIÇÃO PARA MODELO HÍBRIDO (CAPITATION + BUNDLED + P4P)

CONCEITO PRINCIPAL: “Migrar gradualmente para portfólio de contratos inteligente: capitation (APS), bundled (cirurgias), P4P (crônicos)”



APLICAÇÃO PMDF: Cenário moderado-ambicioso: liderança forte e equipe técnica.

INSIGHT: “Transformação híbrida = equilíbrio entre ambição e viabilidade. Risco calculado, retorno estrutural”

CENÁRIO C — INTERNALIZAR ATENÇÃO PRIMÁRIA, TERCEIRIZAR ALTA COMPLEXIDADE

CONCEITO PRINCIPAL: "Construir capacidade própria em APS (alto volume, baixa complexidade); terceirizar especializada (baixo volume, alta complexidade)"

2026-2029

PRESSUPOSTOS E INVESTIMENTO INICIAL



Nova Clínica



R\$ 15M
Infraestrutura



Equipes Próprias
(Médicos de Família, Enfermeiros, Dentistas)



Terceirização Seletiva
(Baixo Volume)

AÇÕES PRINCIPAIS E EXPANSÃO

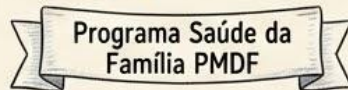
2026-2027



5 Unidades APS
(Regiões Policiais)



30 Médicos
de Família
+ Equipes



2028-2029



10 Unidades APS
(50% Cobertura)



Prontuário
Eletrônico
Integrado



Terceirizar Apenas
Especialidades Raras

PROJEÇÃO 2026-2029



Investimento Inicial:
R\$ 15M + R\$ 12M/ano



Custo/beneficiário:
R\$ 6.400 → R\$ 5.600 (-12%)



Economia operacional
(a partir de 2028):
R\$ 35M/ano



Qualidade:
Controle
+25%



Satisfação
NPS +20



VANTAGENS

- Controle total sobre APS (70% Resolutividade)
- Alinhamento cultural (Valores PMDF)
- Longitudinalidade e Coordenação



RISCOS

- Investimento de capital alto (R\$ 15M + OPEX)
- Gestão de RH (Reter talentos)
- Tempo de maturação longo (3-4 anos)

APLICAÇÃO PMDF: Cenário ousado, adequado se houver apetite a investimento de longo prazo e capacidade de gestão de serviços próprios.

INSIGHT: "Integração vertical em APS = autonomia estratégica. Alto Investimento inicial, mas controle total no longo prazo"

QUAL CAMINHO ESCOLHER?

COMPARATIVO DOS CENÁRIOS

CONCEITO PRINCIPAL: "Não há 'resposta certa' universal — a escolha depende de apetite a risco, capacidade técnica e horizonte temporal"

CENÁRIO A (Incrementalista)

DIMENSÃO	
Investimento inicial	Baixo < R\$ 1M
Economia (3 anos)	8-12% R\$ 38-58M
Melhoria de qualidade	Marginal
Complexidade operacional	Baixa
Risco	Muito baixo
Horizonte de retorno	Imediato 6-12 meses
Sustentabilidade	Baixa (economia marginal)

**Escolha A se:

- Baixa capacidade técnica atual
- Aversão alta a risco
- Orçamento restrito (sem capital para investimento)

CENÁRIO B (Híbrido)

DIMENSÃO	
Investimento inicial	Médio R\$ 5M
Economia (3 anos)	18-25% R\$ 86-120M
Melhoria de qualidade	Significativa +15-20%
Complexidade operacional	Média-alta
Risco	Médio
Horizonte de retorno	Médio 18-24 meses
Sustentabilidade	Alta (mudança estrutural)

**Escolha B se:

- Capacidade técnica média-alta
- Apetite moderado a risco
- Capital disponível para investimento (R\$ 5M)
- Objetivo: transformação sustentável em médio prazo

CENÁRIO C (Integração Vertical)

DIMENSÃO	
Investimento inicial	Alto R\$ 15M
Economia (3 anos)	12-15%* R\$ 57-72M
Melhoria de qualidade	Substancial +25%
Complexidade operacional	Muito alta
Risco	Alto
Horizonte de retorno	Longo 3-4 anos
Sustentabilidade	Muito alta (autonomia)

*Cenário C: economia menor nos primeiros 3 anos, mas curva de crescimento continua (ano 5+: economia de 25-30%)

**Escolha C se:

- Capacidade de gestão de serviços próprios
- Visão de longo prazo (5-10 anos)
- Capital substancial disponível (R\$ 15M+)
- Objetivo: autonomia estratégica em APS

APLICAÇÃO PMDF: Submeter os 3 cenários ao Comandante-Geral e Diretoria: qual alinha melhor com visão estratégica da corporação?

INSIGHT: "Planejamento estratégico é escolher qual futuro construir — e aceitar os trade-offs de cada caminho"

DO PAPEL À PRÁTICA: ROADMAP DE EXECUÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL: "Um plano sem execução é só um documento.
Transformação exige sequenciamento, governança e métricas"



APLICAÇÃO PMDF

Roadmap de 2026 a 2029: transformação não acontece overnight, mas em ciclos iterativos de aprendizado e ajuste.

INSIGHT

"Implementação bem-sucedida = 20% estratégia + 80% execução disciplinada. Não basta ter o plano certo; **precisa FAZER certo**"

Conclusões

O QUE APRENDEMOS — ECONOMIA NÃO É CONTABILIDADE, É ESCOLHA



CONCEITO PRINCIPAL: “Economia da saúde fornece linguagem e ferramentas para tomar MELHORES decisões em contexto de escassez”

1. ORÇAMENTO É ESPELHO, NÃO SÓ PLANILHA



2. FERRAMENTAS ECONÔMICAS ILUMINAM ESCOLHAS



3. GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA EXIGE VISÃO DE LONGO PRAZO



3. GOVERNANÇA ORÇAMENTÁRIA EXIGE VISÃO DE LONGO PRAZO



4. CONTRATOS MOLDAM COMPORTAMENTO



5. REDESENHO ORÇAMENTÁRIO = ESCOLHER ENTRE FUTUROS



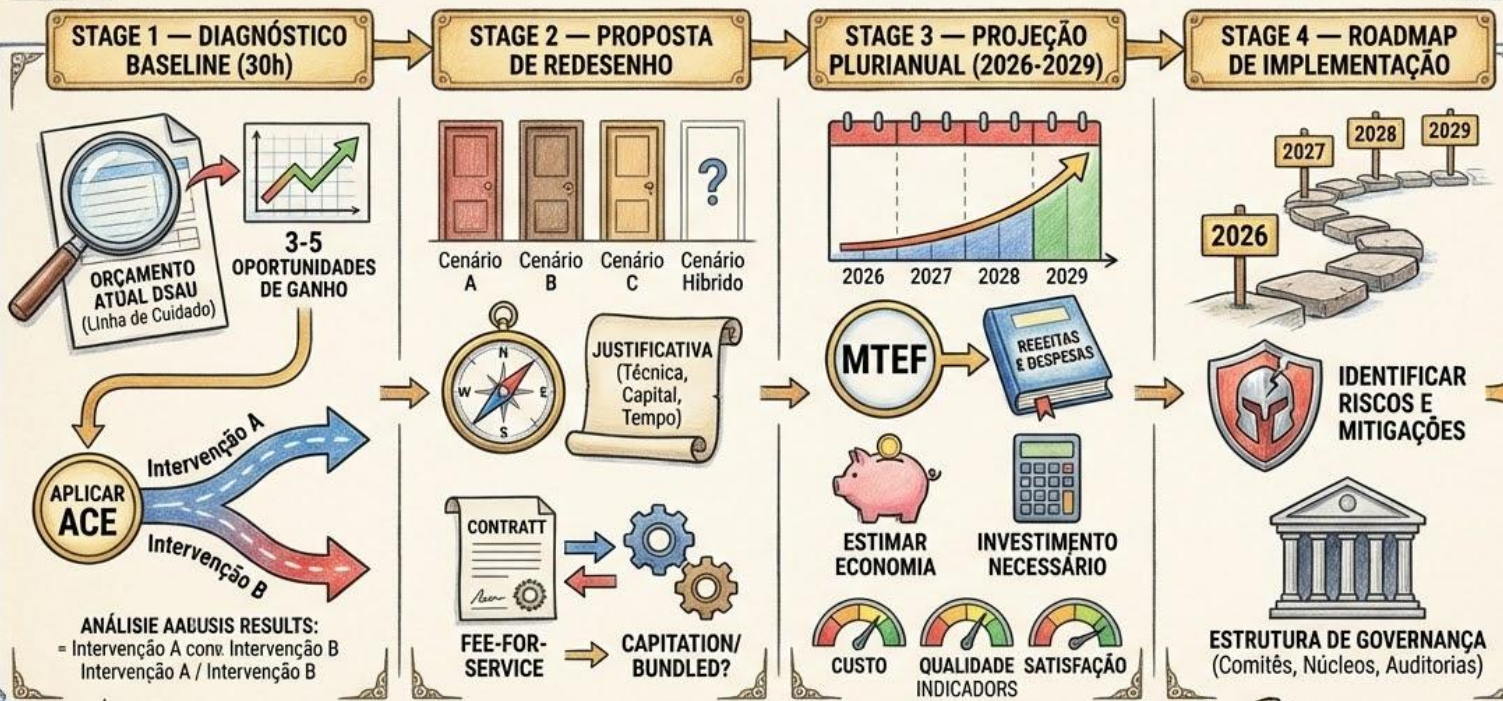
APLICAÇÃO PMDF: Estas ferramentas não são “teoria acadêmica” — são instrumentos práticos para transformar os R\$ 480M/ano em MAIS saúde.



INSIGHT: “Economia da saúde não substitui julgamento clínico, mas torna visíveis os trade-offs de cada escolha”

DO MÓDULO 3 AO PROJETO APLICADO — DESENHANDO SUA TRANSFORMAÇÃO

CONCEITO PRINCIPAL: “Agora você vai aplicar estas ferramentas ao **SEU** contexto: desenhar uma proposta de redesenho orçamentário para a DSAU/PMDF”



INTEGRAÇÃO COM MÓDULOS ANTERIORES



Módulo 1
(Gestão Estratégica)

MISSÃO, VISÃO, VALORES PMDF

Módulo 2
(Sistemas Comparados)

BENCHMARKS
(TRICARE, NHS, CANADÁ)

Módulo 3
(Economia)

FERRAMENTAS:
ACE, QALY, ICER, MTEF, CONTRATOS

Módulo 4
(Inovação Digital)

[AINDA VIRÁ]
IA, TELEMEDICINA, BIG DATA

APLICAÇÃO PMDF: O projeto aplicado não é “exercício acadêmico” — é PLANO REAL que pode ser apresentado ao Comandante-Geral.



INSIGHT: “Você não está estudando para passar em prova. Você está desenhando o futuro da saúde da PMDF”

VOCÊ AGORA É UM ECONOMISTA-CLÍNICO

CONCEITO PRINCIPAL: “Gestão estratégica em saúde exige integrar olhar clínico + econômico + político. Você foi treinado para isso”

GESTOR TRADICIONAL



O PERFIL QUE A PMDF PRECISA
(e que você está desenvolvendo):

FERRAMENTAS QUE VOCÊ AGORA DOMINA:

- ✓ **Análise Custo-Efetividade (ACE)**
- ✓ **QALY e ICER**
(medir e comparar saúde produzida)
- ✓ **MTEF**
(projeção orçamentária plurianual)
- ✓ **Desenho contratual**
(fee-for-service, capitation, bundled, P4P)
- ✓ **Cenários estratégicos**
(incrementalista, híbrido, integração vertical)

GESTOR ESTRATÉGICO (ECONOMISTA-CLÍNICO)



PRÓXIMOS PASSOS:



MENSAGEM FINAL: A PMDF investe em você porque precisa de líderes que:

- Entendam profundamente a clínica (você já sabe),
- Dominem ferramentas de economia e gestão (você acabou de aprender),
- Tenham coragem de transformar (você vai demonstrar no projeto aplicado). Você não é “só” um médico militar. Você é um ****líder estratégico em saúde****.

APLICAÇÃO PMDF: Agora vá ao projeto aplicado e mostre: você consegue redesenhar a saúde da PMDF com rigor técnico e visão estratégica?



INSIGHT: “A diferença entre gestor competente e gestor transformador é uma: o transformador age com EVIDÊNCIA, não com intuição”