

(*) *Isabel Craveiro* é socióloga, doutorada em Saúde Internacional, pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, onde, desde 2012, é investigadora pós-doc. @ - isabelc@ihmt.unl.pt *Gilles Dussault* é Professor catedrático convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa e diretor do Centro Colaborador da OMS sobre políticas e planeamento dos recursos humanos em saúde. @ - gillesdussault@ihmt.unl.pt

O sector da saúde na Grécia antes de depois da crise e as experiências de participação cidadã

The health sector in Greece before and after the crisis and the experiences of citizen participation

Isabel Craveiro*
Gilles Dussault*

RESUMO: A Grécia enfrenta problemas variados, incluindo o envelhecimento da população, a diminuição do crescimento natural, migrações e a crise dos refugiados, que colocam desafios consideráveis ao futuro do sistema de cuidados de saúde. O sistema de saúde grego pode ser caracterizado como um sistema misto (público-privado), coexistindo os seguros, o social obrigatório (IKA) e um sistema de seguro de saúde privado voluntário, com o Serviço Nacional de Saúde (ESY- Ethniko Systema Ygeias). Em 2011 foi criada a Organização Nacional de Serviços de Saúde (EOPYY). O país está sob ajuda externa desde 2010, e o sector da saúde foi considerado “um factor importante” no descontrolo da economia do país, que ficou sob intenso escrutínio da Troika. O sistema de saúde acumula problemas estruturais há mais de uma década, agravados com a crise. Neste contexto económico, social e legislativo, com base na revisão da literatura publicada recentemente, apresentamos experiências gregas relativamente às práticas de participação dos cidadãos na definição da política de saúde na Grécia. De acordo com a evidência, as reformas empreendidas no sistema de saúde grego parecem focar-se nas dimensões operacionais, financeiras e de gestão, ignorando o lado do cidadão ou uma perspectiva de um sistema de saúde centrado no paciente. Pelo que haverá ainda espaço para que os decisores políticos promovam mecanismos de participação cidadã.

Palavras-chave: participação cidadã; sistema de saúde; crise; Grécia.

I ntrodução

A Grécia é uma democracia parlamentar, está localizada no extremo sul da Península Balcânica e é constituída por uma grande área continental, a

península do Peloponeso, e mais de 3.000 ilhas. Em 2011 o país tinha 10,7 milhões de habitantes (ELSTAT, 2012). O país tem de lidar com desafios demográficos, incluindo o envelhecimento, diminuição do crescimento natural da população e migração (ECONOMOU, 2010). E mais recentemente vê-se confrontado com a pressão dos refugiados que não cessam de atravessar as suas fronteiras. Todos estes aspectos representam um sério desafio para o futuro do sistema de cuidados de saúde grego.

De acordo com a OCDE (2016), a estrutura etária da população na Grécia é muito semelhante a outros países do Mediterrâneo, especialmente Itália e Portugal (20,1% da população total está acima da idade de 65 anos). Embora a esperança de vida seja sensivelmente a mesma em todos estes países, a percentagem de emprego permanente na Grécia é a menor (35,4% em 2014) e ao mesmo tempo a percentagem de desemprego a longo prazo é a mais alta (de 49,3% em 2011, passou para 67,1% e 73,5% para os anos de 2013 e 2014, respectivamente).

Actualmente, o sistema de saúde grego pode ser caracterizado como um sistema misto (público-privado) verificando-se uma coexistência entre os seguros, o social obrigatório (IKA) e um sistema de seguro de saúde privado voluntário, com o Serviço Nacional de Saúde (ESY- Ethniko Systema Ygeias) (MOSSIALOS *et al* 2005).

Apresentamos a evolução do sistema de saúde grego, incluindo os principais marcos dos processos de reforma empreendidos desde os anos 30 do séc. XX e os diversos actores implicados, bem como eventuais avanços alcançado se as prioridades estabelecidas.

Tendo como pano de fundo o contexto de crise actual, com base na revisão da literatura publicada recentemente, apresentamos experiências gregas relativamente às práticas de participação dos cidadãos na definição da política de saúde na Grécia, enquadradas no contexto legislativo existente.

O processo de reforma do sistema de saúde grego até à crise

A criação da Organização de Seguro Social (IKA) em 1934 correspondeu à primeira acção governamental com objectivo de aumentar a cobertura de saúde da população, tendo resultado numa cobertura de apenas cerca de um terço da população.

Em 1953 acontece aquela que é considerada a primeira tentativa legislativa (Decreto-Lei 2592/1953 – organização da assistência médica) para estabelecer um serviço nacional de saúde. O objectivo era descentralizar

as competências em termos de cuidados de saúde para os “conselhos de saúde regionais” e através deles para os “conselhos distritais de saúde”. Esta iniciativa é considerada a intervenção legislativa mais completa levada a cabo pelo país desde a criação do estado Helénico, adoptando pela primeira vez uma abordagem do sistema de saúde baseado nas necessidades. Porém, na prática, a lei nunca foi implementada, tendo-se perdido uma oportunidade de reforma.

Os anos 1950 e 1960 caracterizaram-se por um crescimento e expansão contínuos do sector dos seguros sociais e dos benefícios da segurança social. Várias instituições financeiras formaram os seus próprios fundos de seguros, financiados sobretudo pelos trabalhadores. E foram também criados os esquemas de seguros sociais de saúde para os funcionários do sector público e profissionais liberais. Os agricultores e suas famílias, que na época constituíam mais de 50% da população grega, tiveram pela primeira vez direito a cobertura médica em 1961 aquando da criação da Organização de Seguro Agrícola (OGA). Com excepção da IKA, que desenvolveu infra-estruturas de saúde próprias para a população que beneficia do seu seguro, sobretudo em zonas urbanas, todos os fundos de seguros contratam serviços de cuidados de saúde a médicos especialistas privados, no caso dos cuidados de saúde primários, e a hospitais públicos ou privados, no caso dos cuidados de saúde secundários. Tal significou um rápido crescimento do sector privado devido ao aumento do número de médicos a exercer individualmente, bem como o surgimento de muitos hospitais privados de pequena dimensão. Por seu lado, o estado desenvolveu apenas alguns poucos hospitais públicos em cidades maiores.

No período que corresponde à ditadura de 1967-1974 verificou-se uma tendência para a consolidação deste padrão dos serviços de cuidados de saúde, embora se tenha verificado uma primeira tentativa para organizar um sistema abrangente de cuidados de saúde. Em 1968 o Ministério da Saúde apresenta um plano para a reforma dos cuidados de saúde (Plano Patras), prevendo a formação de um pacote de serviços de saúde comum a todos os fundos de seguros; a introdução de uma agência única de financiamento; a expansão da rede de serviços de saúde do sector público através do estabelecimento de novos hospitais públicos; a redistribuição geográfica dos serviços de saúde no sentido de reduzir as desigualdades regionais; o emprego em exclusividade e a tempo integral para os médicos hospitalares; e a introdução de um sistema de médicos de família.

A restauração da democracia em 1974, as pressões políticas e sociais e o número crescente de problemas no sistema de cuidados de saúde tornaram prioritário o assunto da reforma do sector da saúde. Em 1976, o Centro de Planeamento e Pesquisa Económica (KEPE) apresentou uma avaliação sobre o sistema de saúde grego, indicando os principais problemas e propondo

soluções. Entre os problemas mencionados estão a falta de harmonização da cobertura e financiamento; as desigualdades geográficas na prestação de serviços, especialmente diferenças entre zonas rurais e urbanas; as grandes lacunas na prestação de cuidados nas zonas rurais; a falta de coordenação entre o Ministério da Saúde e outros órgãos do governo. Foi proposta a junção dos serviços dos três principais esquemas de seguros de saúde (IKA, OGA e TEVE – “Fundo de Seguro Social para Artesãos e Comerciantes”), a criação de um fundo unificado e a introdução de um sistema de médicos de família. Mas devido à oposição política e dos médicos, estas propostas nunca foram transpostas para legislação.

Em 1980, um grupo de peritos do Ministério da Saúde apresentou um plano para a reorganização do sistema de cuidados de saúde, que ficou conhecido como Plano Doxiades, que obteve forte oposição aquando da sua apresentação no Parlamento, quer dos parlamentares quer dos médicos, tendo sido rejeitado sem discussão. Foi considerado muito “avançado” para o seu tempo, sofrendo contestação da Associação de Médicos Pan-Helénica com a argumentação de que promoveria uma medicina socializada, sendo contrário aos princípios liberais e à filosofia do partido do poder.

Foi com a ascensão ao poder do partido socialista (PASOK), em 1981, que se criaram as condições políticas e sociais para uma mudança mais radical. A Associação dos Médicos Hospitalares de Atenas e Piraes (EINAP) veio exigir um sistema nacional de cuidados de saúde mais abrangente, de acordo com a vontade da maioria da população.

A criação do Serviço Nacional de Saúde (ESY- Ethniko Systima Ygeias), em 1983, representou o culminar de uma longa caminhada e o início de uma nova tentativa de organizar o sistema público de cuidados de saúde na Grécia. A Lei 1397/83 é mesmo considerada a reforma legislativa mais importante levada a cabo no sistema de saúde da Grécia. Porém, nunca chegou a acontecer uma implementação cabal do que estava estipulado na legislação, e.g., nunca foram estabelecidos os centros de saúde urbanos, resultando na fragmentação do sistema de cuidados de saúde primários (ECONOMOU, 2010).

Nas últimas três décadas assistiu-se à persistência de um conjunto de problemas no sistema de saúde grego, incluindo: fragmentação administrativa do sistema de prestação de cuidados de saúde; baixos níveis de despesa pública; peso significativo do sector privado e dos gastos directos em serviços de saúde por parte das famílias; inadequação em termos de distribuição de recursos humanos; baixa taxa de cobertura de cuidados de saúde primários (KAITELIDOU E KOULI, 2012).

O falhanço nas diversas tentativas de reformas que o país empreendeu ficou a dever-se a um conjunto de factores sociais, económicos e políticos. Nomeadamente, alguns grupos poderosos com interesses instalados como, por exemplo, médicos e funcionários públicos, que colocaram grandes obstáculos às reformas (NOTARA *et al.* 2010; NIKOLENTZOS;MAYS, 2008).

De facto, o ESY tem como princípios a garantia de cuidados de saúde gratuitos para todos os residentes da Grécia e a cobertura universal para a população, sob os princípios da equidade, igualdade de acesso e de coesão social. Mas regista-se uma utilização crescente do sector privado (PAPPA; NIAKAS, 2006). O acesso a todos os serviços públicos é gratuito e não há taxas, já no sector privado é necessário o pagamento. Christos e colegas (2009) afirmam que 97% da população é coberta por cerca de 35 diferentes fundos de segurança social (incluindo o seguro social obrigatório), enquanto 8% da população mantém uma cobertura de seguro de saúde voluntário complementar.

Mas a maior parte destes fundos são administrados como entidades públicas e operam sob o controlo do Estado. Cada seguradora está sujeita a legislação diferente, existindo em muitos casos também diferenças em termos de taxas contributivas, cobertura, benefícios e condições para atribuição dos mesmos, configurando um cenário de desigualdades no acesso e financiamento dos serviços (ECONOMOU, 2010). De acordo com as disposições da lei do seguro social, aprovada em Julho de 2010 (Lei 3863/2010), os fundos de segurança social têm de ser fundidos em apenas três.

Antes do estabelecimento do ESY os cuidados de saúde eram prestados segundo o modelo de Bismarck de seguros de saúde sociais obrigatórios. Os fundos da segurança social continuam a desempenhar um papel importante na prestação e financiamento dos cuidados de saúde, sobretudo serviços ambulatoriais, seguindo dois padrões: a) inclui os fundos que têm instalações médicas próprias e abrangem todas as necessidades de cuidados de saúde primários das populações cobertas pelos seguros e no âmbito deste os profissionais de saúde recebem um salário; b) abrange os fundos que não têm qualquer instalação médica mas celebram contractos com os médicos, que são compensados através de uma taxa definida para o serviço de forma retrospectiva.

Existem actualmente três tipos de prestadores de serviços de saúde: a) o Serviço Nacional de Saúde (através de hospitais públicos e centros de saúde em áreas rurais e periurbanas); b) as unidades de saúde de fundos de seguros de saúde (centros de saúde com médicos assalariados ou médicos contratados que trabalham no sector privado) e c) o sector privado (hospitais, centros de diagnóstico e médicos privados) (PAPPA; NIAKAS, 2006).

Os serviços de saúde privados são financiados, de forma quase igual, por fontes públicas e privadas. A despesa pública é financiada pelos impostos (directos e indirectos), bem como por contribuições para o seguro de saúde obrigatório, feitos pelos empregadores e segurados. Os pagamentos voluntários por parte de indivíduos ou empregadores representam 42% da despesa total em saúde (2002), fazendo com que o sistema de saúde grego seja um dos mais “privatizados” entre os membros da União Europeia (UE) (Christos *et al.*, 2009).

Economou e colegas (2014) resumem as ineficiências do sistema de cuidados de saúde da Grécia antes da crise, sendo de realçar os seguintes aspectos: elevada centralização na tomada de decisões e nos processos administrativos; falta de planeamento e coordenação, e capacidades de gestão e administrativas limitadas; distribuição desigual e ineficiente de recursos humanos e económicos; cobertura de saúde da população fragmentada; desigualdades no acesso aos serviços; distribuição regional desigual de recursos humanos e infra-estruturas de saúde.

A Grécia é apresentada como o exemplo de um país do sul da Europa que ainda se debate por definir prioridades de saúde, num contexto de escassez de recursos, que nem sempre são usados da maneira mais efectiva (CHRISTOS *et al.*, 2009).

O sistema de saúde Grego no contexto de crise financeira

A Grécia não conseguiu controlar os gastos com saúde entre 2000 e 2009, tendo o deficit do orçamento de saúde do país atingido 50 biliões de euros (LIAROPOULOS, 2012). Por isso, no início da crise, o sector da saúde foi citado como “um factor importante” no descontrolo da economia do país, tendo ficado sob intenso escrutínio da Troika (ECONOMOU *et al.*, 2014).

A Grécia está sob ajuda externa desde 2010, o que configura a exposição do país a uma crise económica com efeitos em todos os sectores sociais, incluindo a saúde. Mas o sistema de saúde acumula problemas estruturais há mais de uma década, que acabaram por ser exacerbados devido a esta situação de crise (KENTIKELINIS; PAPANICOLAS, 2012).

Os pagamentos *out-of-pocket* aumentaram em relação ao total das despesas de saúde de 27,6%, em 2009, para 28,8%, em 2012. A Grécia é sempre apresentada como exemplo de um sistema de saúde bastante “privatizado”, principalmente por causa do subfinanciamento público (SISKOU *et al.*, 2008 apud ECONOMOU, 2014). A economia paralela, incluindo pagamentos

informais, representa uma parte significativa dos pagamentos *out-of-pocket* (aproximadamente 30%) e será indicativo da corrupção no sector da saúde. Embora esses pagamentos sejam muito comuns, funcionando como uma forma de apoiar orçamentos insuficientes para a saúde, representam a pior opção para o financiamento do sector da saúde porque causam desigualdades que afectam principalmente os grupos pobres e vulneráveis (LIAROPOULOS *et al.*, 2008; KAITELIDOU *et al.*, 2013 apud ECONOMOU 2014). Factores como a natureza centralizada do sistema de cuidados de saúde, que levou a corrupção, a fraqueza no planeamento, na coordenação e na capacidade de gestão e administrativa e a não existência de critérios de financiamentos explícitos fazem com que este seja considerado como o “sector doente” da administração pública do país (TZANNATOS; MONOGIOS, 2013).

Até 2011, o sistema de seguro social de saúde grego garantia cobertura à quase totalidade da população através de uma rede de vários fundos. O sistema era, e ainda é, ligado ao estatuto e tipo de emprego. Como mencionado acima, a fusão de quase todos os fundos de seguro social de saúde e a criação de um fundo unificado havia sido proposta em várias reformas desde 1968, mas nunca tinha sido aplicada. Esta situação mudou em 2011 com a criação da Organização Nacional de Serviços de Saúde (EOPYY), que se destinava a cobrir a grande maioria da população (trabalhadores, dependentes e pensionistas), assumindo que o desemprego era de curto prazo. A base para o direito é o estatuto do seguro. Devido ao contexto da crise profunda que o país viveu, o desemprego subiu rapidamente, chegando aos 27,3% em 2013. Nos termos da legislação pré-existente, o EOPYY apenas cobre os desempregados por um período máximo de dois anos, o que conduziu a um aumento da percentagem da população sem seguro. O Ministério do Trabalho estima que actualmente cerca de 2 milhões de pessoas sem seguro não tem acesso oficial aos cuidados de saúde. O Ministério da Saúde estabeleceu o programa “voucher Saúde” em Setembro de 2013, destinado às pessoas que perderam a cobertura de seguro e aos membros da família seus dependentes, garantindo o acesso a serviços de cuidados de saúde primários (visitas aos médicos contratados, instalações do serviço nacional de saúde e serviços fornecidos por centros de diagnóstico contratados). Estes “vouchers Saúde” têm uma duração de quatro meses e não podem ser renovados (ECONOMOU *et al.*, 2014).

A partir de 2011, foi imposto um aumento de taxas de utilização de 3 a 5 euros nos serviços de ambulatório dos hospitais públicos e centros de saúde. Além disso, a Lei 4093/2012 introduziu uma taxa de admissão de 25 euros por paciente em hospitais do Estado a partir de 2014 em diante e 1 euro extra para cada prescrição emitida no âmbito do serviço nacional de saúde (tanto nos cuidados primários, como no regime de internamento). No entanto,

a taxa de admissão hospitalar foi imediatamente revogada devido à forte reacção dos profissionais de saúde e de várias outras partes interessadas. Foram apresentados planos para substituí-lo por um imposto extra sobre os cigarros. As taxas de utilização em todas as instalações públicas foram removidas para determinados grupos vulneráveis (diabéticos e pacientes transplantados) (ECONOMOU *et al.*, 2014).

A participação dos cidadãos no sistema de saúde

A coesão de uma sociedade manifesta-se por diversos indicadores, nomeadamente o nível de confiança dos cidadãos nas instituições e administração pública e o nível de participação dos cidadãos no processo político no momento das eleições. Na Grécia, em 2010, 44% da população manifestou confiança nas suas instituições, um valor abaixo da média da OCDE, que se situa nos 56% (OECD 2011) e no último acto eleitoral, o número de votantes situou-se nos 62% dos eleitores registados, abaixo da média da OECD, que é de 72%(op cit).

No que diz respeito ao sector da saúde, a quando da criação do Sistema Nacional de Saúde (ESY) de 1983 previa-se a constituição dos Conselhos Regionais de Saúde, através dos quais as perspectivas das comunidades locais poderiam fazer-se representar nomeadamente quanto ao planeamento e implementação dos programas de saúde, mas aqueles nunca foram estabelecidos. Desde então, a participação comunitária no estabelecimento de prioridades de saúde nunca mais foi considerada em nenhuma iniciativa legislativa. Ou seja, não existem os mecanismos e o enquadramento legal promotores de uma participação activa nos processos de tomada de decisão nos cuidados de saúde do país (THEODOROU *et al.*, 2010).

O processo de decisão política é centralizado nos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social, sendo fortemente influenciado tanto por diversos órgãos governamentais como pelas diversas forças políticas, mas o nível de participação da sociedade civil é limitado (ALTANIS *et al.*, 2008).

Num estudo da Comissão Europeia (2012) acerca do envolvimento dos pacientes nos cuidados de saúde, levado a cabo em 15 Estados Membros, incluindo a Grécia, há relatos de participantes que revelam uma percepção negativa do sistema de saúde grego. Em alguns países da Europa do Sul, incluindo a Grécia, os pacientes mencionam a existência de corrupção, nomeadamente suborno e “favores” pagos para poderem ter acesso a serviços de saúde, prefigurando situações de clara iniquidade. As conclusões do estudo apontam para um défice de compreensão dos profissionais e pacientes,

em toda Europa, acerca do significado do “envolvimento” dos pacientes no processo de decisão dos sistemas de cuidados de saúde, com escassez de ideias e actividades que consubstanciem o conceito nas práticas do sistema de saúde. Nos países da Europa do Sul (embora mencionando em menor grau a Grécia) os pacientes apresentam uma compreensão mais limitada acerca do alcance do envolvimento dos pacientes, tendo demonstrado uma maior relutância para considerarem um relacionamento mais interactivo com os cuidados de saúde nos respectivos países.

Os autores de um estudo de 2010 (THEODOROU *et al.*) acerca do envolvimento dos cidadãos, e dos médicos, na definição de prioridades de saúde na Grécia afirmam que os cidadãos não são representados em nenhum nível da estrutura organizacional do sistema de cuidados de saúde no processo de tomada de decisão sobre gastos e financiamento com a saúde pública, sendo que as suas necessidades de saúde e preferências não são consideradas em nenhum momento.

Um ano após a mudança de Governo (Junho 2012) existe a percepção de deterioração quanto ao indicador de governação relativo ao Estado Social (inclui Transportes Públicos, Corrupção, Educação Pública, Serviços dos Cidadãos, Segurança Social e Saúde Pública), sendo que o maior aumento na taxa de deterioração aconteceu no sector da saúde pública (76% comparativamente a 55% em 2011) (GREEK SOCIAL ISSUES, 2013).

Mais recentemente foram reportados níveis de satisfação extremamente baixos dos pacientes com o Sistema de Saúde Grego (Health Consumer Powerhouse, 2014), que poderão ser reflexo do contexto de crise e austeridade que o país tem vivido desde 2010 (KYRIOPOULOS *et al.*, 2014). Estando a Grécia sob ajuda externa, todos os sectores públicos estão sujeitos a medidas de ajustamento, que foram introduzidas sem um envolvimento sério dos parceiros sociais (TZANNATOS, MONOGIOS, 2013). A crise de 2010 gerou mudanças sobretudo em termos de relações laborais, ao nível da capacidade de negociação colectiva e estabelecimento dos contratos individuais de trabalho, que afectaram o sector público e o privado.

De acordo com a pesquisa de literatura, a participação dos cidadãos nas políticas de saúde no país parece escassa, mas é mencionada a circunstância de países como Grécia, Irlanda e Portugal, que estando sob a ajuda da “troika” (Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e Banco Central Europeu) estarem expostos a um conjunto de pré-condições para a recepção dos fundos, existindo assim organizações internacionais a intervir directamente nas respectivas políticas nacionais de saúde (MLADOVSKY *et al.*, 2012). É sabido

que o pacote de medidas associadas ao resgate financeiro inclui austeridade rigorosa, com cortes em sectores como a educação e a saúde (KARANIKOLOS *et al.*, 2013). Apesar de a saúde ser considerada uma área da responsabilidade de governação interna, no que diz respeito à Grécia, a troika exigiu que os gastos públicos em saúde não seja superior a 6% do PIB, constituindo-se como um precedente da União Europeia relativamente ao controlo sobre os sistemas nacionais de saúde dos países membros (FAHY, 2012).

Segundo um estudo recente de Xesfingi e colegas (2015) há um desvio entre as preferências dos cidadãos e a despesa pública real no que diz respeito aos recursos dispendidos particularmente para as funções de ‘serviços de cuidados curativos’, expondo uma descoincidência entre o que seriam as prioridades dos cidadãos e as opções dos responsáveis da saúde relativamente aos gastos no sector.

No mesmo sentido, Economou e colegas (2014) afirmam que as reformas empreendidas no sistema de saúde grego parecem focar-se nas dimensões operacionais, financeiras e de gestão, ignorando o lado do cidadão/paciente, ou uma perspectiva de um sistema de saúde centrado no paciente. Para que o sistema de cuidados de saúde grego consiga prestar serviços de alta qualidade de forma equitativa e universal deve ser orientado para os cidadãos e facilitar a orientação dos pacientes dentro o sistema. Os referidos autores defendem uma maior responsabilização dos cidadãos na tomada de decisões sobre os serviços que precisam e nas opções de tratamento, que ainda não se verificará.

Conclusões

De acordo com a nossa revisão constata-se uma fraca tradição de participação cidadã no sistema de saúde, embora exista um enquadramento reivindicativo geral que se traduz no elevado número de manifestações que têm ocorrido no país desde que está sob ajuda externa. Entre os factores explicativos estarão, por um lado, a inexistência de um enquadramento legal específico que promova formalmente a participação comunitária nos processos de tomada de decisão no sector da saúde e, por outro, uma característica da sociedade grega que se prende com o facto de a procura e prestação de cuidados de saúde serem entendidos como assunto e responsabilidade da família (ALTANIS *et al.*, 2008). Não significa que não existam exemplos de solidariedade social como ilustra o exemplo das clínicas populares, como a Clínica Comunitária Metropolitan, em Helliniko, em Atenas, que é direccionada para os gregos que enfrentam dificuldades quando ficam sem possibilidade de pagar o seguro de saúde (BBC News, 2013).

Parece existir uma margem considerável para que os decisores políticos promovam mecanismos de participação cidadã, nomeadamente introduzindo políticas de emponderamento dos cidadãos, através da disseminação de conhecimentos e democratização dos processos de tomada de decisão.

ABSTRACT: Greece faces various problems, including an aging population, declining of natural growth, migration and the refugee crisis, representing considerable challenges for the future of the health care system. The Greek health system can be characterized as a mixed system (public-private) where the compulsory social insurance (IKA) and a voluntary private health insurance system co-exist with the National Health Service (ESY- Ethniko Systema Ygeias). In 2011 it was created the National Organization of Health Services (EOPYY). The country is under foreign aid since 2010, and the health sector was considered "an important factor" in the country's uncontrolled economy, which is under intense scrutiny from the Troika. The health system accumulates structural problems for more than a decade, which were exacerbated by the crisis. In this economic, social and legislative framework, based on the review of the recently published literature, we present the Greek experience regarding citizen participation practices in the definition of health policy in Greece. According to the evidence, the reforms undertaken in the Greek health system seems to focus on the operational dimensions, and financial management, ignoring the citizens or the perspective of a health system patient-centered. So there is still scope for policy makers to promote mechanisms for citizen participation.

Artigo

Recebido: 03/04/2016

Aprovado: 21/05/2016

Keywords: citizen participation; health system; crisis; Greece.

Referências

BBC NEWS. Greece's life-saving austerity medics, 2013.[www.bbc.co.uk]

CHRISTOS, Lionis . Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. International Journal of Integrated Care, 30 July, 2009.

ALTANIS, Panagiotis; ECONOMOU, Charalambos; GEITONA, Mary; GREGORY, Susan; MESTHENEOS, Elizabeth; TRIANTAFILLOU, Judy; PETSETAKI, Elisabeth; KYRIOPOULOS, John. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Greece. European Commission, 2008.

ECONOMOU, Charalampos; KAITELIDOU, Daphne; KENTIKELINIS, Alexander; SISSOURAS, Aris; MARESSO, Anna. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, 2014.

ECONOMOU, Charalampos. Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 12(7): 1-180, 2010.

EUROPEAN COMMISSION. Eurobarometer Qualitative Study – PATIENT INVOLVEMENT, Aggregate Report, May, 2012.

FAHY, Nick. Who is shaping the future of European health systems? *BMJ*, 344: e 1712, 2012.

GREEK SOCIAL ISSUES. Citizens on Governance, Evaluation indicators by policy sector 2004-2013, 2013. www.publicissue.gr

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. Euro Health Consumer Index 2014 Report. Taby, Sweden: Health Consumer Powerhouse Ltd., 2015.

HELLENIC STATISTICAL AUTHORITY (ELSTAT). Greece in figures, 2012. Disponível online: www.statistics.gr [acedido Junho 2013].

LIAROPOULOS, Lycurgus. Economic crisis and health in Greece, 2009–2012. *BMJ*, 345: 7988, 2012.

KAITELIDOU, Daphne; KOULI, Eugenia. Greece: The Health System in a Time of Crisis. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, Vol.18, n^o.1, p.12-14, 2012.

KARANIKOLOS, Marina; MLADOVSKY, Philipa; CYLUS, Jonathan; THOMSON, Sara; BASU, Sanjay; STUCKLER, David; MACKENBACH, Johan P; MCKEE, Martin. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381: 1323–31. Published Online March 27, 2013.

KENTIKELENIS, Alexander; PAPANICOLAS, Irene. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European journal of public health*, 22 (1). pp. 4-5, 2012.

MLADOVSKY, Philipa; SRIVASTAVA, Divya, CYLUS, Jonathan; KARANIKOLOS, Marina; EVETOVITS, Tamás; THOMSON, Sara; MCKEE, Martin (2012). Health Policy on the Financial Crisis. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, Vol.18, n^o.1, p.3-6.

MOSSIALOS, Elias; ALLIN, Sara; DAVAKI, Konstantina. Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics* 14, S151–S168, 2005.

NIKOLENTZOS, Athanasios, MAYS, Nicholas. Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983 – 2001)? *Journal of European Social Policy*. May 18;163, 2008.

KYRIOPOULOS, Ilias-Ioannis; ZAVRAS, Dimitris; SKROUMPELOS, Anastasis; MYLONA, Katerina; ATHANASAKIS, Kostas; KYRIOPOULOS,

John. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 13:54–60,2014.

NOTARA, Venetia; KOUPIDIS, Soutirios, VAGA, Elissavet; GRAMMATIKOPOULOS, Ilias. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of Nursing Management*,18:501-04,2010.

OECD (2011). Civic engagement and governance in How is life? Measuring W-being, OECD publishing.

OECD Health Statistics. Greece profile. Online database, 2016. Disponível: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-greece_20752288-table-grc , acedido 2 Maio 2016

PAPPA, Evelina; NIAKAS, Dimitris. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6:146, 2006.

THEODOROU, Mamas; SAMARA, Katherina; PAVLAKIS, Andreas; MIDDLETON, Nikos; POLYZOS, Nikos; MANIADAKIS, Nikos. The Public's and Doctors' Perceived Role in Participation in Setting Health Care Priorities in Greece. *Hellenic J Cardiol* 2010; 51: 200-208, 2010.

TZANNATOS, Zafiris; MONOGIOS, Yannis. Public sector adjustment amidst structural adjustment in Greece: Subordinate, spasmodic and sporadic. In: Daniel Vaughan-Whitehead (ed.), *Public Sector Shock, Public Sector Shock*. Cheltenham: Edward Elgar, pp. 259-299

XESFINGI, Sofia; VOZIKIS, Athanassios; POLLALIS, Yannis (2015), Citizens' preferences on healthcare expenditure allocation: evidence from Greece. *Health Expectations*, 2015.