

O *mixed bang* das reformas do sector da saúde pós-2002

PEDRO PITA BARROS

Durante a última década, as experiências de transformação no sector da saúde, em particular no subsector hospitalar, seguiram um padrão quase minimalista, sobretudo na dimensão: uma experiência de gestão privada em hospital público, uma experiência de unidade local de saúde, uma experiência, depois outra, de diferentes estatutos para o hospital público. Em meados de 2002 lança-se uma nova forma de encarar estas experiências que levou, no início de 2003, a que metade (sensivelmente) dos hospitais do sector público tivesse sido alvo de uma experiência (a transformação em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos). Discutem-se no presente texto as vantagens e desvantagens de reformas gradualistas *versus big bang*. A empresarialização dos hospitais portugueses constitui um caminho intermédio, que foi denominado *mixed bang*. No contexto nacional, face à incapacidade histórica de expandir experiências gradualistas, ainda que bem sucedidas, e às resistências que reformas *big bang* originam em áreas onde os actores principais se encontram bem organizados, o *mixed bang* surge como uma solução de transformação que, aparentemente, está a gerar mudanças na organização hospitalar nacional.

1. Introdução

Vários têm sido os diagnósticos do sector da saúde em Portugal recentemente produzidos. Desde o rela-



Pedro Pita Barros é professor catedrático da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
Entregue em Outubro de 2004.

tório da Primavera do Observatório Português de Sistemas de Saúde até aos relatórios da OCDE, que uma vez mais dão especial destaque ao sector da saúde, e do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde, possui-se uma descrição detalhada, com maior ou menor enfoque em determinados aspectos, do que tem sido a evolução do sistema de saúde e de quais as diferentes reformas que têm sido tentadas. Curiosamente, nenhum destes relatórios avalia de forma profunda a escala de transformação que está a ser aplicada. O mais próximo que observamos disso é a afirmação de que se trata de reformas ambiciosas. Ora, pelo menos no sector hospitalar podemos e devemos discutir com maior detalhe a opção de transformação gradual *versus* imediata (*big bang*). Apesar da ausência dessa reflexão, é frequente ouvir-se opiniões sobre um excesso de hospitais transformados em hospitais SA.

Uma pergunta que é lícito colocar é então «qual a escala adequada de reforma?», ou, dito de outro modo, deveria ter-se ido mais lentamente nas transformações, mais rapidamente ou escolheu-se um ritmo adequado? Será a esta questão que se procurará responder, usando como ponto de referência a criação dos hospitais SA.

2. *Big bang* ou gradualismo — considerações preliminares

Na aplicação de políticas de reforma de sistemas económicos têm sido distinguidas duas vias possíveis: uma

denominada *big bang*, em que todas as medidas são tomadas e aplicadas simultaneamente, outra chamada normalmente de gradualismo, em que as medidas definidas são aplicadas de forma espaçada ao longo do tempo. Curiosamente, não emergiu da literatura económica um consenso sobre qual a melhor abordagem, havendo vantagens e desvantagens de cada uma das opções e condições particulares que, caso se encontrem verificadas, dão vantagem a uma ou a outra opção.

Várias considerações influem na avaliação teórica que se faz das vantagens de uma opção *versus* a outra: custos de ajustamento, credibilidade e capacidade de realização são, provavelmente, as mais citadas.

Tomemos, em primeiro lugar, a importância dos custos de ajustamento, entendidos como os custos resultantes da passagem de um modelo de organização para outro. Se não existirem esses custos, a solução de *big bang* é preferível. Mas a realidade diz-nos que, frequentemente, as mudanças de sistema não são indolores. Ainda assim, na presença de custos de ajustamento dos agentes económicos envolvidos, há argumentos a favor de cada uma das opções. Uma aplicação generalizada de reformas pode diminuir os custos de ajustamento, porque aumenta os incentivos para os agentes económicos procederem a essa mudança. O contra-argumento baseia-se na noção de que uma aplicação gradual permite minimizar os custos de ajustamento, pois vai permitindo gerar apoios sucessivos às reformas, restringindo em cada momento a oposição a um grupo diminuto da população.

Em termos de credibilidade, há também argumentos a favor de cada uma das vias. Uma reforma gradualista pode aumentar a credibilidade de aplicação do pacote global se os resultados iniciais forem suficientemente favoráveis. Contudo, se o período inicial contiver mais custos do que benefícios, a opção de *big bang* ganha maior credibilidade, se implementada. Sobre a capacidade de realização, podemos ver a impossibilidade de escrever de forma detalhada toda a sequência de reformas como um argumento para avançar com um programa global logo à partida, enquanto podemos usar o argumento de a aplicação de reformas demorar tempo para defender uma posição mais gradualista.

Não podemos, porém, esquecer-nos de que no sector da saúde estamos a falar em reformas das instituições, mais do que em liberalizações ou mudanças de regime macroeconómicas (de que a introdução do euro, como moeda em circulação, é o exemplo mais forte na evolução recente da economia portuguesa). Ora, o desenvolvimento e adaptação de instituições é um processo que normalmente evolui de forma gradual, frequentemente baseado em tentativas e correcção de erros, em aprendizagem das novas formas de funcionar e assimilação de novos conceitos. Mudanças muito rápidas,

por destruírem o conhecimento adquirido, podem ser mais complicadas de gerir e aplicar, pelo que normalmente estes argumentos favorecem reformas gradualistas. Do outro lado, tem-se o argumento de que reformas graduais permitem aos grupos de interesse que a elas se opõem uma melhor organização dentro das instituições, levando mais facilmente ao bloqueio da mudança. Finalmente, e a favor de uma estratégia mais próxima do *big bang*, a noção de que é necessária uma massa mínima de agentes que se envolvam na mudança para criar um efeito de contágio com os restantes, criando uma dinâmica de transição de um sistema para outro. Na ausência dessa massa crítica mínima, desvios à situação actual, como os eventualmente induzidos por uma reforma gradual, acabariam, com o tempo, por retornar à situação de equilíbrio inicial e, como tal, à ineficácia da tentativa de reforma. Podemos também pensar em termos de *big bang* ou gradualismo, em termos do número de entidades afectadas, quando tal discriminação é realizável. A actividade do sector hospitalar, que será explorado *infra* em mais detalhe, exemplifica de forma clara que se pode pensar em reformas ou inovações organizativas que incidem apenas sobre uma fracção das entidades activas no sector. De certa forma, é provável que a escolha não seja entre *big bang* e gradualismo, mas sim a definição correcta de uma reforma coerente e persistente.

3. A experiência portuguesa no sector da saúde

Não é difícil encontrar, na recente experiência portuguesa, diversos exemplos de tentativas de inovação na prestação de cuidados médicos baseadas em gradualismo que não tiveram seguimento ou consequências práticas. Uma imagem sugestiva dessas situações é a de uma parede de borracha (o sistema de saúde) em que se dá um murro (inicia-se uma experiência), a parede recua um pouco no local do murro, mas logo que se retira a mão (diminui a pressão política sobre a experiência) a parede volta à posição inicial (nada muda no sistema de saúde).

No período das várias experiências controladas, identificado com a tentativa de reforma gradual, encontramos um hospital público com gestão concessionada a um consórcio privado (Hospital de Amadora-Sintra), um hospital público integrado com os centros de saúde da região de atracção (a Unidade Local de Saúde associada com o Hospital de Matosinhos), hospitais públicos com regras de gestão mais próximas do direito privado/gestão empresarial (primeiro, o Hospital da Feira, depois o Hospital do Barlavento Algarvio), a criação de um Centro de Responsabilidade Integrado (nos Hospitais da Universidade de Coimbra, serviço

de cirurgia cardíaco-torácica). Fora do ambiente hospitalar, encontramos nos centros de saúde diversas experiências de experiência autónoma, lideradas pelos profissionais, nalguns casos, e por um departamento de uma faculdade de medicina, noutro caso.

As medidas tomadas desde 2002 pelo governo PSD/PP constituem uma mudança importante nesta filosofia de experiências. Em particular, no sector hospitalar avançou-se para a empresarialização de 34 hospitais (dando origem a 31 grupos hospitalares). A ousadia desta medida pode ser vista como uma aproximação à ideia de reforma por *big bang* — uma fracção considerável do sistema hospitalar é sujeita a uma alteração do seu modo de funcionamento, alteração essa determinada de forma exógena. Na medida em que apenas hospitais correspondentes a cerca de metade da actividade global desenvolvida são afectados, é provavelmente mais correcto denominar a reforma como *mixed bang*, nem é gradualista, no sentido de dois ou três hospitais de cada vez, nem é *big bang*, dado que não foram todos transformados.

Aliás, apenas no plano do número de entidades afectadas podemos falar em ter-se abandonado o gradualismo. Na substância das alterações de gestão hospitalar, a criação dos hospitais empresarializados constitui uma modificação «gradual» do seu estatuto, ficando longe, por exemplo, da constituição de hospitais-fundações públicas (à semelhança dos *trust* do Reino Unido) ou mesmo da total privatização das unidades. Independentemente de saber se estas últimas opções seriam realistas do pouco de vista político (no nosso país), o que interessa salientar é o gradualismo na substância das alterações. Foi-se um passo mais longe do que o «gradualismo minimal» das regras de gestão em hospital público (de que é exemplo primeiro o Hospital da Feira), embora ainda longe do que seria uma privatização dessas unidades de prestação de cuidados de saúde.

Assim, a principal ruptura com a prática passada é mais na diminuição do gradualismo referente ao número de entidades envolvidas e menos no tipo de alteração de estatuto que é realizada.

Analisando as características dos hospitais SA e dos hospitais SPA antes de a experiência ter tido início¹, as principais ilações a retirar são que, por um lado, a dimensão dos hospitais empresarializados foi sensivelmente metade do sector hospitalar e, por outro lado, calculando um índice de eficiência para todos os hospitais portugueses², observa-se que os hospitais SA apresentam uma dispersão por níveis de eficiência

pelas diferentes classes de dimensão semelhante à que existe nos hospitais que não foram empresarializados. Não há, assim, à partida, um enviesamento de «selecção dos vencedores», como seria o caso se tivessem sido empresarializados apenas os hospitais que apresentam melhores indicadores de eficiência.

É possível apontar diversas vantagens associadas com o rumo tomado em Portugal. Em primeiro lugar, e extremamente importante no contexto nacional, o facto de serem 31 hospitais abrangidos pela mudança significa que a atenção mediática sobre a experiência se dissipa por várias entidades. A pressão pública não se encontra concentrada num único ponto. Basta recordar a experiência de exposição mediática da concessão de gestão de hospital público a um grupo privado, o caso do Hospital de Amadora-Sintra. A pressão, por vezes ideológica, sobre a administração do hospital e sobre o Ministério da Saúde, com este último a ser acusado repetidas vezes de estar a «privatizar a saúde», levou ao dispêndio de recursos e energias a rebater acusações, bem como é provável que essa mesma pressão tenha limitado a vontade do poder político em expandir a experiência³. Apesar da exposição mediática da criação dos hospitais SA, em que predominaram as críticas ao processo de nomeação das administrações dos hospitais e, uma vez mais, os alertas para a «iminente privatização do Serviço Nacional de Saúde», não há uma individualização deste ou daquele hospital, o que liberta cada hospital para se concentrar na sua actividade, em lugar de gerir as notícias que surgem na comunicação social.

Como segunda característica, com o *mixed bang* não há um efeito de «selecção do vencedor». Quando se monta uma única experiência, tende-se naturalmente a escolher para a comandar quem oferece as melhores garantias de a tornar bem sucedida. No final, caso a experiência não seja um fracasso rotundo, ficará sempre a dúvida sobre qual o factor distintivo desse sucesso: o modelo organizativo experimentado ou as características pessoais (liderança, organização, etc.) de quem o levou a cabo. Essa dúvida existe legitimamente, a meu ver, no caso do Centro de Responsabilidade Integrado liderado pelo Prof. Doutor Manuel Antunes, ou no caso da equipa de gestão do Hospital da Feira. Ou ainda se no Hospital de Matosinhos foi a gestão ou o modelo que falhou. Com a experiência dos hospitais SA, com 31 hospitais diferentes, haverá uns com melhor gestão do que outros, haverá uns com melhor ponto de partida do que outros. Dada a diver-

³ Afirmar que foi uma experiência fracassada é contraditório com a renovação do contrato de exploração, mas, se foi um sucesso, ainda que moderado, resta saber por que não foi tentado o modelo noutras unidades hospitalares. Aspectos que apenas os decisores políticos poderão um dia esclarecer.

¹ SPA — sector público administrativo, significando os hospitais públicos que não foram empresarializados.

² A forma de cálculo e uma descrição mais detalhada encontram-se em Barros (2003).

sidade de pontos de partida e de qualidade das equipas de gestão, tornar-se-á mais fácil identificar qual a verdadeira contribuição do modelo organizativo, até porque os hospitais públicos que não foram objecto de empresarialização providenciam um útil ponto de comparação. O facto de se ter envolvido (sensivelmente) metade do sector hospitalar revela-se especialmente apropriado para permitir avaliar a bondade do novo desenho organizativo.

Argumentado que está ter sido a reforma portuguesa um *mixed bang*, uma vez que teve elementos de gradualismo quer no tipo de medidas adoptadas, quer no número de unidades afectadas, suficientes para não se poder qualificar como uma reforma *big bang*, resta avaliar se foi melhor caminho, ou sequer minimamente adequado.

Uma primeira possibilidade seria a adopção de um maior gradualismo. A versão mais normal desse gradualismo era porventura a extensão a mais três ou quatro hospitais das regras de gestão e estatutos que foram usados no Hospital da Feira e no Hospital do Barlavento Algarvio.

Contudo, as anteriores experiências de gradualismo têm como padrão envolverem, na maioria dos casos, apenas uma unidade prestadora de cuidados de saúde. Independentemente do sucesso, ou falta dele, dessas experiências, estas acabam por se irem eternizando, sem que haja uma das duas sequências lógicas a breve prazo: terminar a experiência, se foi um fracasso; generalizá-la, se foi um sucesso. Medidas a serem tomadas num prazo de tempo razoável, naturalmente. Os exemplos desse «congelamento institucional» abundam. Temos uma experiência de gestão privada em hospital público, o Hospital de Amadora-Sintra. Foi muito contestada desde início, sobretudo numa base ideológica. As avaliações objectivas de que foi objecto indicam algumas preocupações e ajustamentos, mas de um modo genérico foi uma experiência bem sucedida. Não houve a coragem política de ou alargar o modelo a outros hospitais ou terminar o contrato por discordância com o modelo.

Paralelamente, tem-se, no outro lado do espectro ideológico público-privado, o aprofundamento do modelo público com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, agrupando num mesmo centro de controle de gestão o Hospital de Matosinhos e os centros de saúde da sua área de atracção. O sucesso, ou insucesso, desta experiência, totalmente voltada para a reinvenção do sector público, ainda não está totalmente documentado e, uma vez mais, não se tomou a decisão de alargar ou de extinguir.

Tome-se ainda a criação de centros de responsabilidade integrados, que em dado momento se considerou ser uma forma de mudar o hospital por dentro. Existe apenas, com uma forte imagem de sucesso, o centro asso-

ciado com o serviço de cirurgia cárdio-torácica nos Hospitais da Universidade de Coimbra. E, apesar de ser um caso reconhecido de elevada produtividade e grande desempenho, não houve a criação de mais centros de responsabilidade integrados. O que seria importante até para avaliar quanto do sucesso decorre da capacidade de liderança presente actualmente no serviço de cirurgia cárdio-torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, por um lado, e quanto das qualidades do novo sistema organizativo, por outro lado.

A própria situação do Hospital da Feira, surgida em parte substancial como uma experiência de gestão alternativa à gestão privada pura de hospital público (Hospital de Amadora-Sintra), foi só lentamente alargada (só mais um hospital, o Hospital do Barlavento Algarvio, veio a beneficiar do mesmo estatuto). Uma vez mais, mesmo um aparente sucesso de um modelo não teve a capacidade de despoletar uma dinâmica de transformação generalizada. O qualificativo de «aparente sucesso do modelo» é motivado sobretudo pela incapacidade em distinguir se é o modelo de organização que foi bem sucedido, ou se a equipa de gestão que está à frente do Hospital da Feira teria igualmente sucesso num hospital com os estatutos e instrumentos de gestão tradicionais.

A todos estes exemplos do sector hospitalar é possível adicionar casos passados com os centros de saúde. Várias experiências foram iniciadas, mas nunca terminadas ou alargadas. Alguns exemplos para os quais há pelo menos uma descrição da experiência: o projecto «Tubo de Ensaio», envolvendo o Centro de Saúde de S. João e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Abriu em 1999, entrou em crise em 2000, esteve em «banho-maria», na expressão dos seus dirigentes, durante 2001, obteve um novo protocolo com o poder político em 2002 e não tenho conhecimento de que exista uma sua avaliação como experiência a merecer expansão. Também a Unidade de Saúde Familiar Horizonte, englobando a cobertura das freguesias de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e Guifões, se deparou com incertezas e indefinições, falta de autonomia e de recursos. Mais a sul, o Centro de Saúde de Samora Correia, integrado no contexto dos projectos Alfa, iniciado em Julho de 1999, mas após o empenho inicial do Ministério da Saúde foi asfixiado financeiramente. O mesmo se aplica de forma praticamente idêntica à experiência da equipa da Extensão de Saúde de Fernão Ferro, também inserida nos projectos Alfa, pois em 2002 sentia grande indefinição sobre o caminho que se ia seguir, devido aos sinais contraditórios, incentivos e contra-incentivos do Ministério da Saúde. Um traço comum a todas estas experiências é o seu abandono pela componente política e seu posterior asfixiamento.

Todas as situações descritas têm como objectivo suportar a tese de que em Portugal e no sector da saúde, pelo menos, a introdução de reformas de modo muito gradual não resulta na construção de uma base de apoio para a consequente generalização das experiências com efeitos positivos. O gradualismo seguido tem resultado na absorção dessas experiências pelo *status quo*. Curiosamente, como são casos singulares, não são rejeitadas ao ponto de serem eliminadas.

É, assim, claro que as repetidas tentativas de abordagem gradualista contribuíram mais para a manutenção do sistema, sem alterações significativas, do que para uma sua transformação generalizada, apesar dos sinais muito positivos de algumas das medidas ensaiadas.

Depara-se então, de facto, com a escolha entre uma abordagem *big bang* ou uma abordagem intermédia de *mixed bang*. A abordagem *big bang*, procedendo a alterações radicais em partes substanciais do sistema, é candidata, em Portugal, a fortes reacções dos múltiplos grupos profissionais e associações que operam no sector. Essas reacções adversas são, em geral, fortes e com impacto suficiente na opinião pública para fazerem o poder político vacilar na sua implementação total. Não é raro assistir-se à produção de legislação que constitui um corte com a prática que vem sendo seguida, pelo menos em teoria, para que depois nada aconteça por falta de legislação complementar essencial que vai ficando sucessivamente esquecida.

Uma abordagem *big bang* enfrenta, pois, obstáculos que, no caso do sector da saúde, são presumivelmente bastante elevados.

Resta, no final, o denominado *mixed bang*, uma opção de meio caminho, que, caso não seja realizável, nos deixará um sector da saúde nacional quase inexpugnável a medidas de reforma exogenamente determinadas. A sua evolução seria determinada de forma totalmente endógena aos principais actores do sistema e decidida unicamente pelos interesses e poder relativo destes.

Ora, felizmente, e apesar de ainda não se ter uma imagem consolidada e consensual dos resultados obtidos, a abordagem de *mixed bang* seguida com a criação dos hospitais SA parece estar a surtir resultados positivos.

Curiosamente, o que parece constituir o sucesso do *mixed bang* não está ligado aos factores tradicionais — não houve propriamente um primeiro passo destinado a construir uma base de apoio junto de agentes económicos relevantes que servisse de alavanca para o segundo passo da reforma. Em lugar desse efeito, terão sido relevantes dois aspectos. Em primeiro lugar, a menor resistência que, possivelmente, houve para a transformação de metade do sis-

tema hospitalar público em hospitais SA face à que teria ocorrido caso *todos* os hospitais tivessem sido transformados.

Em segundo lugar, e provavelmente tão ou mais importante, o efeito de comparação. O facto de apenas metade dos hospitais ter mudado para o estatuto SA faz com que haja um grupo natural de comparação, os hospitais SPA. Diferenças de desempenho podem assim ser mais facilmente observadas, o que, presumivelmente, dá um maior incentivo à procura de eficiência dos hospitais SA. Mas, por outro lado, para os hospitais SPA também se encontra um fenómeno semelhante. Estes hospitais sabem também que o seu desempenho vai ser avaliado contra o que resultar dos hospitais SA, pelo que igualmente eles têm um incentivo acrescido para aumentarem a sua produtividade e melhorarem a sua eficiência. Sabem todos, adicionalmente, que, pelo mero facto de haver uma «experiência» de reforma desta dimensão, o seu desempenho será mais escrutinado do que vinha sendo o caso. Note-se que, mesmo que a visibilidade pública se limite à análise de indicadores agregados, e juntando os hospitais em grupos, a contribuição de cada hospital individual é mais significativa para o seu grupo. Um caso anómalo, seja por maior ou menor desempenho relativo, sobressairá mais em 31 hospitais do que em cerca de 80, pelo que é mais fácil observar casos excepcionais (de qualquer forma, considera-se que este efeito de destaque individual, apesar de poder estar presente, é de reduzida dimensão face aos outros efeitos apontados).

O aspecto que importa uma vez mais realçar é que estes efeitos só são possíveis numa reforma *mixed bang*. Por definição, em reforma *big bang* não há um grupo natural de comparação de desempenho. Essa comparação tem de ser realizada com o passado, existindo então outros factores que variam ao longo do tempo que confundem essa comparação. Uma reforma gradual, em que apenas uma ou duas unidades são afectadas, não introduz dinâmica de transformação.

4. Conclusão

Tomando todos os aspectos relevantes em consideração, nomeadamente a história passada das diversas tentativas de reforma gradual, quer no sector hospitalar, quer nos centros de saúde, a opção tomada por um *mixed bang* afigura-se neste momento, e à luz da informação disponível, como tendo sido um caminho possível para induzir modificações substanciais no modo de funcionamento dos hospitais portugueses. A dimensão dos ganhos de eficiência obtidos, bem como a fonte desses ganhos (redução de ineficiência

pura, capacidade de obter melhores preços para os factores produtivos usados, aproveitamento de economias de escala), não são ainda cabalmente conhecidas, havendo alguma disputa quanto à sua real dimensão.

Curiosamente, duas implicações que me parecem poder ser retiradas da experiência dos hospitais SA estão em contradição com intenções anunciadas pelo Ministério da Saúde. A primeira implicação é a da importância, no processo de mudança, da existência de um «grupo de controlo». Como argumentado anteriormente, considera-se que a exposição alcançada pelo sector hospitalar por «apenas» sensivelmente metade dos hospitais da rede pública serem hospitais SA criou uma expectativa de comparação que dinamizou ambas as categorias (SA e SPA). A passagem agora dos actuais hospitais SPA também para hospitais SA poderá diminuir esta «pressão competitiva». Obviamente, neste momento esta é uma hipótese que deverá procurar-se confirmar ou infirmar. A opção de esperar mais um ano antes da tomada de decisão da conversão dos hospitais SPA em SA também seria consentânea, a meu ver, com uma abordagem de *mixed bang*. Esse compasso de espera adicional permitiria manter durante mais algum tempo uma certa «rivalidade» estimuladora da procura de eficiência, bem como daria a oportunidade para se estudar que factores diferenciadores do modelo dos hospitais SA são responsáveis pelo (eventual) sucesso do modelo e se esses factores são emuláveis noutras áreas de actividade no sector da saúde.

A segunda implicação, a capacidade de um *mixed bang* introduzir alterações efectivas no funcionamento do sector, por oposição a um gradualismo imobilista e a um *big bang* gerador de grandes obstáculos, está em contradição com a aparente intenção de alterar de forma radical a gestão de todos os centros de saúde. Parece aí ocorrer uma abordagem *big bang* quer no tipo de mudança que é aplicada, quer no número de unidades de decisão afectadas.

□ Referências bibliográficas

ALVES, P. D. — A gestão empresarial privada do Hospital Amadora-Sintra. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 9-38.

ANTUNES, M. — A doença da saúde : Serviço Nacional de Saúde : ineficiência e desperdício. Lisboa : Quetzal, 2001.

BATELAU, L. — Hospital do Barlavento Algarvio. In PINTO, A. S. ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 61-68.

BARROS, P. P. — Rankings de eficiência hospitalar em Portugal. In ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE

ECONOMIA DA SAÚDE, 8 de Outubro de 2003, Lisboa — Comunicação. Lisboa : APES, 2003.

GONÇALVES, J. — Centro de Saúde de Samora Correia. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 91-106.

HESPAÑHOL, A.; MALHEIRO, A.; PINTO, A. S. — O projecto *Tubo de Ensaio* : breve história do Centro de Saúde de S. João. In PINTO, A. S. ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 69-91.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Administração — Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta. Lisboa : INA, 1999.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Administração — Projecto de avaliação de unidades de saúde. Lisboa : INA, 2002.

MEIRELES, H.; CARDOSO, A. L. — Hospital de S. Sebastião — Feira : uma experiência de gestão inovadora. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 7-18.

NEIVA, L., et al. — Unidade Local de Matosinhos. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 39-60.

PEREIRA, M. L. — A experiência da equipa de saúde da Extensão de Saúde de Fernão Ferro. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003. 107-140.

PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Fórum de Economia da Saúde, 2, Porto, 25 de Fevereiro de 2002 — Comunicações. Porto : Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 2003.

SIMÕES, J. — Retrato político da saúde : dependência do percurso e inovação em saúde : da ideologia ao desempenho. Coimbra : Almedina, 2004.

SOUSA, J.; RIBAS, M. J.; SILVA, M. — O regime remuneratório experimental (RRE) : uma pedrada no charco. In PINTO, A. S., ed. lit. — Experiência de gestão. Porto : Faculdade de Medicina, 2003.

□ Abstract

THE MIXED BANG OF THE POST-2002 HEALTH CARE REFORMS

Over the last decade, the Portuguese hospital sector has seen several policy experiments, which followed essentially a gradual approach: one experience of private management in public hospital, one experience of integration of primary care and hospital care within the same decision unit, one experience, followed by another one, of statutes approaching «private sector rules» in Government-managed hospital. In mid-2002, a new approach emerged, taking effect from 2003 onwards: essentially half of the hospitals were transformed into private-like institutions, though within the public realm. We discuss here the merits and disadvantages of gradual vs. big bang type of reforms. The path taken with respect to hospital changes is termed mixed bang. The author argues that based on the historical record of incapacity to expand successful experience episodes (gradual approach) and on the resistance that full blown, big bang, reforms would bring from organized groups, the mixed bang acted as a compromise, and may actually be delivering some changes.