



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΛΗΔΑ ΚΟΥΡΙΤΑ - ΜΙΧΑΛΙΤΣΙΑΝΟΥ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΒΟΣΝΙΑΣ - ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΡΟΥΜΑΝΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΛΗΔΑ ΚΟΥΡΙΤΑ - ΜΙΧΑΛΙΤΣΙΑΝΟΥ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΒΟΣΝΙΑΣ - ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΡΟΥΜΑΝΙΑΣ**

Επιβλέπων :

Δρ Ιωάννης Βλάσσης,

Καθηγητής Συστημάτων Υγείας στο ΠΜΣ Διοίκηση της Υγείας

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



MASTER OF SCIENCE IN
HEALTH MANAGEMENT



LIDA KOURITA - MICHALITSIANOU

COMPARATIVE PRESENTATION OF THE HEALTH CARE SYSTEMS
ADMINISTRATION IN THE COUNTRIES BOSNIA - HERZEGOVINA AND
ROMANIA

Supervisor :
Dr Ioannis Vlassis,
Professor of Health Care Systems at the MSc in Health Management

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”
University of Piraeus – TEI of Piraeus

Piraeus, 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η περιοχή των Βαλκανίων παρουσίαζε ανέκαθεν μεγάλο ενδιαφέρον για τους μελετητές σε πλήθος διαφορετικών τομέων. Όντας σε κομβικό σημείο της υδρογείου, τα Βαλκάνια αποτέλεσαν τόπο συνάντησης και συνύπαρξης πολλών διαφορετικών λαών, αποκτώντας με το πέρασμα των χρόνων μια χαρακτηριστική εθνική και πολιτιστική πολυμορφία.

Ωστόσο, ένα ακόμη γνώρισμα της βαλκανικής περιοχής και ιστορίας είναι και ο μεγάλος αριθμός εθνικών, κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών μεταβολών που συντελέστηκαν στην περιοχή, μέσα στην πορεία του χρόνου. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα εδάφη των Βαλκανίων μετατράπηκαν σε πεδία μαχών, πολέμων που συχνά το αποτέλεσμά τους δεν είχε μόνο τοπικές, αλλά και παγκόσμιες προεκτάσεις. Συγκρούσεις πολιτισμών και θρησκευτικοί πόλεμοι διαδέχονταν ο ένας τον άλλο, δίνοντας συχνά τη θέση τους σε συμπλοκές λόγω πολιτικών και οικονομικών ανταγωνισμών των εκάστοτε μεγάλων δυνάμεων.

Η ολοκλήρωση πολλών εκ των κρατών αυτής της περιοχής επετεύχθη στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, συχνά μετά από τοπικούς πολέμους. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται πλήθος αλλαγών, αλλά και σημαντικών επιπτώσεων για κάθε ένα από τα κράτη που αναμίχθηκαν στις συγκρούσεις. Κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές, μετατροπή των δημογραφικών συνθηκών φέρνουν εμπόδια στην οργάνωση και εξέλιξη των κρατών των Βαλκανίων.

Όπως είναι φυσικό, ένας από τους τομείς που επηρεάζεται άμεσα από αλλαγές όπως οι προαναφερθείσες είναι ο τομέας της υγείας και συγχρόνως το επιδημιολογικό πρότυπο των ασθενειών των κατοίκων των χωρών αυτών. Τα συστήματα υγείας καλούνται κάθε φορά να ανταποκριθούν στις αντικειμενικές ανάγκες και στις προσδοκίες των πολιτών, να εντοπίσουν τα προβλήματα και να προσαρμοστούν αναλόγως, να μεταρρυθμιστούν έχοντας ως γνώμονα την εκάστοτε επικρατούσα κατάσταση.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι χώρες της μελέτης μας: το κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και το κράτος της Ρουμανίας. Χώρες γειτονικές με την Ελλάδα, κέρδισαν το ενδιαφέρον και την επιθυμία να τις γνωρίσουμε καλύτερα, υπό το πρίσμα των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας – μια που ομολογουμένως έως τώρα ήταν περισσότερο γνωστές λόγω των συνεχών μαχών και της εναλλαγής καθεστώτων.

Μελετώντας τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη σε σχέση με τη Ρουμανία και θέλοντας να εξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τη διοίκηση και εξέλιξη των συστημάτων υγείας

τους, ανατρέξαμε σε πηγές, μελετήσαμε τα ιστορικά γεγονότα, την πολιτική διοίκηση και τη διαχρονική εξέλιξη των χωρών αυτών. Ο τομέας της υγείας, άλλωστε, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με οποιαδήποτε εξέλιξη μπορεί να επηρεάσει μια χώρα είτε πρόκειται για κάποια κοινωνική είτε οικονομική ή πολιτική αλλαγή.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ (Acknowledgements)

Για τη συνεισφορά του στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα κατ' αρχάς να ευχαριστήσω τον κ. Θεόδωρο Παπαηλία για τη διαρκή του υποστήριξη και ενθάρρυνση, αλλά και για το ενδιαφέρον που επέδειξε για την πρόοδο όλων και την επίλυση όποιας απορίας ή προβλήματός μας.

Ιδιαίτερος θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Έφη Νίκου για την άψογη συνεργασία μας κατά το διάστημα που στελέχωσε τη Γραμματεία του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών για τη Διοίκηση της Υγείας, καθώς και το συμφοιτητή μου κ. Βασίλειο – Ευθύμιο Μαντά δίχως την πολύτιμη συνδρομή και μεσολάβηση του οποίου θα ήταν πολύ δύσκολο να μεταφραστούν όλα τα απαραίτητα για την εργασία ξενόγλωσσα κείμενα.

Ευχαριστίες αξίζουν και σε όσους ανέλαβαν ή βοήθησαν, ο καθένας με το δικό του τρόπο, στη μετάφραση κειμένων. Δε θα παραλείψω να αναφέρω το όνομα του κ. Παναγιώτη Κατσιαδράμη. Χωρίς την τεχνική κάλυψη και βοήθειά του θα ήταν αδύνατο να βρω και να επεξεργαστώ σημαντικά στοιχεία και πηγές από το διαδίκτυο.

Κυρίως, όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή μου κ. Ιωάννη Βλάσση για τη σημαντική του προσφορά τόσο κατά την επιλογή του θέματος της εργασίας αυτής όσο και κατά τη διάρκεια της συγγραφής της. Ευχαριστώ θερμά για την καθοδήγηση, την επιμονή και την υπομονή του, για την εμπιστοσύνη του και την άψογη συνεργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο Πρώτο Κεφάλαιο της εργασίας αυτής μελετήσαμε τη χώρα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Η προσέγγισή μας ξεκίνησε με μια ιστορική αναδρομή καθώς αυτή θα μας έδινε στοιχεία σχετικά με την αρχαιότητα του κράτους και συνεπώς την παλαιότητα του συστήματος υγείας του. Στο ίδιο κεφάλαιο είδαμε ακόμη τη διοικητική διαίρεση της χώρας και τα όργανα διοικήσεως, αλλά και αρκετά ιστορικά στοιχεία σχετικά με την πορεία του Συστήματος Υγείας. Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στην παρουσίαση της οργανωτικής δομής και διαχείρισης του συστήματος υγείας, στους μετέχοντες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (τόσο στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, όσο και στη Σερβική Δημοκρατία) και στην Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια υγειονομική φροντίδα.

Το Δεύτερο Κεφάλαιο αφιερώθηκε εξ ολοκλήρου στο κράτος της Ρουμανίας. Εξετάσαμε τη χώρα γνωρίζοντας αρχικά την ιστορική της εξέλιξη. Είδαμε μάχες, συμφωνίες, αλλαγές καθεστώτων που επηρέασαν τη διοικητική της διαίρεση και τα όργανα διοικήσεως. Μελετήσαμε την πορεία του Συστήματος Υγείας, την οργανωτική δομή και διαχείριση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας και τους βασικούς πρωταγωνιστές του. Η Πρωτοβάθμια, η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τα Νοσοκομεία μας απασχόλησαν και σε αυτό το κεφάλαιο.

Τέλος, στο Τρίτο Κεφάλαιο της εργασίας μας κάναμε ορισμένες παρατηρήσεις, εξάγαμε συμπεράσματα από τη σύγκριση των συστημάτων υγείας των δυο χωρών ενώ είδαμε την παρούσα πορεία των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας και πιθανές προτάσεις και προοπτικές για τη βελτίωση και εξέλιξη του συστήματος φροντίδας υγείας.

SUMMARY

Comparative presentation of the health care systems administration in the countries Bosnia - Herzegovina and Romania

Lida Kourita – Michalitsianou

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Ioannis Vlassis, Professor of Health Care Systems at the MSc in Health Management

In the First Chapter of this work we studied the country of Bosnia and Herzegovina. Our approach began with a historical retrospection because this would give us elements related to the antiquity of the state and consequently with the age of his health care system. In the same chapter we still saw the administrative division of the country and the bodies of administration, but also enough historical elements related to the course of the Health Care System. Particular emphasis was given on the presentation of organisational structure and management of the health care system, on the participants in the system of sanitary care (in the Federation of Bosnia and Herzegovina, but also in the Serbian Democracy) and also on the Primary, the Secondary and Tertiary health care.

The Second Chapter was dedicated entirely in the state of Romania. We examined the country knowing initially her historical development. We saw battles, agreements, changes of arrangements that influenced her administrative division and the bodies of administration. We studied the course of the Health Care System, the organisational structure and management of the system of sanitary care and his basic protagonists. The Primary, the Secondary health care and the Hospitals occupied also us in this chapter.

Finally, in the Third Chapter of our work we made certain observations, we drew conclusions from the comparison of health care systems of the two countries while we saw the present course of reforms in the space of health and likely proposals and prospects for the improvement and development of the health care system.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1ο: Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Ιστορική αναδρομή	1
1.3 Η διοικητική διαίρεση της χώρας – Τα όργανα διοικήσεως	4
1.3.1 Η διοικητική διαίρεση της χώρας	4
1.3.2 Τα όργανα διοικήσεως	4
1.4 Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας	7
1.5 Η οργανωτική δομή και διαχείριση του Συστήματος Υγείας	11
1.5.1 Εισαγωγή	11
1.5.2 Αποκέντρωση και επανασυγκέντρωση	12
1.5.3 Οι φορείς του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	14
1.5.4 Οι φορείς του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Σερβικής Δημοκρατίας	19
1.6 Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας	23
1.6.1 Εισαγωγή	23
1.6.2 Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	25
1.6.3 Η πρωτοβάθμια περίθαλψη της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	25
1.6.4 Οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας	27
1.6.5 Η πρωτοβάθμια περίθαλψη της Σερβικής Δημοκρατίας	28
1.7 Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη	30
1.7.1 Η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	32
1.7.2 Η Σερβική Δημοκρατία	32
Κεφάλαιο 2ο: Η Ρουμανία	34
2.1 Εισαγωγή	34

2.2	Ιστορική αναδρομή	34
2.3	Η διοικητική διαίρεση της χώρας – Τα όργανα διοικήσεως	36
2.3.1	Τα όργανα διοικήσεως	36
2.3.2	Η διοικητική διαίρεση της χώρας	37
2.4	Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας	37
2.5	Η οργανωτική δομή και διαχείριση του Συστήματος Υγείας	41
2.6	Αποκέντρωση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας	46
2.7	Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας	48
2.7.1	Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας	48
2.7.2	Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	51
2.8	Η κινητή μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδας	53
2.9	Η νοσοκομειακή περίθαλψη	53
Κεφάλαιο 3ο: Οι βασικοί τομείς που επηρεάζουν τη διοίκηση των συστημάτων υγείας της Βοσνίας–Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας. Μια συγκριτική παρουσίαση.		55
3.1	Εισαγωγή	55
3.2	Οι πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές των χωρών Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και Ρουμανίας και η σχέση τους με το Σύστημα Υγείας	56
3.3	Η οικονομική στήριξη από ξένες δυνάμεις και η συμβολή της στις υποδομές υγείας	59
3.4	Η διοίκηση των χωρών Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και Ρουμανίας	61
3.5	Η διοίκηση των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας	62
3.6	Τα Συστήματα Υγείας Βοσνίας - Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας: συγκεντρωτικά ή περιφερειακά και αποκεντρωμένα;	64
3.7	Η διάρθρωση των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας	65
3.8	Ο Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας - Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας	66
3.9	Τα προβλήματα των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας και οι προοπτικές βελτίωσής τους	67

3.9.1 Η διαφοροποίηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	70
3.9.2 Η διαφοροποίηση της Ρουμανίας	73
3.10 Επίλογος	74
Παράρτημα	75
Πηγές και βιβλιογραφία	101

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΒΟΣΝΙΑ ΚΑΙ ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗ

1.1 Εισαγωγή

Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είναι ένα από τα νεότερα κράτη της Ευρώπης που προέκυψε μετά τη διάλυση της Γιουγκοσλαβίας και τον εμφύλιο πόλεμο που ακολούθησε στο έδαφός της¹. Βρίσκεται στο δυτικό τμήμα της Βαλκανικής Χερσονήσου και καλύπτει έκταση 51.129 τετραγωνικών χιλιομέτρων. Συνορεύει βόρεια, δυτικά και νότια με την Κροατία, ανατολικά και νοτιοανατολικά με τη Σερβία και το Μαυροβούνιο ενώ νοτιοδυτικά βρέχεται από την Αδριατική Θάλασσα κατά μήκος μιας στενής λωρίδας εδάφους².

Πρωτεύουσα της χώρας είναι το Σαράγιεβο. Το 2005 ο πληθυσμός της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης (εξαιρουμένων των προσφύγων σε γειτονικά κράτη και στη δυτική Ευρώπη) υπολογιζόταν σε 3.853.000 κατοίκους. Από αυτούς, το 43,4% κατοικούσε σε αστικές περιοχές και το 56,6% σε αγροτικές³.

Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη η εθνότητα και το θρήσκευμα σχετίζονται. Συνεπώς, υπάρχουν τρεις κύριες εθνικές ομάδες: οι Βόσνιοι (άλλοτε γνωστοί ως Μουσουλμάνοι – σε ποσοστό 44%), οι Σέρβοι (31%) και οι Κροάτες (17%). Υπάρχουν, ωστόσο, και άλλες εθνικές ομάδες (8%), μεταξύ των οποίων και Αθίγγανοι.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της χώρας είναι η σύστασή της από δυο οντότητες: την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τη Σερβική Δημοκρατία, καθώς επίσης και την ανεξάρτητα κυβερνούμενη Περιοχή Βρčko (αυτόνομη περιοχή από τις 8 Μαρτίου 2000).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες απόπειρες για την ίδρυση του κράτους της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης χρονολογούνται μεταξύ του 10^{ου} και 12^{ου} αιώνα. Χρειάστηκε, ωστόσο, να περάσουν πολλά χρόνια και πλήθος πολέμων και αιματοχυσιών έως ότου η χώρα καταλήξει στα σημερινά της σύνορα.

¹ *Εγκυκλοπαίδεια «Δομή»*, τόμος 7^{ος}, Εκδόσεις «Δομή» Α.Ε., Αθήνα, 2002-2007.

² *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος – Larousse – Britannica»*, τόμος 12^{ος}, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα, 2007.

³ Υπηρεσία Στατιστικής της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης (<http://www.bhas.ba/eng>), 2002.

Μετά την έκρηξη του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου και τη διάλυση της αυστροουγγρικής μοναρχίας, μια εθνική επιτροπή που συγκροτήθηκε στο Σαράγιεβο κήρυξε την ανεξαρτησία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης η οποία από την 1^η Δεκεμβρίου 1918 αποτέλεσε τμήμα του Βασιλείου των Σέρβων, Κροατών και Σλοβένων. Έκτοτε, η τύχη της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης συνδέθηκε πλέον άμεσα με το νέο γιουγκοσλαβικό κράτος.

Στις 25 Νοεμβρίου 1943 το Αντιφασιστικό Συμβούλιο της Εθνικής Απελευθέρωσης της Γιουγκοσλαβίας, με ηγέτη τον Τίτο, οργάνωσε μια ιδρυτική διάσκεψη στο Jajce όπου η Βοσνία και Ερζεγοβίνη εγκαθιδρύθηκε ξανά ως δημοκρατία μέσα στη γιουγκοσλαβική ομοσπονδία⁴. Στη διάσκεψη αυτή συμφωνήθηκαν και τα σύγχρονα σύνορα του κράτους, στο πλαίσιο της συνολικής οριοθέτησης των συνόρων της Γιουγκοσλαβίας.

Με το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και το σύνταγμα του 1946, η Σοσιαλιστική Δημοκρατία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης έγινε μια από τις ιδρυτικές δημοκρατίες της Ομοσπονδιακής Λαϊκής Δημοκρατίας της Γιουγκοσλαβίας.

Τα πρώτα χρόνια του κράτους της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης σηματοδοτήθηκαν από βία που ξέσπασε από τη διάλυση της πρώην Γιουγκοσλαβίας στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Τον Ιούλιο του 1991 η Σλοβενία διακήρυξε την ανεξαρτησία της και αντιμετώπισε μια σύντομη ένοπλη σύγκρουση με τον εθνικό στρατό της Γιουγκοσλαβίας.

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα (ΕΟΚ⁵) αναγνώρισε το Δεκέμβριο του 1991 την ανεξαρτησία της Κροατίας και της Σλοβενίας και κάλεσε τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη να υποβάλει και εκείνη αίτηση αναγνώρισης. Από τις 29 Φεβρουαρίου έως και την 1^η Μαρτίου 1992 διεξήχθη δημοψήφισμα για την ανεξαρτησία η οποία και εγκρίθηκε με συντριπτικό ποσοστό. Η αναγνώριση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ως ανεξάρτητο κράτος έγινε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και την ΕΟΚ στις 7 Απριλίου 1992.

Τον Απρίλιο του 1992 η Βοσνία έγινε μέλος των Ηνωμένων Εθνών και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ⁶).

⁴ History of Bosnia and Herzegovina (http://en.wikipedia.org/wiki/Bosnia_and_Herzegovina#History)

⁵ ΕΟΚ : Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα. Είναι η σημαντικότερη και γνωστότερη από τις τρεις ευρωπαϊκές κοινότητες (οι άλλες δύο είναι η ΕΚΑΧ και η ΕΥΡΑΤΟΜ). Ιδρύθηκε στις 25 Μαρτίου 1957 με τη Συνθήκη της Ρώμης και με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ το Φεβρουάριο του 1992 μετονομάστηκε σε Ευρωπαϊκή Ένωση (<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%9F%CE%9A>)

⁶ World Health Organization (WHO): Ιδρυθείσα στις 7 Απριλίου του 1948 και με κεντρικά γραφεία στη Γενεύη της Ελβετίας, ειδικευμένη αντιπροσωπεία των Ηνωμένων Εθνών που δρα ως συντονιστική αρχή στη διεθνή δημόσια υγεία (<http://en.wikipedia.org/wiki/WHO>)

Το Μάρτιο και το Μάιο του 1994 επιτεύχθηκε μια μερική συμφωνία ειρήνης στην Ουάσινγκτον. Η Συμφωνία της Ουάσινγκτον δημιούργησε την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και καθιέρωσε διαρκή ειρήνη ανάμεσα στους Κροάτες και τους Βόσνιους Μουσουλμάνους. Αυτό οδήγησε τελικά σε μια ενωμένη επίθεση κατά του τρίτου μαχόμενου, δηλαδή των Βόσνιων Σέρβων.

Το Νοέμβριο του 1995 άρχισαν τριμερείς διαπραγματεύσεις ειρήνης σε μια αμερικανική βάση, στο Ντέιτον του Οχάιο, ανάμεσα στο Βόσνιο, τον Κροάτη και το Σέρβο Πρόεδρο που οδήγησαν στην υπογραφή της Γενικής Συμφωνίας Πλαισίου για την Ειρήνη στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη (Συμφωνία του Ντέιτον) στις 14 Δεκεμβρίου, στο Παρίσι⁷.

Η Συμφωνία του Ντέιτον προέβλεπε την επιστροφή των προσφύγων και των εκτοπισμένων κατοίκων στα σπίτια τους, την ποινική δίωξη των κατηγορούμενων υπόπτων για εγκλήματα πολέμου, την καθιέρωση εθνικών, περιφερειακών και δημοτικών εκλογών υπό διεθνή παρακολούθηση και την αποστρατικοποίηση της χώρας. Ωστόσο, δεν άργησαν να γίνουν εμφανείς οι δυσκολίες για την εδραίωση της ειρήνης, καθώς παρέμεναν άλυτα πολλά από τα προαναφερόμενα προβλήματα.

Στις αρχές του 1996 κρίθηκε αναγκαία η εγκατάσταση, σε διάφορες θέσεις σε όλη τη χώρα, μιας ειρηνευτικής δύναμης του NATO 60.000 στρατιωτών. Η δύναμη αυτή ήταν ο πρόδρομος της μετέπειτα νατοϊκής Δύναμης Σταθεροποίησης (SFOR⁸ -περίπου 19.000 ανδρών) που το Δεκέμβριο του 2004 έδωσε τη θέση της στη EUFOR⁹, την Ευρωπαϊκή Δύναμη (αποτελούμενη από 7.000 στρατιώτες) η οποία βρίσκεται ακόμα στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.

Μέσω του πλαισίου για την ειρήνη, διεθνείς οργανώσεις βοήθειας και κυβερνήσεις δεσμεύτηκαν να εξασφαλίσουν την ασφάλεια, τη σταθερότητα και την ανοικοδόμηση της χώρας με σημαντικά οικονομικά, στρατιωτικά και πολιτικά μέσα. Τον Απρίλιο του 1996, βάσει της Συμφωνίας του Ντέιτον, σχεδιάστηκε και προσυπογράφηκε από την κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και διεθνείς δωρητές (κυρίως την Παγκόσμια Τράπεζα¹⁰ και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή) το επονομαζόμενο Πρόγραμμα Προτεραιότητας για την Ανοικοδόμηση¹¹.

⁷ Βλέπε: Παράρτημα Α, σ. 74.

⁸ SFOR: Stabilisation Force (<http://en.wikipedia.org/wiki/SFOR>)

⁹ EUFOR: European Union Force (<http://en.wikipedia.org/wiki/EUFOR>)

¹⁰ World Bank: μια διεθνώς υποστηριγμένη τράπεζα που παρέχει οικονομική και τεχνική βοήθεια στις αναπτυσσόμενες χώρες για προγράμματα ανάπτυξης (π.χ. γέφυρες, δρόμοι, σχολεία, κ.λπ.). Η Παγκόσμια Τράπεζα καθιερώθηκε τυπικά στις 27 Δεκεμβρίου 1945 (http://en.wikipedia.org/wiki/World_Bank)

¹¹ Priority Reconstruction Programme

1.3 Η διοικητική διαίρεση της χώρας – Τα όργανα διοικήσεως

1.3.1 Η διοικητική διαίρεση της χώρας

Η Συμφωνία του Ντέιτον αναγνώρισε την ύπαρξη δυο κρατιδίων: της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και της Σερβικής Δημοκρατίας. Κάτω από τους όρους αυτής της Συμφωνίας, η ενωμένη περιοχή που κατείχαν οι Κροάτες και οι Βόσνιοι Μουσουλμάνοι (η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης) οργανώθηκε σε δέκα ημιαυτόνομα καντόνια¹², κατ' ακολουθία του Ελβετικού μοντέλου. Τα καντόνια είναι τα εξής: Μποςάνσκο Ποντρίνσκι (Bosansko Podrinjski), Ερζεγκμποσάνσκι (Hercegbosanski), Ερζεγκοβάκο-νερετβάνσκι (Hercegovacko-neretvanski), Ποσάβσκι (Posavski), Σαραγιέβσκι (Sarajevski), Σρεντγιεμποσάνσκι (Srednjobosanski), Τουζλάνσκο-ποντρίνσκι (Tuzlansko-podrinjski), Ούνσκο-σάνσκι (Unsko-sanski), Ζαπαντνοερζεγκοβάκι (Zapadnohercegovacki) και Ζένικο-ντομπόσκι (Zenicko-dobojski).

Το σύστημα των καντονιών είχε σκοπό να αποτρέψει την επικυριαρχία της μιας εθνικής ομάδας πάνω στην άλλη, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή τάση προς περιφερειακή αποκέντρωση και τα δικαιώματα των μειονοτήτων.

Η Σερβική Δημοκρατία οργανώθηκε σε δυο κύριες περιοχές: τη βορειοδυτική (υποδιαιρούμενη σε δυο περιοχές) και την ανατολική (υποδιαιρούμενη σε πέντε περιοχές).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι τα δυο κρατίδια που σχηματίστηκαν από τη Συμφωνία του Ντέιτον θα μπορούσαν να περιγραφούν ως πρωτεύουσες διοικητικές διαιρέσεις: η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και η Σερβική Δημοκρατία. Διοικητικά και νομικά οι δυο αυτές κυβερνητικές οντότητες διαιρούνται σε 10 καντόνια στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, 7 περιφέρειες στη Σερβική Δημοκρατία και συνολικά σε 156 δήμους, συν την περιοχή Brčko¹³.

1.3.2 Τα όργανα διοικήσεως

Ανάμεσα στο 1998 και το 2000 οι περισσότερες κρίσιμες κοινές αποφάσεις λαμβάνονταν από το Γραφείο του Ύπατου Εκπροσώπου¹⁴, που καθιερώθηκε από τη Συμφωνία του Ντέιτον για να παρακολουθεί την εφαρμογή των όρων της ειρήνης, να

¹² http://en.wikipedia.org/wiki/Cantons_of_the_Federation_of_Bosnia_and_Herzegovina

¹³ http://en.wikipedia.org/wiki/Bosnia_and_Herzegovina#Administrative_divisions

¹⁴ Office of the High Representative and EU Special Representative (<http://www.ohr.int/>)

καθοδηγεί τη Διεθνή Αστυνομική Δύναμη των Ηνωμένων Εθνών και να επιβλέπει τα πολιτικά θέματα της Συμφωνίας.

Ορισμένες από τις αποφάσεις του Ύπατου Εκπροσώπου αφορούν την καθιέρωση ενοποιημένων πινακίδων κυκλοφορίας για τη διευκόλυνση των μετακινήσεων ανάμεσα στα δυο κρατίδια, κοινό νόμισμα, εθνική σημαία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και διαβατήρια για τις διεθνείς μετακινήσεις. Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές που το Γραφείο του Ύπατου Εκπροσώπου χρησιμοποίησε το δικαίωμά του να απολύσει όποιον αξιωματούχο της κρατικής διοίκησης δεν τηρούσε τους κανόνες.

Βάσει της Συμφωνίας του Ντέιτον, η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είναι μια δημοκρατική χώρα της οποίας οι βασικές αρχές (σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ισότητα και ανοχή, συνέχιση της διεθνούς νομιμότητας και δημοκρατική μεταρρύθμιση των εσωτερικών της συστημάτων) θεμελιώνονται στο Σύνταγμα και στη Συμφωνία του Ντέιτον. Με αυτή τη συγκρότηση, η χώρα συνεχίζει να έχει μια δημοκρατική κεντρική κυβέρνηση των κρατιδίων, των περιφερειών / καντονιών και των δήμων, περιλαμβανομένης και της Περιοχής Βρέκο η οποία διαθέτει διαφορετικό καθεστώς.

Η κεντρική κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης παρουσιάζει μια τριμερή διαίρεση της εξουσίας, ως εξής:

Το **νομοθετικό σκέλος** το οποίο εκπροσωπείται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση αποτελείται από τη Βουλή των Αντιπροσώπων (42 έδρες: 14 Βόσνιοι Μουσουλμάνοι, 14 Κροάτες και 14 Σέρβοι. Τα μέλη εκλέγονται από το λαό για διετή θητεία) και τη Βουλή των Κοινοτήτων (15 έδρες: 5 Βόσνιοι Μουσουλμάνοι, 5 Κροάτες και 5 Σέρβοι. Τα μέλη εκλέγονται από τη Βουλή των Αντιπροσώπων της Ομοσπονδίας και την Εθνική Συνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας για διετή θητεία). Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση είναι υπεύθυνη για την εξωτερική, οικονομική, δημοσιονομική και εμπορική πολιτική και για τη ρύθμιση της λειτουργίας των τηλεπικοινωνιών, των παροχών κοινής ωφελείας, τη μετανάστευση και το άσυλο, την εσωτερική συγκοινωνία, τον έλεγχο της εναέριας κυκλοφορίας και τη φύλαξη των συνόρων. Οι κυβερνήσεις της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και της Σερβικής Δημοκρατίας είναι επιφορτισμένες με την επίβλεψη των εσωτερικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων όλων των ενεργειών σχετικά με την υγεία.

Το **εκτελεστικό σκέλος** εκπροσωπείται από μια τριμελή Προεδρία (που αντιπροσωπεύει τις εθνικές ομάδες), η οποία εκλέγεται από το λαό για τετραετή θητεία με εναλλαγή του Προέδρου και του Συμβουλίου των Υπουργών κάθε 8 μήνες.

Το **δικαστικό σκέλος** που αποτελείται από το Συνταγματικό Δικαστήριο. Έχει 9 μέλη εκ των οποίων τα 4 επιλέγονται από την Βουλή των Αντιπροσώπων της Ομοσπονδίας και τα 2 από την Εθνική Συνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας. Τα υπόλοιπα 3 μέλη είναι μη Βόσνιοι και επιλέγονται από τον Πρόεδρο του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Η Σερβική Δημοκρατία έχει τα δικά της νομοθετικά και εκτελεστικά σκέλη.

Το νομοθετικό σκέλος είναι η Εθνική Συνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας που αποτελείται από 83 μέλη. Η Εθνική Συνέλευση εξουσιάζει τη φορολογία, την ιδιωτικοποίηση, την αστυνομία, το στρατό, την εκπαίδευση, την υγεία και άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Ακόμη, επιβλέπει τα δημοτικά συμβούλια και έχει την εξουσία να ανατρέψει τις αποφάσεις τους.

Στο εκτελεστικό σκέλος προεδρεύουν οι εκλεγόμενοι πρόεδρος και αντιπρόεδρος. Αμέσως μετά την εκλογή του ο πρόεδρος διορίζει τον πρωθυπουργό για να καλύπτει την καθημερινή λειτουργία της κυβέρνησης και να σχηματίζει το υπουργικό συμβούλιο.

Η κυβέρνηση της Ομοσπονδίας έχει κατά πολύ μεταβιβαστεί στα 10 καντόνια που την αποτελούν και κάθε ένα έχει ένα νομοθετικό και ένα εκτελεστικό σκέλος.

Το νομοθετικό σκέλος της Ομοσπονδίας είναι ένα δισυπόστατο σώμα, με μια Βουλή των Αντιπροσώπων και μια Βουλή των Λαών που εκλέγονται από τα νομοθετικά σώματα των 10 καντονιών. Τα σώματα αυτά είναι υπεύθυνα για την άμυνα, την οικονομική πολιτική, την ενέργεια, τον κανονισμό των μη επικοινωνιακών συχνοτήτων, τη μεταξύ τους τήρηση του νόμου και την Ομοσπονδιακή δημοσιονομική πολιτική. Ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος της Ομοσπονδίας προτείνονται από τη Βουλή των Λαών και εκλέγονται από τη Βουλή των Αντιπροσώπων.

Το εκτελεστικό σώμα της Ομοσπονδίας διορίζει τον πρωθυπουργό και έναν αναπληρωτή του που προέρχονται από τη Βουλή των Αντιπροσώπων.

Τα δέκα καντόνια της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης μοιράζονται, μαζί με την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση, την ευθύνη για την υγεία, τους φυσικούς πόρους και το περιβάλλον, την κοινωνική πρόνοια, την εκπαίδευση, τον τουρισμό και άλλες

δημόσιες υπηρεσίες. Κάθε καντόνι έχει ένα νομοθετικό σώμα το οποίο εκλέγεται από το λαό με αναλογική αντιπροσώπευση κάθε κόμματος που λαμβάνει τουλάχιστον το 3% των ψήφων. Κάθε νομοθετικό σώμα εκλέγει τον πρόεδρο του καντονιού και επικυρώνει το διορισμό των τοπικών δικαστών. Τα καντόνια συντονίζουν τις αστυνομικές δυνάμεις, την εκπαίδευση, την πολιτιστική πολιτική, τις δημόσιες υπηρεσίες, την πολεοδομία και τη χρήση της γης. Ακόμη, ρυθμίζουν τη λειτουργία και προωθούν τις τοπικές επιχειρήσεις, εξασφαλίζουν την επάρκεια της τοπικής ενέργειας, ρυθμίζουν τη λειτουργία των τοπικών ραδιοφώνων και τηλεοπτικών σταθμών και εφαρμόζουν κοινωνική πολιτική και πρόνοια. Επιπλέον, τα καντόνια συλλέγουν τους φόρους και αποδίδουν το αναλογούν ποσό στην Ομοσπονδία.

1.4 Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας¹⁵

Ιστορικά, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν ήταν οργανωμένες στην περιοχή που είναι σήμερα η Βοσνία και Ερζεγοβίνη πριν το 1879, όταν η Αυστροουγγρική διοίκηση εισήγαγε σταδιακά ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας παρόμοιο με αυτό άλλων περιοχών εντός των συνόρων της αυτοκρατορίας¹⁶. Δημιουργήθηκε ένας τομέας ιατρικής στην Κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και για πρώτη φορά προσελήφθησαν υπάλληλοι / ιατροί για να ορίσουν τα μέτρα υγιεινής και να ελέγξουν την εφαρμογή τους. Επίσης, προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα ιδρύθηκαν τα πρώτα νοσοκομεία σε μεγάλες και μεσαίου μεγέθους πόλεις και ακολούθησε η ίδρυση εξω-νοσοκομειακών χειρουργικών κέντρων.

Ο πρώτος νόμος που εισήγαγε την ασφάλιση υγείας ίσχυσε το 1888 επιλεκτικά σε κάποιες ομάδες πληθυσμού και το 1910 επεβλήθη η υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους εργαζομένους.

Όπως και σε άλλες περιοχές της πρώην Γιουγκοσλαβίας, το σύστημα δημόσιας υγείας αναπτύχθηκε περισσότερο μετά το 1918, όταν ιδρύθηκε το πρώτο Βασίλειο της Γιουγκοσλαβίας.

Το πρώτο υπουργείο υγείας ιδρύθηκε το 1920 και μερικές από τις εξαγγελίες του ήταν οι εξής:

- Να φροντίζει για την υγεία των παιδιών και τη σωστή τους ανάπτυξη.

¹⁵ Βλάχσης Ιωάννης Ν., «Συστήματα Υγείας», *Παραδόσεις στο ΠΜΣ στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιώς*, Αθήνα, 2006, σ.6.

¹⁶ «*Health Care Systems in Transition – Bosnia and Herzegovina*». European Observatory on Health Care Systems, 2002.

- Να φροντίζει την υγεία του πληθυσμού
- Να κτίσει ιδρύματα για την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών
- Να διεξάγει επιδημιολογικό έλεγχο
- Να εκπαιδεύσει τον πληθυσμό σε θέματα υγείας

Από το 1918 έως και το 1932 υιοθετήθηκαν 92 νόμοι για την υγεία.

Ανάμεσα στο 1920 και το 1928 σε όλες τις μεγάλες πόλεις ιδρύθηκαν περιφερειακά και (αργότερα) τοπικά νοσοκομεία, καθώς και πολυκλινικές ή άλλα εξω-νοσοκομειακά ιδρύματα. Αυτά τα ιδρύματα συνήθως περιείχαν ένα τμήμα φροντίδας για τη μητέρα και το παιδί και ένα τμήμα για τις μεταδιδόμενες νόσους.

Το 1929 ιδρύθηκαν «Τμήματα Υγιεινής» τα οποία πρωταγωνίστησαν στην κοινωνικο-ιατρική προσέγγιση της φροντίδας υγείας του πληθυσμού. Όλα τα ιδρύματα υγείας μιας περιοχής, εκτός των νοσοκομείων, ανήκαν στον τομέα υγείας και σε κάθε τομέα υπήρχε ένα συμβούλιο ιατρών. Τμήματα υγιεινής ιδρύθηκαν στη Μπάνια Λούκα το 1929 και στο Μόσταιρ και το Σαράγιεβο μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ακόμη, υιοθετήθηκε ένας νόμος που ρύθμιζε τις λειτουργίες και τα καθήκοντα των ιατρών.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, και με συνέπεια προς τη σοσιαλιστική ιδεολογία που ίσχυε στη χώρα (η πρώην Γιουγκοσλαβία υιοθέτησε τη λεγόμενη «αυτοδιαχείριση»), οι επαγγελματικές ομάδες έχασαν την επιρροή τους στη λήψη αποφάσεων προς όφελος των αξιωματούχων του Κομμουνιστικού Κόμματος. Είναι περιττό να ειπωθεί ότι εκείνη την εποχή η διαχείριση των θεμάτων υγείας δεν είχε ακόμη αναπτυχθεί σαν ξεχωριστός κλάδος και έτσι η οργάνωση του συστήματος έγινε από την κεντρική εξουσία και μέσω μεθόδων ελέγχου.

Ένας νόμος του 1946 παρείχε κοινωνική ασφάλιση στους εργατές, επεκτείνοντας το δικαίωμα αυτό και στα παιδιά το 1950.

Κατά την περίοδο 1946 έως το 1961, σαν απόρροια των πιέσεων διαφόρων ενδιαφερομένων ομάδων, τα ιδρύματα υγείας αναπτύχθηκαν ραγδαία γύρω από τα λεγόμενα Dom zdravljas («Οίκοι λαϊκής υγείας») και το ίδιο γρήγορα αυξήθηκε ο αριθμός των εργαζομένων στη φροντίδα υγείας. Ωστόσο, δεν υπήρχε συγκροτημένος προγραμματισμός είτε σύμφωνα με τις ανάγκες είτε σύμφωνα με την ανάπτυξη των εγκαταστάσεων. Οι περισσότερες ενέργειες για τη δημόσια υγεία (περιλαμβανομένων του ποιοτικού ελέγχου των φαρμάκων, της προστασίας από τη ραδιενέργεια, των

οικονομικών της υγείας και της στατιστικής παρακολούθησης) οργανώθηκαν γύρω από το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας στο Σαράγιεβο.

Η περίοδος 1961-1971 (χαρακτηριζόμενη στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη από εκβιομηχάνιση, αστικοποίηση και αλλαγές στην κοινωνική δομή του πληθυσμού, με μεγάλη μετακίνηση από τις αγροτικές στις αστικές περιοχές) έφερε μια σημαντική ανάπτυξη της εξειδίκευσης και των εξειδικευμένων ιατρικών εγκαταστάσεων στον τομέα της υγείας. Ακόμη, σημειώθηκε επέκταση των τοπικών διοικήσεων υγείας, των περιφερειακών κέντρων και της δημιουργίας τοπικών κέντρων υγείας. Το σύστημα υγείας χρηματοδοτούνταν μέσω ιδρυμάτων που αποκαλούνταν «αυτοδιαχειριζόμενες κοινότητες ενδιαφέροντος» και τα οποία παρείχαν ασφάλιση υγείας, κοινωνική ασφάλεια και ασφάλεια αναπηρίας στους εργαζομένους και στις οικογένειές τους. Το σύστημα υγείας χρηματοδοτούνταν από τους εργαζομένους και τους εργοδότες μέσω υποχρεωτικών εισφορών και –σε μικρότερο βαθμό– από συντάξεις και άλλα προσωπικά εισοδήματα καθώς και από κρατικά κεφάλαια.

Το 1970 ψηφίστηκε ένας νόμος για την «ασφάλεια υγείας» και την «υποχρεωτική προστασία υγείας». Κάλυπτε την πλήρη και δωρεάν προστασία των ευπαθών πληθυσμών, όπως οι έγκυες γυναίκες, τα παιδιά και οι έφηβοι, καθώς επίσης και συγκεκριμένες ασθένειες και παθήσεις (όπως οι μολυσματικές ασθένειες, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος).

Το αυξανόμενο εισόδημα προκάλεσε τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου με τη μορφή της αύξησης της γνώσης γραφής και ανάγνωσης και ένα περισσότερο συγκροτημένο δίκτυο ασφαλείας υγείας. Όλα αυτά αντανάκλασαν στη σημαντική βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού (μειωμένοι ρυθμοί βρεφικής και γενικής θνησιμότητας και μειωμένες βλάβες από μολυσματικές ασθένειες).

Από το 1972 έως και το 1990 ψηφίστηκαν πέντε νόμοι για την υγεία και το σύστημα υγείας είδε μη προγραμματισμένες αυξήσεις στον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού και στη νοσοκομειακή δυναμικότητα. Σιγά-σιγά δόθηκαν εξουσιοδοτήσεις πέρα από την ανάπτυξη των επενδυτικών κεφαλαίων του συστήματος, οι οποίες προκάλεσαν εντάσεις που αργότερα θα γινόντουσαν προφανείς.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1980 αρνητικές εξελίξεις στις επιχειρήσεις και την οικονομία άρχισαν να επηρεάζουν την πρόοδο στην υγεία με τη μορφή μιας ισοπέδωσης των προηγούμενων βελτιώσεων σε τομείς όπως η βρεφική θνησιμότητα.

Το 1992, όταν η Βοσνία και Ερζεγοβίνη απέκτησε την ανεξαρτησία της, έγινε κατανομή του κινδύνου στο επίπεδο της δημοκρατίας –μέσω του υπάρχοντος

υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης- μέχρι που άρχισε ο πόλεμος. Την ίδια χρονιά δημιουργήθηκαν περίπου 23 ειδικά νοσοκομεία μέσα στην επικράτεια της χώρας για να παράσχουν φροντίδα στους πολίτες και στους στρατιώτες.

Κυβερνητικές στατιστικές δείχνουν ότι περίπου το 30% των εγκαταστάσεων υγείας καταστράφηκε ολικώς ή μερικώς κατά τη διάρκεια του πολέμου. Αν και πολλές τοπικές υπηρεσίες συνέχισαν να λειτουργούν, η υποδομή της κοινωνικής προστασίας κλονίστηκε σημαντικά. Περίπου το 30% των επαγγελματιών υγείας χάθηκε είτε λόγω μετακίνησης είτε λόγω πολεμικών απωλειών.

Ο πόλεμος είχε επίσης μεγάλη επίπτωση στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Για παράδειγμα, για να αποτραπεί η φυγή των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια του πολέμου, ένα διάταγμα του Υπουργείου Υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας σταμάτησε όλες τις μορφές περαιτέρω ιατρικής εκπαίδευσης στο εξωτερικό. Αυτή η αποτροπή της αναζήτησης ιατρικής εκπαίδευσης συνοδεύτηκε από την έλλειψη εσωτερικής μετακίνησης εκπαιδευμένων επαγγελματιών.

Κατά τη διάρκεια του πολέμου, οι ασφαλιστικές εισφορές ανά εργαζόμενο μειώθηκαν δραματικά. Το υγειονομικό προσωπικό αμειβόταν με οριακούς μισθούς ή και καθόλου.

Σύμφωνα με τη Συμφωνία του Ντίετον, η οποία χώρισε το σύστημα υγείας της χώρας σε δυο διαφορετικά συστήματα, η οργάνωση της φροντίδας υγείας, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών υγείας κατέστησαν αποκλειστική υποχρέωση κάθε κρατιδίου. Μετά από την υπογραφή της Συμφωνίας τα κρατίδια ενέκριναν την ξεχωριστή τους νομοθεσία για την υγεία.

Το 1999 ψηφίζεται ο Νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση (Νόμος περί Δημόσιας Υγείας και Ασφαλιστικής Κάλυψης) που καθιστά την ασφάλιση «υποχρεωτική στα καντόνια» της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Δικαίωμα στην ασφάλιση υγείας έχουν οι «εργαζόμενοι και τα άλλα άτομα που εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα ή έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά». Τα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου ασφαλίζονται στη συνέχεια. Σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο, στη Σερβική Δημοκρατία η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας πρέπει να παρέχει κάλυψη στους ασφαλισμένους, στην οικογένειά τους και στα μέλη του νοικοκυριού τους.

1.5 Η οργανωτική δομή και διαχείριση του Συστήματος Υγείας

1.5.1 Εισαγωγή

Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, η χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας καθώς επίσης και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών είναι υποχρέωση του κάθε κρατιδίου.

Η χώρα έχει, λοιπόν, συνολικά 13 Υπουργεία Υγείας και Συστήματα Υγείας: ένα για τη Σερβική Δημοκρατία, ένα για την Περιοχή Brcko, ένα για το Ομοσπονδιακό επίπεδο και δέκα για τα καντόνια της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης (ένα για κάθε καντόνι).

Στη Σερβική Δημοκρατία οι λειτουργίες του προγραμματισμού, των κανονισμών και της διοίκησης εκτελούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής πρόνοιας στη Μπάνια Λούκα.

Αντιθέτως, στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, η διοίκηση κάθε ενός από τα δέκα καντόνια έχει την ευθύνη της παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω του δικού της υπουργείου. Ρόλο συντονιστή των διοικήσεων των καντονιών κατέχει το κεντρικό Υπουργείο Υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης που εδρεύει στο Σαράγιεβο. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι προφανές ότι θα έχει λειτουργικές επιπτώσεις στο κόστος των συναλλαγών, στο συντονισμό της λήψης αποφάσεων σε επίπεδο κρατιδίου, αλλά και σε άλλα θέματα που δεν αντιμετωπίζει η Σερβική Δημοκρατία.

Λόγω του μικρού πληθυσμού της Περιοχής Brcko έχει συμφωνηθεί ότι:

- Κάθε κρατίδιο υποχρεούται να πληρώνει εισφορές υγειονομικής ασφάλισης για τους συνταξιούχους, τους βετεράνους πολέμου, τους αναπήρους, τους εκτοπισμένους και όσους άλλους δεν είναι ασφαλισμένοι στην Περιοχή Brcko (όπως, για παράδειγμα, πολίτες των κρατιδίων που δέχονται ιατρική περίθαλψη στο Brcko).
- Τα κρατίδια θα συνεισφέρουν σύμφωνα με τη δική τους πρακτική για τους ανέργους, μέχρις ότου η Περιοχή Brcko αναλάβει τη λειτουργία γραφείων ευρέσεως εργασίας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει εθνική εντολή για τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας και συνεπώς απαιτείται ξεχωριστή περιγραφή κάθε συστήματος υγείας.

1.5.2 Αποκέντρωση και επανασυγκέντρωση

Το βασικό περίγραμμα του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη δεν έχει αλλάξει σημαντικά από την προπολεμική περίοδο, πέρα από τον προαναφερθέντα διαχωρισμό σχετικά με τα κρατίδια. Το σύστημα υγείας παραμένει το ίδιο σχεδόν κατά την προπολεμική και μεταπολεμική περίοδο, παρά τη διαδικασία της αναμόρφωσης, της αποκέντρωσης και επανασυγκέντρωσης που ξεκίνησε σαν μέρος της Συμφωνίας του Ντέιτον. Η παροχή υγειονομικής φροντίδας παραμένει ουσιαστικά ίδια με την προ της ανεξαρτησίας της χώρας περίοδο, παρά τις προτάσεις αναμόρφωσης, την πληθώρα των ομάδων εργασίας, τους νόμους και τα νομοσχέδια.

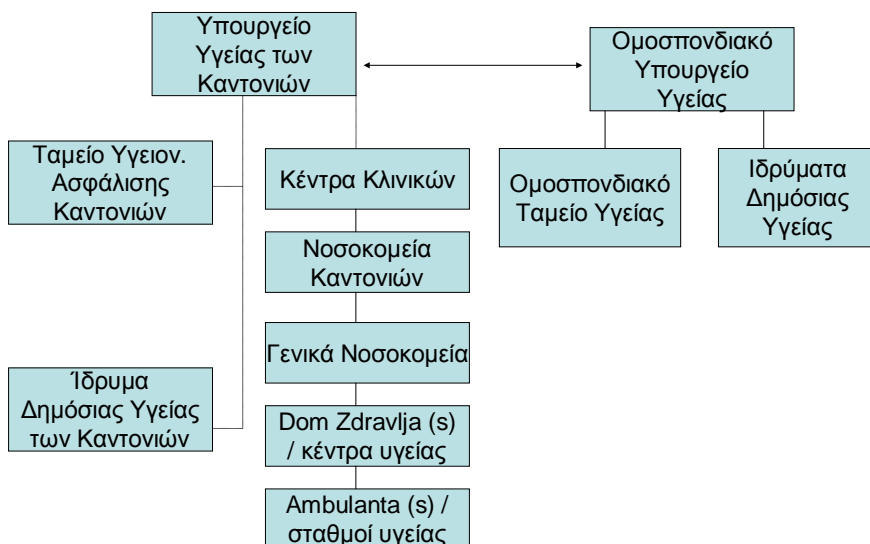
Για την κατανόηση του συστήματος υγείας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, η έννοια της αποκέντρωσης και επανασυγκέντρωσης είναι θεμελιώδης.

Πριν από τη διάλυση της πρώην Γιουγκοσλαβίας, το σύστημα υγείας ήταν «συγκεντρωτικό» στο επίπεδο της Δημοκρατίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Με το τέλος του πολέμου και την επακόλουθη Συμφωνία του Ντέιτον, η Βοσνία και Ερζεγοβίνη χωρίστηκε σε δυο κρατίδια με το κάθε ένα να είναι υπεύθυνο για το δικό του σύστημα υγείας. Η Σερβική Δημοκρατία επέλεξε ένα συγκεντρωτικό σύστημα υγείας¹⁷, με ένα υπουργείο υγείας να επιβλέπει το σύστημα, ενώ η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης επέλεξε ένα αποκεντρωτικό σύστημα καντονιών, με κάθε καντόνι να είναι υπεύθυνο για το δικό του σύστημα και τη χρηματοδότησή του¹⁸. Συνεπώς, το «ομοσπονδιακό» επίπεδο έλαβε έναν περιορισμένο και μη αναγκαστικό ρόλο που εξασφαλίζει τη συμμόρφωση με τη νομοθετημένη πολιτική των κρατιδίων.

Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη αποτελούν στην πραγματικότητα ένα αντιπροσωπευτικό αντικείμενο μελέτης της πρόωρης αποκέντρωσης. Ανέτοιμα για αλλαγή, τα προπολεμικά ιδρύματα υγείας εξακολουθούν να λειτουργούν όπως στο προπολεμικό περιβάλλον, ενώ οι νέες εγκαταστάσεις δεν έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν αποτελεσματικά.

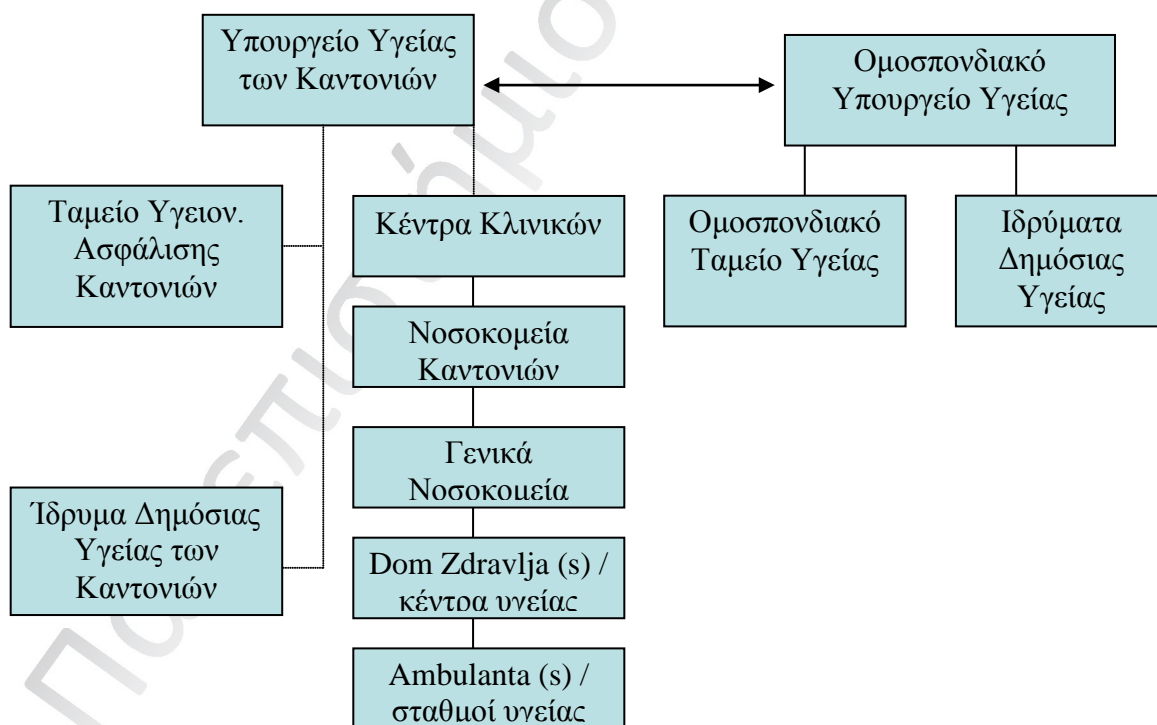
¹⁷ Βλέπε: Διάγραμμα 1 – Η οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας στη Σερβική Δημοκρατία, σ. 13.

¹⁸ Βλέπε: Διάγραμμα 2 – Η οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, σ. 13.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Η οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας στη Σερβική Δημοκρατία



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

Η οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

(Τα υπουργεία των καντονιών επαναλαμβάνονται σε κάθε ένα από τα 10 καντόνια)

1.5.3 Οι φορείς του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Το Υπουργείο Υγείας

Η Ομοσπονδία έχει 11 Υπουργεία Υγείας: ένα σε ομοσπονδιακό επίπεδο και από ένα σε κάθε καντόνι. Οι αξιωματούχοι και οι οργανισμοί ομοσπονδιακού επιπέδου δεν έχουν καμία απολύτως δικαιοδοσία στις λειτουργίες των δέκα καντονιών. Από το νόμο, η ευθύνη του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας περιορίζεται σε λειτουργίες που δεν μπορούν να εκτελεστούν από τα αντίστοιχα υπουργεία των καντονιών, όπως -για παράδειγμα- οι έλεγχοι στα σύνορα και στα τελωνεία και η νομοθεσία. Από το νόμο, η δικαιοδοσία για τη λειτουργία του τομέα υγείας ανήκει στις αρχές των καντονιών και περιλαμβάνει την παροχή των υπηρεσιών υγείας, την είσπραξη των εισφορών, τις δαπάνες, την πολιτική, τον προγραμματισμό κλπ.

Κάθε καντόνι διαχειρίζεται τα δικά του κονδύλια υγειονομικής ασφάλισης, τις δικές του εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβανομένων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας (Dom Zdravljas) και των σταθμών υγείας (Ambulantas). Τα υπουργεία των καντονιών είναι αυτόνομα και διαθέτουν προϋπολογισμό για την υγειονομική ασφάλιση (ενώ το Ομοσπονδιακό Υπουργείο δε διαθέτει). Συχνά, όμως, ο προϋπολογισμός αυτός είναι περιορισμένος, έχουν περιορισμένη δυνατότητα (λόγω του μικρού αριθμού του προσωπικού) και εκπροσωπούν μικρό πληθυσμό.

Όλα τα παραπάνω περιορίζουν την ευχέρεια των καντονιών να ασκήσουν πραγματικό έλεγχο στα δικά τους συστήματα υγείας. Αλλά και η δικαιοδοσία του Ομοσπονδιακού Υπουργείου να επιβάλλει τον έλεγχό του είναι αμφισβητήσιμη, παρά τη συμβουλευτική και ρυθμιστική λειτουργία που έχει επάνω στα υπουργεία των καντονιών. Αυτό φαίνεται από την περίπτωση του διαχωρισμού του ταμείου υγειονομικής περίθαλψης του καντονιού Μόσταρ σε δυο ταμεία, παρά την εντολή του υπουργείου να έχει κάθε καντόνι μόνο ένα ταμείο.

Οι λειτουργίες του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας ορίζονται ως εξής:

- ανάπτυξη της υγειονομικής πολιτικής για την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης
- παρακολούθηση και αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού

- προγραμματισμός των ιατρικών εγκαταστάσεων, περιλαμβανομένης της βελτίωσης της δυναμικότητας των ιδρυμάτων
- ανάπτυξη και ρύθμιση της υποχρεωτικής ασφάλισης
- ρύθμιση του δικτύου ασφαλείας της δημόσιας υγείας και επιτήρηση των υγειονομικών ελέγχων, αφ' εαυτού ή και μέσω άλλων φορέων (όπως -για παράδειγμα- μέσω του Ομοσπονδιακού Γραφείου για την Προστασία από τη Ραδιενέργεια)

Στις υποχρεώσεις του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνεται επίσης και η επίβλεψη των ιδρυμάτων υγείας, αν και η λειτουργία αυτή δεν έχει εφαρμοστεί και διενεργείται από τα υπουργεία των καντονιών. Ακόμη, το υπουργείο διορίζει τα μέλη της διοίκησης των ιδρυμάτων υγειονομικής ασφάλισης και τους διοικητές των υγειονομικών ιδρυμάτων.

Τα υπουργεία υγείας των καντονιών είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία νομοθεσίας του καντονιού, για τις συμβουλές τους σε τεχνικά θέματα και για την εφαρμογή των κανονισμών. Η εργασία τους είναι επικεντρωμένη στα νοσοκομεία των καντονιών, στα κέντρα υγείας, στα ambulancias (διασκορπισμένοι σταθμοί υγείας εξωτερικών ασθενών οι οποίοι λειτουργούν σαν τοπικά παραρτήματα των Dom Zdravljias που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα) και σε άλλα ιδρύματα των καντονιών. Ακόμη, τα υπουργεία των καντονιών είναι επίσης υπεύθυνα για την εκλογή των μελών των διοικήσεων των ιδρυμάτων που βρίσκονται στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Το Υπουργείο Οικονομίας

Το Υπουργείο Οικονομίας λαμβάνει μερίδιο από τα εισοδήματα του κράτους από τους φόρους και τις διεθνείς δωρεές και ένας μέρος των χρημάτων δίδεται στο Υπουργείο Υγείας. Σε μερικά καντόνια, αμέσως μετά τον πόλεμο, το Υπουργείο Οικονομίας των καντονιών εισέπραττε τις εισφορές και μετέφερε τα κονδύλια στα ασφαλιστικά ταμεία. Τώρα πια οι πληρωμές των εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία γίνονται κατευθείαν από τις εταιρίες, χωρίς την παρέμβαση του υπουργείου σαν ενδιάμεσο.

Το Υπουργείο Παιδείας

Το Υπουργείο Παιδείας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει τα κριτήρια που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τη νομοθεσία υγείας που αφορά την εκπαίδευση γενικά και το υγειονομικό προσωπικό ειδικά. Το Υπουργείο Παιδείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης καθορίζει ετησίως τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών στο πανεπιστήμιο, περιλαμβανομένης της εισαγωγής στις τρεις Ιατρικές Σχολές (στο Μόσταρ, στο Σαράγιεβο και στην Τούζλα). Ωστόσο, τα υπουργεία Παιδείας και Υγείας δε συνεργάζονται για τον προγραμματισμό των ανθρωπίνων πόρων και δεν υπάρχει σημαντική συνεισφορά από το Υπουργείο Υγείας στο σχεδιασμό της διδακτέας ύλης των ιατρικών σχολών.

Το Υπουργείο Υγείας της Ομοσπονδίας εγκρίνει ειδικά μαθήματα κατόπιν προτάσεων ή εκκλήσεων των καντονιών και εξ αυτού μπορεί να επηρεάσει έναν αριθμό ειδικών. Το Υπουργείο, όμως, δε διαθέτει ούτε τμήμα ανθρωπίνων πόρων ούτε μια ξεκάθαρη πολιτική σε αυτό τον τομέα.

Όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο, ο διαχωρισμός ανάμεσα στα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας επηρεάζει το γενικότερο προγραμματισμό των ανθρωπίνων πόρων και τη βελτίωση της δυναμικότητας του συστήματος υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Τα ιδρύματα υγειονομικής ασφάλισης

Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τα έσοδα των δέκα ασφαλιστικών ταμείων των καντονιών και του ενός Ομοσπονδιακού Ταμείου Ασφάλισης. Συνεχίζουν, ωστόσο, να παίζουν σημαντικό ρόλο στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης οι πιστώσεις από τράπεζες και οι περιστασιακές διεθνείς δωρεές, καθώς και χρήματα από τον προϋπολογισμό του κρατιδίου.

Το Ομοσπονδιακό Ταμείο Ασφάλισης υποχρεούται να ελέγχει και να επιβλέπει τα χρήματα των 11 ασφαλιστικών ταμείων. Ακόμη, διευθύνει την εφαρμογή των συνθηκών, των διεθνών συμφωνιών και νόμων και την παροχή επανασφάλισης.

Η κυβέρνηση κάθε καντονιού αναλαμβάνει να διορίσει τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ιδρύματος Υγειονομικής Ασφάλισης. Ρόλος των κυβερνήσεων αυτών είναι είτε να καθορίσουν το ύψος των τοπικών εισφορών είτε να υποβάλλουν προτάσεις

στο κοινοβούλιο και να καταγράφουν και αναφέρουν τις πληρωμές και τις δαπάνες του ταμείου ασφάλισης στο Ομοσπονδιακό και τοπικό επίπεδο.

Τον Ιανουάριο του 2002 ιδρύθηκε η Ομοσπονδιακή Αλληλεγγύη με στόχο να μειώσει την επικάλυψη των υπηρεσιών και να διευκολύνει τη διακίνηση των ασθενών στην περιοχή που είναι διαθέσιμες οι υπηρεσίες που χρειάζονται. Κάτι τέτοιο θα μείωνε τον κατακερματισμό των υπηρεσιών ανάμεσα στα καντόνια και σε εθνικό επίπεδο. Σε πρακτικούς όρους σημαίνει ότι τα φτωχότερα καντόνια μπορούν τώρα να ωφεληθούν ισότιμα.

Σαν αποτέλεσμα, στις 15 Ιανουαρίου 2002, το Κροατικό Δια-καντονιακό Ταμείο Ασφάλισης έπαυσε να λειτουργεί. Οι εισφορές πληρώνονται πλέον προς ένα μοναδικό λογαριασμό για κάθε καντόνι. Πέρα από το ποσοστό (8%) των εισφορών στα ταμεία των καντονιών που διατίθεται στην Ομοσπονδιακή Αλληλεγγύη, με απόφαση του κοινοβουλίου, θα διατίθεται το ισόποσο από τα γενικά έσοδα. Αυτό θα επιλύσει το πρόβλημα της έλλειψης εισφορών από τους μη εργαζόμενους (όπως είναι οι συνταξιούχοι, οι άνεργοι και άλλες κοινωνικές ομάδες) και επίσης θα δώσει την ευκαιρία της εξομοίωσης των δαπανών υγείας σε όλη την Ομοσπονδία.

Τα επαγγελματικά επιμελητήρια

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να είναι μέλη των αντίστοιχων επιμελητηρίων: του Ιατρικού Επιμελητηρίου, του Φαρμακευτικού Επιμελητηρίου, του Βιοχημικού Επιμελητηρίου και του Επιμελητηρίου Τεχνικών Υγείας. Τα επιμελητήρια αυτά λειτουργούν σε επίπεδο καντονιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν συμπεριλάβει πολλά καντόνια έτσι ώστε να προωθήσουν τη μεταξύ τους συνεργασία.

Οι αρμοδιότητες αυτών των επαγγελματικών επιμελητηρίων ορίζονται επισήμως ως εξής:

- ✓ η παρακολούθηση της τήρησης των επαγγελματικών και ηθικών κριτηρίων
- ✓ η παροχή συμβουλών στο Υπουργείο Υγείας σχετικά με την έκδοση, παράταση και ανάκληση της άδειας των επαγγελματιών
- ✓ η εκπροσώπηση των συμφερόντων των μελών τους στις διαπραγματεύσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία
- ✓ η παροχή βοήθειας στους πολίτες για την υλοποίηση των δικαιωμάτων τους σχετικά με την ποιότητα, το περιεχόμενο και το είδος των υπηρεσιών υγείας
- ✓ η παροχή επαγγελματικής γνώμης στη διαμόρφωση των τιμών των υπηρεσιών υγείας

- ✓ η έκδοση των αδειών των επαγγελματιών υγείας
- ✓ η συμμετοχή στον καθορισμό των κριτηρίων και των κανόνων της φροντίδας υγείας
- ✓ η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας
- ✓ η παροχή συμβουλών σχετικά με τους κανονισμούς που αναφέρονται στην επαγγελματική ανάπτυξη

Οι επαγγελματικοί σύλλογοι

Όπως πριν από τον πόλεμο, έτσι και τώρα, όλοι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να γραφούν σε έναν επαγγελματικό σύλλογο για να διαφυλάξουν και να αναπτύξουν τα επαγγελματικά τους συμφέροντα. Ορισμένοι από τους συλλόγους που έχουν ιδρυθεί είναι: ο ιατρικός σύλλογος στα καντόνια του Σαράγιεβο και της Τούζλα, ο οδοντιατρικός σύλλογος στο καντόνι του Σαράγιεβο ενώ σε επίπεδο Ομοσπονδίας ιδρύθηκε ένας φαρμακευτικός σύλλογος. Στην παρούσα φάση, μόνο τα καντόνια των Βόσνιων Μουσουλμάνων συμμετέχουν στο σύλλογο αυτό, καθώς τα Κροατικά καντόνια έχουν ιδρύσει το δικό τους φαρμακευτικό σύλλογο.

Οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας

Οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας είναι εθελοντικές, μη κυβερνητικές ενώσεις, που σχηματίζονται συνήθως σε ειδικούς ιατρικούς τομείς προκειμένου να προωθήσουν τα συμφέροντα των εργαζομένων σε αυτούς. Οι ενώσεις αυτές επικεντρώνουν συνήθως τις προσπάθειές τους στην αύξηση των μισθών, στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και στη διεκδίκηση περισσότερων δικαιωμάτων από τους εργαζομένους. Η πλέον εμφανής δραστηριότητα των ενώσεων αυτών τα τελευταία χρόνια ήταν η διοργάνωση απεργιών.

Τα ιδρύματα υγείας

Ο Νόμος για την Προστασία της Υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ορίζει τους ακόλουθους τύπους υγειονομικών ιδρυμάτων:

- *πρωτοβάθμια περίθαλψη*: ιατρικά κέντρα καλούμενα Dom zdravljas, απομακρυσμένες εξωτερικές κλινικές (podrucna ambulantas), θεσμός φροντίδας στο σπίτι (ustanova za zdravstvenu njegu u kuci) και φαρμακεία (apoteka)
- *εξειδικευμένη / συμβουλευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη*: πολυκλινικές (policlinica), νοσοκομεία (bolnica), κέντρα αποκατάστασης / spa (ljeciliste) και ιδρύματα (zavod)

Τα υγειονομικά ιδρύματα ανήκουν στους δήμους, στα καντόνια και στην Ομοσπονδία και είναι οργανωμένα στα αντίστοιχα επίπεδα. Τα σημαντικότερα ιδρύματα στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης είναι: τα «Κλινικά Κέντρα» (στην ουσία, πανεπιστημιακά νοσοκομεία), το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, το Ίδρυμα Μεταγίσεων, το Ίδρυμα Ελέγχου της Ποιότητας των Φαρμάκων και το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

Σε επίπεδο καντονιών υπάρχουν:

- τοπικά νοσοκομεία
- ιδρύματα δημόσιας υγείας
- ιδρύματα μεταγίσεων
- ιδρύματα για την ιατρική της εργασίας και ιδρύματα για την αθλητιατρική (τα δυο τελευταία δεν έχουν ακόμα ιδρυθεί στα περισσότερα καντόνια)

1.5.4 Οι φορείς του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Σερβικής Δημοκρατίας

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Σερβικής Δημοκρατίας είναι οργανωμένο συγκεντρωτικά, αναφορικά με τις διοικητικές, ρυθμιστικές και οικονομικές υποχρεώσεις. Το υπουργείο ρυθμίζει τις ακόλουθες λειτουργίες καθ' όλη την επικράτεια του κρατιδίου:

- πρόληψη των ασθενειών και προώθηση της υγείας
- παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας και των αναγκών του πληθυσμού
- οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης

- επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας
- υγειονομικός έλεγχος
- επίβλεψη και έλεγχος των ιδρυμάτων υγείας και της επαγγελματικής απόδοσης
- ασφάλιση υγείας και χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης από τα δημόσια έσοδα
- παραγωγή και διανομή φαρμάκων, δηλητηρίων και ναρκωτικών, καθώς και των ιατρικών μηχανημάτων και εργαλείων
- έλεγχος των τροφίμων και της γενικής χρήσης των προϊόντων
- έλεγχος υγιεινής

Επίσης, το υπουργείο επιβλέπει και παρέχει την κοινωνική ασφάλιση και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που περιλαμβάνει: ασφάλιση σύνταξης και αναπηρίας για όλα τα επαγγέλματα, κοινωνική πρόνοια για την οικογένεια και τα παιδιά και ενέργειες των κοινωνικών οργανισμών και συλλόγων.

Το Υπουργείο Οικονομίας

Πέρα από τη γενική λειτουργία της οικονομικής παρακολούθησης σε όλο το κρατίδιο, το Υπουργείο Οικονομικών είναι νομικά υποχρεωμένο να καλύπτει τα κόστη της υγειονομικής ασφάλισης για τις ακόλουθες ομάδες πολιτών:

- βετεράνους πολέμου, στρατιωτικούς αναπήρους πολέμου και τις οικογένειες των πεσόντων στρατιωτών
- πλεονάζον προσωπικό που συνεχίζει να αμείβεται σύμφωνα με τη θέση του
- ανέργους δευτεροβάθμιας και ανωτάτης εκπαίδευσης, καταγεγραμμένους στο Γραφείο Εργασίας
- μεγάλους σε ηλικία φοιτητές, ενόσω είναι καταγεγραμμένοι στο Γραφείο Εργασίας
- συνταξιούχους
- για τους αποδέκτες τακτής οικονομικής βοήθειας (κοινωνικές περιπτώσεις) ή για τους έγκλειστους σε ιδρύματα, εφόσον δεν έχουν άλλη ασφάλιση
- για τους πρόσφυγες και τους εκτοπισμένους, εφόσον δεν έχουν άλλη ασφάλιση

Το Υπουργείο Παιδείας

Το Υπουργείο Παιδείας δεν έχει τη νομική υποχρέωση να συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας για τον αριθμό των φοιτητών ιατρικής που φοιτούν στην Ιατρική Σχολή της Σερβικής Δημοκρατίας στη Μπάνια Λούκα. Το Υπουργείο Υγείας, όμως, είναι εκείνο που εγκρίνει το πρόγραμμα σπουδών του πανεπιστημίου και τις αιτήσεις χορηγίας για εξειδίκευση των ιατρών και καθορίζει τον αριθμό και το είδος των ειδικών που εργάζονται στη Σερβική Δημοκρατία.

Τα ιδρύματα υγειονομικής ασφάλισης

Το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης είναι το μοναδικό σώμα που είναι νομικά υπεύθυνο για τη συλλογή και κατανομή των οικονομικών εισφορών στους πάροχους υγείας στη Σερβική Δημοκρατία. Αυτό το μοναδικό Ταμείο λειτουργεί στη βάση της αλληλεγγύης και της αμοιβαιότητας.

Το Ταμείο διοικείται από το Συμβούλιο Υγειονομικής Ασφάλισης που εκλέγεται από τους πληρωτές των συνδρομών. Ο γενικός διευθυντής προτείνεται από το Συμβούλιο του Ταμείου και διορίζεται από την Κυβέρνηση της Σερβικής Δημοκρατίας. Το Υπουργείο Υγείας και η οικονομική αστυνομία επιβλέπουν τις λειτουργίες του Ταμείου.

Το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης της Σερβικής Δημοκρατίας αποτελείται από 8 περιφερειακά γραφεία και 54 παραρτήματα με μεγάλο βαθμό συγκεντρωτισμού. Τα περιφερειακά γραφεία είναι, ωστόσο, μερικώς αυτόνομα, αφού λειτουργούν με το περίπου 80% των εισφορών που συλλέγονται στην περιοχή που καλύπτουν. Από την άλλη πλευρά, τα παραρτήματα δεν έχουν αυτονομία στη λήψη αποφάσεων.

Υπεύθυνο για τη συνολική εταιρική στρατηγική είναι το κεντρικό γραφείο του Ταμείου. Εκείνο καθορίζει τις τιμές και ορίζει τα συμβόλαια, τους εσωτερικούς ελέγχους, την κατανομή των κονδυλίων αλληλεγγύης και των επισφαλών κονδυλίων και μερικές συγκεντρωτικές προμήθειες. Τα περιφερειακά γραφεία είναι υπεύθυνα για την απογραφή και την παρακολούθηση των συμβολαίων, την πληρωμή των προμηθευτών και τη συλλογή των εισφορών της περιοχής τους. Τέλος, τα παραρτήματα είναι υπεύθυνα για την υποστήριξη των περιφερειακών τους γραφείων στις διαδικασίες παρακολούθησης, όπως είναι -για παράδειγμα- η εγγραφή μελών και η εξασφάλιση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων.

Τα επαγγελματικά επιμελητήρια

Το Ιατρικό Επιμελητήριο είναι ένας ανεξάρτητος επαγγελματικός οργανισμός των ιατρών, των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών της Σερβικής Δημοκρατίας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται από το νόμο να είναι μέλη του αντίστοιχου επιμελητηρίου.

Οι αρμοδιότητες του επιμελητηρίου περιλαμβάνουν τα εξής:

- ✓ την έκδοση αδειών στους επαγγελματίες υγείας
- ✓ τον έλεγχο των γνώσεων και των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας
- ✓ την τήρηση καταλόγων επαγγελματιών υγείας
- ✓ την παρακολούθηση της τήρησης των επαγγελματικών και ηθικών κριτηρίων
- ✓ τη συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης και τις επαγγελματικές ενώσεις
- ✓ την παροχή επαγγελματικής γνώμης για την εξειδικευμένη εκπαίδευση, τις επαγγελματικές εξετάσεις, τον αριθμό των πτυχιούχων φοιτητών, τα δίκτυα των ιδρυμάτων υγείας, τους νόμους και άλλες ρυθμίσεις που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας
- ✓ τη συμμετοχή στον καθορισμό των κριτηρίων και προτύπων υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ την παροχή συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας
- ✓ τη συμμετοχή στην προετοιμασία των κανονισμών σχετικά με την επαγγελματική ανάπτυξη
- ✓ την προστασία των επαγγελματικών και άλλων συμφερόντων των μελών του

Οι επαγγελματικοί σύλλογοι

Ο Ιατρικός Σύλλογος είναι μια μη κυβερνητική οργάνωση που καλύπτει ολόκληρη την επικράτεια της Σερβικής Δημοκρατίας και έχει μέλη τους επαγγελματίες ιατρούς. Κάθε μέλος εγγράφεται στο σύλλογο που αντιστοιχεί στην ειδικότητά του.

Οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας

Οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας είναι εθελοντικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις, για την προώθηση των συμφερόντων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Τα συμφέροντα αυτά περιλαμβάνουν τα επίπεδα μισθών, τις συνθήκες εργασίας και άλλα εργασιακά δικαιώματα. Οι ιατροί, οι νοσοκόμες και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι μέλη των ενώσεων. Δεν είναι λίγες οι απεργίες που έχουν οργανωθεί τα τελευταία χρόνια από τις ενώσεις αυτές.

Τα ιδρύματα υγείας

Τα ιδρύματα υγείας που λειτουργούν στη Σερβική Δημοκρατία ανήκουν στις δημοτικές κυβερνήσεις. Σύμφωνα με το άρθρο 22 του Νόμου για την Υγειονομική Περιθαλψη, τα ιδρύματα υγείας αποτελούνται: από δυο Κλινικά Κέντρα (πανεπιστημιακά νοσοκομεία), ένα κεντρικό Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας και μερικά ειδικά ιδρύματα και κέντρα ή κλινικές (όπως –για παράδειγμα- κέντρα αποκατάστασης και το Κέντρο Μεταγγίσεων Αίματος). Εκτός από τα περιφερειακά νοσοκομεία, υπάρχουν επίσης παραρτήματα του ιδρύματος δημόσιας υγείας στην περιφέρεια.

Τα γενικά νοσοκομεία και τα φαρμακεία βρίσκονται στους δήμους και κάθε δήμος έχει το δικό του κέντρο υγείας. Υπάρχουν επίσης πολλά ambulantas (σταθμοί υγείας), τα οποία είναι τοπικά παραρτήματα των Dom zdravljas (κέντρα υγείας).

Όλα τα νοσοκομεία στη Σερβική Δημοκρατία είναι δημόσια, εκτός ενός με περίπου 50 κλίνες το οποίο είναι συμβεβλημένο με το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης. Υπάρχουν ακόμη ιδιωτικά ειδικευμένα ambulantas που δε χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και που λειτουργούν είτε πλήρως είτε μερικώς (χαρακτηρίζονται ως «ιδρύματα επιπρόσθετων ωρών λειτουργίας»). Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και ambulantas είναι ιδρύματα κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

1.6 Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας

1.6.1 Εισαγωγή

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραδοσιακά παρέχεται μέσω δυο ειδών ιδρυμάτων: τα κέντρα υγείας (Dom Zdravljas) και τους υγειονομικούς σταθμούς

(ambulantas). Τα κέντρα υγείας είναι κλινικές εξωτερικών ασθενών που παρέχουν όχι μόνο βασική φροντίδα, αλλά και μια σειρά εξειδικευμένων υπηρεσιών. Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη ο αριθμός των κέντρων υγείας είναι σχετικά υψηλός και οι εκτεταμένες τεχνολογικές εγκαταστάσεις τους συχνά υπο-χρησιμοποιούνται, οδηγώντας έτσι σε πλεονασμό κτιρίων και υλικών.

Τόσο η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης όσο και η Σερβική Δημοκρατία έχουν καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες και έχουν σημειώσει πρόοδο στην ανάπτυξη στρατηγικών σχεδιασμών για την αναδόμηση και μεταρρύθμιση των συστημάτων τους. Αυτές οι νέες στρατηγικές τονίζουν την ανάγκη αναδόμησης του συστήματος υγείας με πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη, στην προώθηση της υγείας και στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα.

Γενικώς, στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας ανήκουν στους δήμους, ενώ τα νοσοκομεία ανήκουν στις κυβερνήσεις των καντονιών (στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης) και στην κεντρική κυβέρνηση (στη Σερβική Δημοκρατία).

Οι περισσότερες εγκαταστάσεις υγείας στην Ομοσπονδία ιδρύθηκαν από τα καντόνια και ανήκουν σε αυτά. Ο Ομοσπονδιακός Νόμος για την Προστασία της Υγείας ορίζει τα ακόλουθα σε σχέση με την ιδιοκτησία και τη χρηματοδότηση των ιδρυμάτων υγείας:

- Άρθρο 35:

Οι ιατρικές πράξεις διενεργούνται από τα ιατρικά ιδρύματα που δημιουργούνται από την Ομοσπονδία, ένα καντόνι, ένα δήμο, εγχώριο ή ξένο φυσικό ή νομικό πρόσωπο, βάσει συμφωνίας που αναφέρεται στο Άρθρο 37 αυτού του Νόμου.

- Άρθρο 36:

Τα ιατρικά ιδρύματα που ανήκουν στην Ομοσπονδία χρηματοδοτούνται από το Κοινοβούλιο της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Τα ιατρικά ιδρύματα που ανήκουν σε ένα καντόνι χρηματοδοτούνται από μια νομοθετική αρχή του καντονιού. Τα ιατρικά ιδρύματα που ανήκουν σε ένα δήμο χρηματοδοτούνται από το δημοτικό συμβούλιο.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία αυτή, δυο ή περισσότερα καντόνια μπορούν να ιδρύσουν: κλινικές –σαν ανεξάρτητα ιατρικά ιδρύματα- κλινικά νοσοκομεία, κλινικά-νοσοκομειακά κέντρα, κλινικά κέντρα και νοσοκομεία ή ιδρύματα των καντονιών.

Ένα καντόνι μπορεί να ιδρύσει: πολυκλινικές, γενικά νοσοκομεία, εξειδικευμένα νοσοκομεία, νοσοκομεία των καντονιών, spa/κέντρα αποκατάστασης και ιδρύματα, ιδρύματα καντονιών για τη δημόσια υγεία, εξωτερικές κλινικές και ιδρύματα για την κατ' οίκον φροντίδα.

Ένας δήμος μπορεί να ιδρύσει: ιατρικά κέντρα, τοπικά εξωτερικά τμήματα, ιδρύματα για την κατ' οίκον φροντίδα, φαρμακεία, spa/ κέντρα αποκατάστασης και γενικά καθώς και ειδικά νοσοκομεία.

1.6.2 Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης έχουν το καθήκον να συγκεντρώνουν στατιστικές για την υγεία του πληθυσμού, να παρακολουθούν και να αναλύουν τις επιδημιολογικές καταστάσεις, να επιβλέπουν τους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς και να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για την καταπολέμηση των επιδημιών.

Είναι ακόμη υπεύθυνες και για την εκτέλεση ενεργειών προώθησης της δημόσιας υγείας και την πρόληψη των ασθενειών στην κοινότητα (όπως, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την περίοδο θηλασμού), για τον οικογενειακό προγραμματισμό, για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και τους εφήβους, καθώς και για ευάλωτες ομάδες (όπως είναι οι χρόνιοι πάσχοντες, οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι και εκτοπισμένοι). Επίσης, εκτελούν τον υγειονομικό έλεγχο του πόσιμου νερού, ελέγχουν τα επιφανειακά ύδατα, τα απόβλητα και τα αποθέματα νερού. Ελέγχουν ακόμη την ποιότητα των τροφίμων και των φαρμάκων, επιβλέπουν και συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα υγειονομικής φροντίδας και αναλύουν τους περιβαλλοντικούς κινδύνους για τον τοπικό πληθυσμό.

Οι υπηρεσίες αυτές διεξάγονται σε τμήματα επιδημιολογίας και υγιεινής μέσα στα ιδρύματα παροχής φροντίδας (Dom zdravljas και ambulantas) και υπάγονται στην άμεση επίβλεψη των δέκα Ιδρυμάτων των καντονιών και του ενός Ιδρύματος της Ομοσπονδίας.

1.6.3 Η πρωτοβάθμια περίθαλψη της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Σύμφωνα με το Νόμο για την Υγειονομική Περίθαλψη, η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει υπηρεσίες και ενέργειες σχετικές με την οικογενειακή ιατρική,

τη γενική ιατρική, τη σχολική ιατρική, την υγιεινή, την επιδημιολογία, την οδοντιατρική, την επείγουσα φροντίδα, την επαγγελματική ιατρική, την προστασία των γυναικών και των παιδιών, τη διαγνωστική και τη φαρμακευτική φροντίδα.

Τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι τα *Dom zdravljas* και τα *ambulantas* – τα δεύτερα είναι τοπικά παραρτήματα των πρώτων. Κάθε ένα από τα *Dom zdravljas* της Ομοσπονδίας καλύπτει πληθυσμό 30.000-50.000 κατοίκων.

Οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχουν τα *Dom zdravljas* περιλαμβάνουν: τη γενική ιατρική, την υγεία μητέρας και παιδιού, τη σχολική ιατρική, τη φροντίδα για διάφορες παθήσεις των πνευμόνων και την οδοντιατρική φροντίδα. Επίσης, εξασφαλίζουν υπηρεσίες υγιεινής (επιδημιολογικές ενέργειες), επείγουσα ιατρική βοήθεια, εργαστηριακές, ακτινολογικές και άλλες διαγνωστικές υπηρεσίες. Στην περιοχή κάθε *Dom zdravljas* υπάρχει υπηρεσία ασθενοφόρων (συνήθως μια για 2.000-10.000 κατοίκους).

Ο ρόλος του κέντρου υγείας είναι να παρέχει την πρώτη φροντίδα και προληπτικές υπηρεσίες, εκπαίδευση σχετικά με την υγεία, και αποκατάσταση, ενώ συγχρόνως συντονίζει τις προσπάθειες διάφορων εξειδικευμένων ομάδων. Το κέντρο υγείας είναι στελεχωμένο με γενικούς ιατρούς και νοσοκόμες. Τα μικρά κέντρα υγείας προσφέρουν υπηρεσίες στον πληθυσμό της περιοχής τους και παραπέμπουν τους ασθενείς σε άλλα ιδρύματα υγείας.

Τα *Dom zdravljas* οργανώνουν επίσης μονάδες εξειδικευμένων υπηρεσιών, αν δεν υπάρχουν τέτοιες σε άλλα ιδρύματα υγείας. Μερικά μάλιστα διαθέτουν ένα μικρό μαιευτήριο, εγκαταστάσεις προσωρινής παραμονής των ασθενών και κέντρα φυσικής και ψυχικής αποκατάστασης. Το παρόν οργανωτικό μοντέλο ενθαρρύνει τη διασπορά της φροντίδας μέσω της εκτεταμένης προσφοράς ειδικών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Τα *ambulantas*, τα οποία είναι καθαρά κλινικές εξωτερικών ασθενών, αποτελούν ένα άλλο τύπο ιδρύματος υγείας. Απασχολούν οικογενειακούς ιατρούς, οδοντιάτρους και νοσοκόμες. Αυτές οι κλινικές μπορούν να οργανωθούν σαν τμήμα ενός ιατρικού κέντρου ή σαν ιδιωτικές.

Κάνοντας κανείς μια σύντομη κριτική στα Dom zdravljas και τα ambulantas θα έλεγε ότι είχαν σχεδιαστεί αρχικά σαν βάση της πυραμίδας του συστήματος υγείας. Το επόμενο επίπεδο θα ήταν το γενικό νοσοκομείο ενώ οι πιο περίπλοκες ιατρικές υπηρεσίες θα παρέχονταν από ειδικευμένες «κλινικές» ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη απέβλεπε σε συγκεκριμένες ομάδες ηλικίας, φύλου και επαγγελματιών πληθυσμού και προς θεραπευτικές μεθόδους, ενώ δεν λαμβάνονταν υπόψη η υγιεινή και η πρόληψη.

Ο τομέας της υγείας, όμως, ειδικά στα αστικά κέντρα, ήταν και εξακολουθεί να είναι φορτωμένος με ειδικευμένους ιατρούς. Μέχρι τώρα το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη βρίσκεται στα χέρια των ειδικευμένων ιατρών, κυρίως λόγω της όχι καλά αναπτυγμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο επίπεδο των κοινοτήτων, της υπερπροσφοράς ειδικευμένων και της έλλειψης γενικών ιατρών. Η πληθώρα των ειδικευμένων ιατρών έχει κάνει τις υπηρεσίες άμεσης βοήθειας πιο δαπανηρές και έχει διαιρέσει τον πληθυσμό σε αυτούς που χρησιμοποιούν υπέρμετρα τις υπηρεσίες αυτές (κυρίως στα αστικά κέντρα) και σε αυτούς που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές (κυρίως στις αγροτικές περιοχές).

Υπολογίζεται ότι μόνο το 50% των περιπτώσεων επιλύονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι υπόλοιπες παραπέμπονται στη δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

1.6.4 Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας

Οι συνέπειες του πολέμου ανάγκασαν τη Σερβική Δημοκρατία να εγκαταστήσει τη δική της αυτόνομη υγειονομική υποδομή με ξεχωριστό εξοπλισμό και επάρκεια επαγγελματιών, με βάση τους κατοίκους στην επικράτειά της.

Έπειτα από τη φάση της αναδιοργάνωσης που χρηματοδοτήθηκε από το Ανθρωπιστικό Γραφείο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (που συνεισέφερε τα μέγιστα σε αυτή την ανάπτυξη, προσφέροντας τεχνικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό), σήμερα το σύστημα δημόσιας υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας ανταποκρίνεται στις ελάχιστες απαιτήσεις ενός τέτοιου δημοσίου συστήματος.

Το δίκτυο δημόσιας υγείας στη Σερβική Δημοκρατία βασίζεται σε τρεις πυλώνες:

1. Ο πρώτος πυλώνας αποτελείται από επιδημιολογικές υπηρεσίες στα δημοτικά κέντρα δημόσιας υγείας που είναι υπεύθυνα για την πρόληψη και τον έλεγχο μεταδοτικών νοσημάτων.
2. Ο δεύτερος πυλώνας αποτελείται από πέντε περιφερειακά δημόσια νοσοκομεία στο Ντομόι, στο Ζβόρνικ, στο Σερβικό Σαράγιεβο, στη Σμπρίντσι και στην Τρεμπίντζε, τα οποία ασκούν επιδημιολογική παρακολούθηση, συλλογή πληροφοριών και περιβαλλοντική έρευνα και
3. Το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας στη Μπάνια Λούκα, που είναι ο τρίτος πυλώνας, υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της υγείας, την επιδημιολογική έρευνα, το περιβάλλον και την προώθηση της υγιεινής. Το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας είναι επίσης υπεύθυνο για την εκπαίδευση τεχνικού προσωπικού και επιβλέπει τους εμβολιασμούς που γίνονται στα δημοτικά ιατρικά κέντρα.

Οι υποδομές του συστήματος υγείας στη Σερβική Δημοκρατία είναι σε θέση να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους πρόληψης και καταστολής των προβλημάτων υγείας, υπάρχει ωστόσο αρκετός χώρος για βελτιώσεις. Τα κυριότερα προβλήματα εντοπίζονται στην ανεπαρκή χρηματοδότηση, στο χαμηλό επίπεδο δημόσιας υγείας, στη χαμηλή προτεραιότητα της δημόσιας υγείας σε σχέση με άλλες κρατικές παροχές, στην έλλειψη επαρκών στατιστικών δεδομένων, στη μειωμένη έμφαση στην παρακολούθηση υγιεινής του νερού και των τροφίμων, στην ανεπάρκεια ανθρωπίνου δυναμικού.

1.6.5 Η πρωτοβάθμια περίθαλψη της Σερβικής Δημοκρατίας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί τον πρώτο πυλώνα υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών στη Σερβική Δημοκρατία και συγκεντρώνει όλα τα μέσα που απαιτούνται για την υποστήριξη και προώθηση της υγείας ατόμων και κοινοτήτων, για πρόληψη νοσημάτων, για εκπαιδευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και για αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο.

Όπως και πριν από τον πόλεμο, τα ιδρύματα που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι τα Dom zdravljas και τα ambulantas. Η Σερβική Δημοκρατία διαθέτει

τις ίδιες δομές στα Dom zdravljas και στα ambulantas όπως και η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Μετά από την εφαρμογή του Νόμου περί Δημόσιας Υγείας και Ασφαλιστικής Κάλυψης του 1999, οι κάτοικοι της Σερβικής Δημοκρατίας αναμένεται να μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα την ιατρική ομάδα η οποία θα δρα σαν «θυρωρός» για την είσοδο των ασθενών στα νοσοκομεία και θα είναι έτοιμη σε εικοσιτετράωρη βάση να παρέχει τις υπηρεσίες της. Η ομάδα παρέχει υγειονομική εκπαίδευση, μέτρα πρόληψης κατά των μεταδοτικών νοσημάτων, παρακολούθηση και καταστολή των μεταδοτικών νοσημάτων, διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων που δεν απαιτούν περίπλοκες εξετάσεις και θεραπείες, κατ' οίκον περίθαλψη ασθενών που δεν χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομείο και παρατεταμένη θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών που εξάγονται από τα νοσοκομεία. Ωστόσο, τα μέτρα αυτά δεν έχουν ακόμη υλοποιηθεί σε όλη την επικράτεια και, προς το παρόν, ομάδες οικογενειακής ιατρικής υφίστανται μόνο στα κέντρα εκπαίδευσης στη Μπάνια Λούκα και στο Ντομπούι, υπό μορφή πιλοτικών προγραμμάτων με χρηματοδότηση από το Βασικό Πρόγραμμα Laktasi¹⁹ για την Υγεία, της Παγκόσμιας Τράπεζας.

Επιπλέον, ο Νόμος περί Υγείας προβλέπει ότι για να δέχονται ασθενείς τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγείας θα πρέπει να είναι αναγνωρισμένα από το Υπουργείο Υγείας. Όμως, δεν υπάρχουν κανονισμοί, υγειονομικές διατάξεις ή τιμολογιακές προδιαγραφές για ιδιώτες ιατρούς. Επίσης, τα ιδιωτικά φαρμακεία δεν είναι καταγεγραμμένα στο Υπουργείο καθώς η αρμόδια υπηρεσία δε λειτουργεί ακόμη.

Το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας της Σερβικής Δημοκρατίας έχει πολλά προβλήματα. Πριν από τον πόλεμο, οι ασθενείς φαίνεται πως είχαν συνηθίσει σε ένα σύστημα χωρίς περιορισμούς εισαγωγών σε νοσοκομεία, σε χαμηλές συνθήκες περίθαλψης και συχνά περιορισμένες δυνατότητες πρόσβασης, ειδικά για τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους. Για τους ιατρούς, το πρωτοβάθμιο σύστημα ήταν υποβαθμισμένο και οι ασθενείς κατέφευγαν αποκλειστικά σε ειδικούς ιατρούς. Υπήρχαν μεγάλα προβλήματα με τα αρχεία ιατρικών ιστορικών των ασθενών, γεγονός που σήμαινε ότι υπήρχαν αρχεία πρώτης εξέτασης, αλλά όχι ιστορικά. Επιπλέον, δεν υπήρχε σύστημα προκαθορισμένων επισκέψεων και οι ασθενείς περίμεναν ατελείωτες ώρες όλο το πρωί

¹⁹ Laktaši: πόλη και δήμος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Ανήκει στη Σερβική Δημοκρατία και βρίσκεται κοντά στην πόλη Μπάνια Λούκα (<http://en.wikipedia.org/wiki/Lakta%C5%A1i>)

ενώ το απόγευμα τα ιατρεία ήταν άδεια. Γίνονται προσπάθειες αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών, τόσο στην Ομοσπονδία όσο και στη Σερβική Δημοκρατία, με αύξηση της χρηματοδότησης του συστήματος μετάδοσης πληροφοριών και με την εισαγωγή του συστήματος ραντεβού στα κέντρα υγείας.

Είναι αρκετά τα σημαντικά θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν από τις μεταρρυθμίσεις του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. Ανάμεσα σε αυτά είναι:

- Η έλλειψη ανθρωποκεντρικού συστήματος περίθαλψης, λόγω κυρίως της δύσκαμπτης υποδομής των Dom zdravljas και των ambulantas και του περιορισμένου ρόλου των γενικών ιατρών
- Η ανισότητα στη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, λόγω πολλών παραγόντων, όπως η αυξημένη τάση για παράνομες δωροδοκίες για έγκαιρη θεραπεία (φακελάκια) και
- Το χαμηλό επίπεδο κινήτρων για το προσωπικό, λόγω των χαμηλών μισθών και των μικρών περιθωρίων εξέλιξης σε ένα σύστημα που αναγνωρίζει μόνο τους ειδικευμένους ιατρούς

1.7 Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη

Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, η δευτεροβάθμια ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες μετά την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Περιλαμβάνει θεραπείες σε γενικά και ειδικευμένα νοσοκομεία, κλινικά κέντρα (πανεπιστημιακές κλινικές) και εξειδικευμένα κέντρα στα Dom zdravljas. Οι υπηρεσίες παρέχονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς οι οποίοι παραπέμπονται εκεί (εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης). Ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται επίσης σε ιδρύματα μεταγγίσεων αίματος, επαγγελματικής ιατρικής, αθλητιατρικής και φυσιολογίας και αποκατάστασης. Για παράδειγμα, τα κέντρα φυσιολογίας και αποκατάστασης παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες: αποκατάσταση ασθενών με ακρωτηριασμούς, εφαρμογή ορθοπεδικών πρόσθετων και τεχνητών μελών, αποκατάσταση ασθενών με νευρολογικές παθήσεις και αποκατάσταση παιδιών με διανοητικές παθήσεις και αναπηρίες από άλλες αιτίες.

Υπάρχουν τέσσερα είδη νοσοκομείων: *κλινικά κέντρα* (3 στην Ομοσπονδία και 2 στη Σερβική Δημοκρατία), *γενικά νοσοκομεία* (14 στην Ομοσπονδία και 9 στη Σερβική

Δημοκρατία), ειδικευμένα νοσοκομεία (4 στην Ομοσπονδία και 3 στη Σερβική Δημοκρατία) και μικρά περιφερειακά νοσοκομεία (12 στην Ομοσπονδία).

Τα νοσοκομεία αυτά κατασκευάστηκαν στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη στο διάστημα από το 1945 έως το 1990, περίοδο στην οποία τα νοσοκομεία αναπτύχθηκαν ανοργάνωτα. Το αποτέλεσμα ήταν μια ανισόρροπη, υπερβολική κατάσταση που χρειάστηκε να διορθωθεί μετά τον πόλεμο.

Το 1991 η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είχε 201.120 νοσοκομειακές κλίνες, δηλαδή 4,6 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους, εκ των οποίων οι 71,8% βρίσκονταν στις γενικές κλινικές, οι 17,3% στις ειδικές και 10,9% σε κέντρα αποκατάστασης. Ο μέσος όρος παραμονής ήταν 13,3 ημέρες και η πληρότητα 71,6%. Το 1999 η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είχε 3,7 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους (3,6 στη Σερβική Δημοκρατία), ποσοστά χαμηλότερα από αυτά πριν από τον πόλεμο, αλλά ευθυγραμμισμένα με την κατεύθυνση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) που προβλέπει 4 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους. Αυτό οφείλεται κυρίως στην τεχνική και οικονομική βοήθεια από δωρητές που υποστήριζαν τις μεταρρυθμίσεις.

Τα ποσοστά πληρότητας στα νοσοκομεία είναι επίσης χαμηλότερα από τα επίπεδα πριν από τον πόλεμο. Το σημαντικότερο είναι πως, λόγω της διάσπασης του συστήματος υγείας σε όλη τη χώρα, τόσο η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών όσο και η πληρότητά τους διαφέρουν πολύ στα διάφορα καντόνια της Ομοσπονδίας, με περιορισμένη πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες σε μερικά καντόνια.

Ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας ανά νοσοκομείο είναι περιορισμένος. Η χώρα δείχνει να έχει σχετικά χαμηλό επίπεδο κλινών σε σχέση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), της Ανατολικής Ευρώπης καθώς και σε σχέση με τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας. Ο χαμηλός αριθμός κλινών εντατικής θεραπείας πριν από τον πόλεμο ίσως συνδέεται με την έλλειψη συστηματικού νοσοκομειακού προγραμματισμού, κάτι που οξύνθηκε κατά τη διάρκεια του πολέμου με την καταστροφή πολλών εγκαταστάσεων. Θα πρέπει να σημειωθεί η έλλειψη στοιχείων για τη Βοσνία κατά την περίοδο από το 1991 έως το 1997.

Το σύστημα διοικήσεως των νοσοκομείων που κληρονόμησε η Βοσνία και Ερζεγοβίνη δεν λειτουργεί ικανοποιητικά. Τα κύρια χαρακτηριστικά της διοικήσεως των νοσοκομείων είναι, προς το παρόν, ο ερασιτεχνισμός και το χαμηλό επίπεδο διοικητικής εκπαίδευσης των διοικητών. Οι ελλείψεις σε συστήματα πληροφόρησης, σε οικονομικούς πόρους και σε σύγχρονα διοικητικά εργαλεία καθιστά τη διοίκηση των νοσοκομείων δύσκαμπτη και ανίκανη να αντιδράσει στις αλλαγές.

1.7.1 Η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Τα γενικά νοσοκομεία στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε περίπου 70.000 έως 150.000 κατοίκους ύστερα από παραπομπές από τοπικά νοσοκομεία και μονάδες πρώτων βοηθειών. Ένα τυπικό γενικό νοσοκομείο έχει τουλάχιστον τέσσερα τμήματα: τμήμα παθολογίας, χειρουργικό, παιδιατρικό και γυναικολογικό.

Πριν από τον πόλεμο, υπήρχαν γενικά νοσοκομεία στο Ντραβάρ, στο Λίβνο, στο Τζάιτσε και στο Τράβνικ. Μετά τον πόλεμο, με τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν στο σύστημα υγείας, σχεδιάζεται η ίδρυση γενικών νοσοκομείων στο Σαράγιεβο, στο Τέσανιε, στο Όρασιε, στο Γκόρασντε και στο Σάνσκι Μοστ. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης παρέχεται τώρα σε 3 κλινικά κέντρα (πανεπιστημιακές κλινικές), 14 γενικά νοσοκομεία στα καντόνια, 4 ειδικά νοσοκομεία και 12 σταθμούς υγείας στα πλαίσια των Dom zdravljas και των ambulantas. Υπάρχει επίσης ένας αριθμός ειδικών συμβουλευτικών κέντρων υγείας για ειδικές κατηγορίες ασθενών (όπως, για παράδειγμα, ιδρύματα για εργαζομένους, φοιτητές, επείγουσες καταστάσεις, ιατρικής των αθλητών).

1.7.2 Η Σερβική Δημοκρατία

Στη Σερβική Δημοκρατία υπήρχαν μετά τον πόλεμο 7.500 νοσοκομειακές κλίνες. Μετά από τον πόλεμο, η κυβέρνηση επέλεξε να μην αντικαταστήσει όσες εγκαταστάσεις είχαν καταστραφεί, εκμεταλλεζόμενη την ευκαιρία να περικόψει τον αριθμό των κλινών ανά χίλιους κατοίκους από 4,6 σε 3,8. Το έτος 2000 αφαιρέθηκαν και άλλες κλίνες και το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 3,6 (σε σύνολο κλινών 4.881). Από τις κλίνες που απέμειναν, περίπου το 77% αφορούν τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, το 6% κέντρα φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης, το 4,4% κέντρα χρόνιων ψυχιατρικών παθήσεων

και το 12% τριτοβάθμια περίθαλψη. Η πληρότητα των κλινών αυτών είναι κατά μέσο όρο κάτω από 70% δείχνοντας έτσι ότι μια περαιτέρω μείωσή τους είναι εφικτή.

Τα νοσοκομεία είναι είτε γενικά είτε εξειδικευμένα.

Τα **γενικά νοσοκομεία** (τα ίδια τέσσερα ειδικά νοσοκομεία όπως και στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης) παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες σε πολίτες όλων των ηλικιών που πάσχουν από πολλές κατηγορίες παθήσεων και καλύπτουν πολλά δημοτικά διαμερίσματα. Υπάρχουν γενικά νοσοκομεία στο Πριγιέντορ, στη Γκραντίσκα, στο Ντομπόι, στη Μπιγιέλνινα, στο Ζβόρνικ, στην Τρεμπίνιε και στο Νεβεσίνιε. Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να διαθέτουν πτέρυγες ορθοπαιδικής, φυσιοθεραπείας, μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχιατρικής και νευρολογίας, δερματολογίας, ουρολογίας, πνευμονικών παθήσεων και ωτορινολαρυγγολογίας.

Τα **ειδικά νοσοκομεία** είτε παρέχουν υπηρεσίες σε ειδικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού είτε ειδικεύονται σε συγκεκριμένες ομάδες παθήσεων, όπως ψυχιατρικές διαταραχές ή χρόνιες παθήσεις. Εκτός από τις υπηρεσίες τους στους εσωτερικούς ασθενείς, οι ιατροί των ειδικών νοσοκομείων παρέχουν τις υπηρεσίες τους και σε εξωτερικούς ασθενείς που επισκέπτονται το νοσοκομείο, ύστερα από παραπομπή των γενικών ιατρών.

Πιο περίπλοκες τριτοβάθμιες θεραπείες παρέχονται στα κλινικά κέντρα – ένας όρος που στη Σερβική Δημοκρατία εννοεί τις πανεπιστημιακές κλινικές. Κάθε κλινικό κέντρο στη Σερβική Δημοκρατία αποτελεί ίδρυμα υψηλής εξειδίκευσης το οποίο παρέχει τριτοβάθμια περίθαλψη, αλλά και μακροχρόνια επιστημονική έρευνα. Το κλινικό κέντρο στη Μπάνια Λούκα διαθέτει 1.327 κλίνες εκ των οποίων οι 350 περίπου αφορούν στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και οι 850 στην τριτοβάθμια. Καλύπτει 11 δημοτικά διαμερίσματα ενώ το μικρότερο κλινικό κέντρο στο Σερβικό Σαράγιεβο διαθέτει 776 κλίνες και καλύπτει 14 διαμερίσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : Η ΡΟΥΜΑΝΙΑ

2.1 Εισαγωγή

Η Ρουμανία βρίσκεται στο νοτιοανατολικό κομμάτι της κεντρικής Ευρώπης, στη Βαλκανική Χερσόνησο. Καλύπτει έκταση 237.500 τετραγωνικών χιλιομέτρων ενώ τα σύνορά της έχουν συνολικό μήκος 3.153 χιλιόμετρα. Στην ανατολή συνορεύει με τον Εύξεινο Πόντο, βορειοανατολικά με τη Μολδαβία, στο βορρά με την Ουκρανία, στη δύση με την Ουγγαρία, νοτιοδυτικά με τη Σερβία και νότια με τη Βουλγαρία²⁰.

Πρωτεύουσα της χώρας είναι το Βουκουρέστι. Το 2006, ο πληθυσμός της Ρουμανίας υπολογιζόταν σε 21.577.000 εκ των οποίων το 52,7% κατοικούσε σε αστικές περιοχές και το 47,3% σε αγροτικές²¹.

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού αποτελείται από Ρουμάνους (89,5%), Ούγγρους (6,6%) και Αθίγγανους (2,5%), αλλά συναντά κανείς και άλλες υπηκοότητες (1,4%).

2.2 Ιστορική αναδρομή

Κατά τη διάρκεια του Ρωσοτουρκικού Πολέμου του 1877-1878, η Ρουμανία αγωνίστηκε με τη Ρωσική πλευρά. Ως αποτέλεσμα αυτής της συμμαχίας ήταν και η επίσημη αναγνώριση της ανεξαρτησίας της Ρουμανίας με την υπογραφή της Συνθήκης του Βερολίνου στις 13 Ιουλίου 1878²².

Η ανεξαρτησία της Ρουμανίας αναγνωρίστηκε από την Ιταλία το Δεκέμβριο του 1879 και από τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία και τη Γερμανία το Φεβρουάριο του 1880. Τον ίδιο χρόνο άρχισε να συζητείται στη χώρα η ιδέα ίδρυσης βασιλείου, κάτι που έγινε στις 22 Μαΐου 1881 με τη στέψη του Κάρολου του Α΄ και αναγνωρίστηκε αμέσως από τις Μεγάλες Δυνάμεις.

Το 1947 αποτελεί έτος-σταθμό για τη σύγχρονη Ρουμανία. Οι φιλελεύθερες πολιτικές και οικονομικές δομές καθώς και αντιλήψεις υπέρ της ατομικής πρωτοβουλίας που είχαν αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα, έδιναν τώρα τη θέση

²⁰ *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος – Larousse – Britannica»*, τόμος 45, Αθήνα, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, 2007.

²¹ Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής της Ρουμανίας (<http://www.insse.ro/>), 2002.

²² Independence and monarchy (http://en.wikipedia.org/wiki/Romania#Independence_and_monarchy)

τους στο κολεκτιβιστικό μοντέλο ανάπτυξης²³ και σε μια ξενόφερτη ιδεολογία. Είχε επέλθει πλέον το τέλος της δυτικής επιρροής στη χώρα.

Στις 30 Δεκεμβρίου του 1947 καταλύεται η μοναρχία και πολίτευμα της χώρας γίνεται πλέον η Λαϊκή Δημοκρατία²⁴.

Από το 1948 έως το 1960 περίπου, οι κομμουνιστές ηγέτες έθεσαν τα θεμέλια ενός ολοκληρωτικού καθεστώτος. Το 1948 υιοθέτησαν Σύνταγμα σοβιετικού τύπου το οποίο και εξασφάλιζε την απόλυτη εξουσία του κόμματος.

Η Ρουμανία έγινε μέλος της ΚΟΜΕΚΟΝ²⁵ (1949), του Συμφώνου της Βαρσοβίας²⁶ και του ΟΗΕ (1955).

Το 1965 ο Νικολάε Τσαουσέσκου, διάδοχος του τότε κυβερνήτη της χώρας Γκεοργκίου Ντεζ, μετονόμασε τη χώρα σε Σοσιαλιστική Δημοκρατία της Ρουμανίας θέλοντας να δείξει ότι η Ρουμανία εισήλθε σε μια ανώτερη φάση υλοποίησης του σοσιαλισμού. Ωστόσο, η διακυβέρνηση της Ρουμανίας από τον Τσαουσέσκου υπήρξε προβληματική. Τελικά η αγανάκτηση του λαού, αλλά και η δυσαρέσκεια των ανώτερων στελεχών του κόμματος και του στρατού, προκάλεσαν την ανατροπή του μετά από έντονες, μαζικές αντικυβερνητικές διαδηλώσεις που ξεκίνησαν το Δεκέμβριο του 1989.

Το νέο Σύνταγμα εγκρίθηκε με δημοψήφισμα στις 8 Δεκεμβρίου 1991 και εισήγαγε το δημοκρατικό πολίτευμα.

Το 1993 ξεκίνησαν οι διαπραγματεύσεις για την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το 1995 ανακοινώθηκε η ιδιωτικοποίηση χιλιάδων κρατικών επιχειρήσεων.

Το 1997 η χώρα έθεσε υποψηφιότητα για την είσοδό της στο ΝΑΤΟ όπου και έγινε δεκτή ως πλήρες μέλος με τη Σύνοδο Κορυφής του ΝΑΤΟ το Μάρτιο του 2004.

Το 1999 ανακοινώνει την υποψηφιότητά της για την ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στις αρχές του 2005 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε την αίτηση ένταξης

²³ Κολεκτιβισμός: μορφή κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης στην οποία όλα τα μέσα παραγωγής αποτελούν ιδιοκτησία συλλογικού οργάνου. Μπαμπινιώτης, Γ., «Λεξικό για το σχολείο & το γραφείο», Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα, 2004.

²⁴ Ιστορία της Ρουμανίας

(<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A1%CE%BF%CF%85%CE%BC%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1>)

²⁵ COMECON – Council for Mutual Economic Assistance. Αγγλοσαξονική ονομασία του Οικονομικού Συμβουλίου Αμοιβαίας Βοήθειας, οργανισμού που ίδρυσαν η πρώην Σοβιετική Ένωση (ΕΣΣΔ) και οι σύμμαχοί της το 1949 με σκοπό τη συνεργασία των κρατών-μελών, για την αρμονική ανάπτυξη της οικονομικής και εμπορικής δραστηριότητάς τους και συνεπώς την ανύψωση του βιοτικού επιπέδου των λαών τους. Διαλύθηκε στις 28 Ιουνίου 1991, ακολουθώντας την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και των υπόλοιπων σοσιαλιστικών καθεστώτων της Ευρώπης. *Εγκυκλοπαίδεια «Δομή»*, τόμος 18, Εκδόσεις «Δομή» Α.Ε., Αθήνα, 2002-2007.

²⁶ Επίσημη ονομασία της Συνθήκης της Βαρσοβίας για Φιλία, Συνεργασία και Αμοιβαία Βοήθεια που υπογράφηκε στις 14 Μαΐου 1955 από κομμουνιστικά κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης σε απάντηση στη Συνθήκη του Νάτο (http://en.wikipedia.org/wiki/Warsaw_Pact)

της χώρας στην ΕΕ το 2007 και την 1η Ιανουαρίου 2007 η Ρουμανία έγινε πλέον κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2.3 Η διοικητική διαίρεση της χώρας – Τα όργανα διοικήσεως

2.3.1 Τα όργανα διοικήσεως

Μετά την πτώση του κομμουνισμού, το 1989, μια συντακτική συνέλευση ανέλαβε να συντάξει νέο Σύνταγμα. Το Σύνταγμα της Ρουμανίας (βασισμένο στο Σύνταγμα της Πέμπτης Δημοκρατίας της Γαλλίας) εγκρίθηκε με εθνικό δημοψήφισμα στις 8 Δεκεμβρίου 1991²⁷.

Η Ρουμανία κυβερνάται βάσει του πολυκομματικού δημοκρατικού συστήματος και του διαχωρισμού των νομικών, εκτελεστικών και δικαστικών εξουσιών. Σύμφωνα με το Σύνταγμα, η Ρουμανία είναι μια ημι-προεδρική λαϊκή δημοκρατία όπου οι εκτελεστικές λειτουργίες μοιράζονται μεταξύ του Προέδρου και του Πρωθυπουργού. Ο Πρόεδρος εκλέγεται με άμεση ψηφοφορία για τετραετή θητεία και είναι επικεφαλής των ενόπλων δυνάμεων και πρόεδρος του Ανώτατου Συμβουλίου Εθνικής Άμυνας της χώρας. Ακόμη, έχει την εξουσία να κηρύσσει στρατιωτικό νόμο ή να θέτει τη χώρα σε συναγερμό, με τη σύμφωνη γνώμη της βουλής. Ο Πρόεδρος προτείνει επίσης των Πρωθυπουργό, αφού συμβουλευτεί τα κυρίαρχα κόμματα του Κοινοβουλίου. Ο Πρωθυπουργός διορίζει το Υπουργικό Συμβούλιο και τόσο ο ίδιος όσο και το Υπουργικό Συμβούλιο ευθύνονται για την εφαρμογή της εσωτερικής και εξωτερικής πολιτικής.

Ο νομοθετικός κλάδος της κυβέρνησης, γνωστός ως Κοινοβούλιο, αποτελείται από δυο σώματα: τη Γερουσία (143 μέλη) και τη Βουλή των Αντιπροσώπων (345 μέλη). Τα μέλη και των δυο αυτών σωμάτων εκλέγονται κάθε τέσσερα χρόνια με σύστημα απλής αναλογικής²⁸.

Το δικαστικό σύστημα είναι ανεξάρτητο από τους άλλους δυο κλάδους της κυβέρνησης και αποτελείται από ένα ιεραρχικό σύστημα δικαστηρίων στην κορυφή του οποίου βρίσκεται το Ανώτατο Δικαστήριο (με μέλη που διορίζονται από τον Πρόεδρο). Υπάρχουν επίσης ειρηνοδικεία, περιφερειακά δικαστήρια (στις αποφάσεις των οποίων μπορεί να ασκηθεί έφεση στα ειρηνοδικεία) και στρατοδικεία.

²⁷ «Politics of Romania» (<http://en.wikipedia.org/wiki/Romania#Politics>)

²⁸ Ο αριθμός των εδρών που αναλογούν σε κάθε περιφέρεια ορίζεται από τον αριθμό των ψήφων που ρίχνονται στην κάλπη της εκάστοτε περιφέρειας και οι έδρες που αντιστοιχούν στην κάθε περιφέρεια μοιράζονται μεταξύ των πολιτικών κομμάτων, σύμφωνα με το μερίδιο που αντιστοιχεί από την ψηφοφορία.

Το Συνταγματικό Δικαστήριο είναι αρμόδιο για να κρίνει τη συμμόρφωση των νόμων και άλλων κρατικών κανονισμών με το Ρουμανικό Σύνταγμα, το οποίο αποτελεί το θεμελιώδη νόμο της χώρας. Το σύνταγμα που εισήχθη το 1991, μπορεί να τροποποιηθεί μόνο με δημόσιο δημοψήφισμα (τελευταίο αυτό, του 2003). Από αυτή την τροποποίηση κι έπειτα, οι αποφάσεις του δικαστηρίου δεν μπορούν να ανατραπούν από οποιαδήποτε πλειοψηφία του Κοινοβουλίου.

2.3.2 Η διοικητική διαίρεση της χώρας

Μετά από το 1989, το ρουμανικό πολιτικό σύστημα άλλαξε, οδηγώντας τη χώρα στη φιλελεύθερη δημοκρατία²⁹. Οι περιφέρειες (judet) είναι οι βασικές διοικητικές μονάδες της χώρας. Οι πόλεις και οι κοινότητες είναι μικρότερες διοικητικές μονάδες. Υπάρχουν συνολικά 41 περιφέρειες (καθώς επίσης και ο δήμος του Βουκουρεστίου, που αποτελεί από μόνος του διοικητική μονάδα³⁰), με το μέσο πληθυσμό τους να ανέρχεται στους 550.000 κατοίκους. Η κάθε περιφέρεια διαιρείται σε 3 έως 6 λειτουργικές περιοχές. Σε κάθε τέτοια περιοχή υπάρχει τουλάχιστον ένα νοσοκομείο, μια ή και περισσότερες πολυκλινικές και ένα δίκτυο φαρμακευτικών εργαστηρίων.

Στο χαμηλότερο διοικητικό επίπεδο είναι τα τοπικά συμβούλια, την αποκλειστική εξουσία των οποίων έχουν οι δήμαρχοι. Τα τοπικά συμβούλια και οι δήμαρχοι εκλέγονται άμεσα για μια τετραετή περίοδο. Οι ενέργειες των τοπικών συμβουλίων συντονίζονται από το περιφερειακό συμβούλιο το οποίο και είναι ιεραρχικά ανώτερο. Η σχέση του συμβουλίου ανάμεσα σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο είναι βασισμένη στην αρχή της ύπαρξης τοπικής αυτονομίας και στο ότι οι δημόσιες υπηρεσίες θα πρέπει να αποκεντρωθούν. Τα επίπεδα αυτά λειτουργούν μαζί για να εξετάσουν τα κοινά προβλήματα και κανένα επίπεδο δεν είναι κατώτερο από το άλλο. Η κεντρική κυβέρνηση αντιπροσωπεύεται σε τοπικό επίπεδο από τους νομάρχες οι οποίοι διορίζονται από την κυβέρνηση έχοντας ως ρόλο τους να συντονίζουν και να εποπτεύουν τις δημόσιες υπηρεσίες.

2.4 Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας

Η Ρουμανία είχε μια μακροχρόνια παράδοση οργανωμένης φροντίδας υγείας. Μεταξύ του Πρώτου και του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου υπήρξε ένα σύστημα

²⁹ «Health Care Systems in Transition – Romania». European Observatory on Health Care Systems, 2000.

³⁰ «Administrative divisions of Romania» (http://en.wikipedia.org/wiki/Romania#Administrative_divisions)

κοινωνικής ασφάλειας βασισμένο στο πρότυπο υγειονομικής ασφάλειας *Bismarckian*³¹. Οι εργαζόμενοι των βιομηχανικών επιχειρήσεων, οι έμποροι, οι εργοδότες και οι οικογένειές τους -καθώς επίσης και οι ελεύθεροι επαγγελματίες- ήταν ασφαλισμένοι. Εντούτοις, αυτοί αντιπροσώπευαν μόνο το 5% του πληθυσμού. Οι συνεισφορές, που ήταν σχετικές με το εισόδημα, καταβάλλονταν σε ίσες αναλογίες από τους εργοδότες και τους εργαζομένους.

Το 1949 ψηφίστηκε ο Νόμος σχετικά με την Οργάνωση της Υγείας του Κράτους και υπήρξε μια βαθμιαία μετάβαση σε ένα σύστημα υγείας, το *Semashko*³². Το σύστημα αυτό βασίστηκε στις αρχές της παγκόσμιας κάλυψης και της ελεύθερης πρόσβασης στο σημείο παράδοσης. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ρουμανικού συστήματος φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια αυτών των τεσσάρων δεκαετιών ήταν: η κυβερνητική χρηματοδότηση, ο κεντρικός προγραμματισμός, η δύσκαμπτη διαχείριση και ένα κρατικό μονοπώλιο στις υπηρεσίες υγείας. Αξιοσημείωτη επίσης είναι η απουσία του ιδιωτικού τομέα (καθώς το ιδιωτικό σύστημα καταργήθηκε) και το γεγονός ότι όλοι οι επαγγελματίες στο σύστημα υγείας είχαν τη θέση μισθοδοτούμενων δημοσίων υπαλλήλων.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης *Semashko*, στην προ του 1989 Ρουμανία, ήταν χαρακτηριστικό των χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης³³. Επίκεντρο αυτού του συστήματος ήταν το κράτος, το οποίο παρέχει τις υπηρεσίες σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, αφήνοντας ελάχιστη ή καμία επιλογή στο χρήστη, αλλά που επιδιώκει να επιτύχει ένα υψηλό επίπεδο δικαιοσύνης. Ένα ιδιαίτερα ρυθμισμένο, τυποποιημένο και διοικητικά συγκεντρωμένο σύστημα χρησιμοποιήθηκε μέσω του Υπουργείου Υγείας. Η κληρονομιά αυτού του συστήματος και η τρέχουσα λειτουργία της υγειονομικής φροντίδας, έως ένα βαθμό, εξακολουθούν να απεικονίζουν τα προβλήματα αυτού του συστήματος:

- Το σχετικά μικρό ποσοστό ΑΕΠ που αφιερώνεται στην υγειονομική περίθαλψη
- Η συγκεντρωμένη και άδικη κατανομή των πόρων (με τις «παράνομες πληρωμές» και τα προνόμια στην ονοματολογία)
- Η έλλειψη ανταπόκρισης στις τοπικές ανάγκες

³¹ Βλάσσης Ιωάννης Ν., «Συστήματα Υγείας», *Παραδόσεις στο ΠΜΣ στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιώς*, Αθήνα, 2006, σ.11.

³² Nikolai Aleksandrovich Semashko: Ρώσος κομμουνιστής και για χρόνια μέλος του Μπολσεβίκικου Κόμματος που διατέλεσε Επίτροπος Δημόσιας Υγείας από το 1918 έως το 1930 (http://en.wikipedia.org/wiki/Nikolai_Semashko_%28medicine%29). Βλέπε ακόμη: Παράρτημα Β,σ.97.

³³ Θεοδώρου, Μ., «Πολιτική Υγείας, μεταρρυθμίσεις & νέες προκλήσεις», *Παραδόσεις του μαθήματος «Πολιτικές Υγείας & Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα και την ΕΕ» του ΠΜΣ στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιώς*, Αθήνα, 2005-6.

- Η κακή ποιότητα στις υπηρεσίες πρώτου επιπέδου, η ανεπαρκής παραπομπή και η υπερβολική έμφαση στις θεραπευτικές υπηρεσίες που ήταν βασισμένες στο νοσοκομείο και η έλλειψη καλού εξοπλισμού και φαρμάκων. Ο ανεφοδιασμός των κλινών και του προσωπικού δεν αντιστοιχούσε με την παροχή του εξοπλισμού και των φαρμάκων
- Η αυξανόμενη αδικία στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των περιοχών και των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων
- Η φτωχή διευθυντική ικανότητα μέσα στο σύστημα και η έλλειψη ενός εργατικού δυναμικού υγειονομικής περίθαλψης με επάρκεια προσόντων και ικανότητες για τη χάραξη πολιτικής και διαχείρισης

Αν και είχαν υπάρξει πολλές αλλαγές από το 1949, μόλις το 1978 ένας νέος νόμος υγείας αναπτύχθηκε.

Το 1983 εισήχθη η πληρωμή με μετρητά για ορισμένες υπηρεσίες, αλλά όλες τους εξακολούθησαν να παρέχονται στις κρατικές εγκαταστάσεις. Η απουσία ανταγωνισμού ή της μεμονωμένης πρωτοβουλίας, η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η μείωση της χρηματοδότησης, η ανεπάρκεια στην παραγωγή, οι άκαμπτοι κανόνες, ο ανεπαρκής εξοπλισμός υγειονομικής φροντίδας και η έλλειψη εγκαταστάσεων οδήγησαν σε μια αυξανόμενη πίεση για αλλαγή.

Οι πολιτικές αλλαγές στη Ρουμανία το 1989 έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην απόφαση των Ρουμάνων πολιτικών να μετατρέψουν το δημόσιο σύστημα υγείας σε ένα σύστημα βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης. Η απόφαση αυτή βασίστηκε κυρίως σε αποτελέσματα μελετών οι οποίες υπογράμμιζαν την ανεπάρκεια του υπάρχοντος συστήματος και τη δυσαρέσκεια που αυτό προκαλούσε στους πολίτες και στο ιατρικό προσωπικό. Άλλες έρευνες περιέγραψαν τις πηγές των αποτυχιών και των κυριότερων δυσλειτουργιών στα διάφορα επίπεδα του συστήματος. Τα αποτελέσματα των ερευνών και οι τεχνικές υποδείξεις των ειδικών υποβλήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας.

Μεταξύ του 1990 και του 1995 η κυβέρνηση και το Υπουργείο Υγείας εξέδωσαν μια σειρά διαταγμάτων και διαταγών που με την πάροδο του χρόνου οδήγησαν σε πολλές αλλαγές. Καμία από αυτές δεν εξέτασε το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία είναι διαφυλαγμένη στο Άρθρο 33 του Ρουμανικού Συντάγματος.

Αρχίζοντας το 1995, σημαντικοί νόμοι σχετικά με τη δομή και την οργάνωση του ρουμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ψηφίστηκαν. Οι πιο σημαντικοί εξ αυτών ήταν: α) ο νόμος 74/1995 σχετικά με την οργάνωση του κολεγίου των παθολόγων,

β) ο νόμος 145/1997 σχετικά με την κοινωνική ασφάλεια υγείας, γ) ο νόμος 100/1998 σχετικά με τη δημόσια υγεία και δ) ο νόμος 146/1999 σχετικά με την οργάνωση των νοσοκομείων. Οι νέοι κανονισμοί άλλαξαν ουσιαστικά ολόκληρη τη δομή του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης και καθιέρωσαν το νομικό πλαίσιο για τη μετατόπιση από το ενσωματωμένο, συγκεντρωτικό, κρατικό και βασισμένο σε φορολογικό επίπεδο σύστημα, σε ένα αποκεντρωμένο και πλουραλιστικό κοινωνικό σύστημα ασφάλειας της υγείας, με τις συμβατικές σχέσεις μεταξύ των ταμείων ασφάλειας υγείας ως αγοραστές και των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης.

Το 1997 ο Νόμος για την Ασφάλιση Υγείας μετασχημάτισε το ρουμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από το χρηματοδοτημένο κρατικό πρότυπο Semashko σε ένα σύστημα βασισμένο στην ασφάλιση. Οι βασικές διατάξεις του νόμου ρυθμίζουν την παραγωγή εισοδήματος στον τομέα της υγείας καθώς επίσης την κατανομή και την ανακατανομή των κεφαλαίων. Ο νόμος αυτός κατέστησε υποχρεωτική την ασφάλιση των μελών και τη συνέδεσε με την απασχόληση. Οι συνεισφορές εξαρτώνται από το εισόδημα και καταβάλλονται ακόμη και μοιρασμένες από τους ασφαλισμένους και τον εργοδότη.

Τόσο ο Νόμος για την Ασφάλιση Υγείας όσο και ο Νόμος για τη Δημόσια Υγεία πρόσφεραν μια νομική βάση για το ξεκίνημα της διαδικασίας της μεταρρύθμισης του συστήματος δημόσιας υγείας στη Ρουμανία, και σε γενικές γραμμές συμπεριλαμβάνουν:

- Την εγγύηση του κράτους για την καθολική κάλυψη των βασικών αναγκών για ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες
- Τη διασαφήνιση των στόχων και καθηκόντων των κυριοτέρων κρατικών δομών
- Τον καθορισμό των φορέων που θα έχουν την ευθύνη της μεταρρύθμισης του συστήματος δημόσιας υγείας³⁴

Για να σταματήσει η επιδείνωση της ιατρικής παροχής και για να αρχίσει η αποκατάστασή της βάσει του νόμου 79/1991, εγκρίθηκε από το Ρουμανικό Κοινοβούλιο ένα δάνειο από την Παγκόσμια Τράπεζα. Το πρόγραμμα της Παγκόσμιας Τράπεζας άρχισε το 1992 και περιέλαβε ένα δάνειο 150 εκατομμυρίων αμερικανικών δολαρίων. Αρχικά, σχεδιάστηκε να ολοκληρωθεί τον Ιούνιο του 1996, αλλά τελικά παρατάθηκε για τρία χρόνια ακόμη και ολοκληρώθηκε στις 30 Ιουνίου του 1999. Το πρόγραμμα επιδιώκει να αποκαταστήσει τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να χρηματοδοτήσει τα πρώτα βήματα της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας.

³⁴ Δόλγερας Απόστολος, «Τα συστήματα υγείας στα Βαλκάνια», *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας- Προβλήματα και Τάσεις*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια, Τ.1, σσ. 51-72.

2.5 Η οργανωτική δομή και διαχείριση του Συστήματος Υγείας

Το ρουμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση από μια κατάσταση όπου ήταν σχεδόν εξ ολοκλήρου κρατική υπόθεση και συντονιζόταν από το Υπουργείο Υγείας μέσω 41 περιφερειακών διευθύνσεων υγείας και τη Διεύθυνση Υγείας του Βουκουρεστίου, σε μια κατάσταση όπου οι σχέσεις είναι πιο σύνθετες και ο αριθμός των πρωταγωνιστών που περιλαμβάνονται είναι μεγαλύτερος.

Από το 1999 οι μετέχοντες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι οι εξής:

- Το Υπουργείο Υγείας και οι περιφερειακές διευθύνσεις δημόσιας υγείας
- Τα εθνικά και περιφερειακά ασφαλιστικά ταμεία υγείας
- Τα περιφερειακά κολέγια των παθολόγων
- Οι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης

Το Υπουργείο Υγείας

Η δημιουργία των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και η εισαγωγή μιας νέας μεθόδου για τις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης άσκησαν ουσιαστική επίδραση στο ρόλο του Υπουργείου Υγείας. Το πιο δραματικό ήταν, ωστόσο, ότι από την 1^η Ιανουαρίου 1999 το Υπουργείο Υγείας δεν έχει πλέον τον άμεσο έλεγχο της χρηματοδότησης ενός μεγάλου μέρους του δικτύου φορέων παροχής των υπηρεσιών του.

Μετά από το μεταβατικό έτος 1998, το υπουργείο έχει πάρει, από μια άποψη, μια πολιτική προγραμματισμού και συντονισμού που θα έχει την ευθύνη για τη:

- ✓ Διαχείριση της κρατικής δημοσιονομικής κατανομής για την υγεία: το Υπουργείο Υγείας διατηρεί την ευθύνη για τα εθνικά προγράμματα εξετάζοντας την προώθηση της υγείας, την πρόληψη, τη βασική υγειονομική περίθαλψη, τις επιλεγμένες υπηρεσίες ειδικότητας, την υποστήριξη για την εκπαίδευση, τα εθνικά τριτοβάθμια νοσοκομεία περίθαλψης, τις επενδυτικές χρηματοδοτήσεις στα κτίρια και τον ιατρικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπό διαρκή λεπτομερή εξέταση για να δικαιολογήσει τα προγράμματα που επιλέγει να υποστηρίξει
- ✓ Διαχείριση των εθνικής σπουδαιότητας προγραμμάτων υγείας, τα αποκαλούμενα προγράμματα δημόσιας υγείας
- ✓ Ρύθμιση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας: ένας νέος ρόλος του Υπουργείου Υγείας είναι αυτός του ρυθμιστή για τον αναδύμενο ιδιωτικό τομέα στην υγεία της Ρουμανίας. Μεγάλος αριθμός ιατρών λειτουργεί ήδη τις ιδιωτικές ιατρικές πρακτικές

ενώ στο Βουκουρέστι και σε άλλες μεγάλες πόλεις έχουν καθιερωθεί μερικές ιδιωτικές κλινικές πολλών ειδικοτήτων. Ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και τη συμπλήρωση των υπηρεσιών που παρέχονται από τον τομέα της δημόσιας υγείας. Ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας μπορούν να συνδυαστούν με διάφορους τρόπους και το Υπουργείο Υγείας καλείται να ρυθμίσει αυτή την εκδοχή

- ✓ Να πραγματοποιήσει μια έρευνα υγειονομικής πολιτικής και έναν προγραμματισμό: ο αντίκτυπος της μεταρρύθμισης στην υγεία και των τροποποιημένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, η ανάγκη για αναβάθμιση των κτιρίων, οι σημαντικές επισκευές και η χρήση ιατρικού εξοπλισμού μόνο υψηλής τεχνολογίας καθώς και η εμφάνιση του ιδιωτικού τομέα στην υγεία, απαιτούν από το Υπουργείο Υγείας να διαδραματίσει έναν ηγετικό ρόλο στον καθορισμό του πώς αυτά τα ζητήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν
- ✓ Καθορισμός και βελτίωση του νομικού και ρυθμιστικού πλαισίου για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ Ανάπτυξη μιας λογικής πολιτικής ανθρωπίνων πόρων και δημιουργία χωρητικότητας των εγκαταστάσεων για πολιτική ανάλυση και διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Εντούτοις, οι νομικές αλλαγές των ρόλων και των ευθυνών δεν έχουν συνδεθεί ακόμη με τις σημαντικές αλλαγές στις δεξιότητες και τις αρμοδιότητες.

Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας (DPHDs³⁵)

Μέχρι την εισαγωγή του κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας, η βασική διοικητική μονάδα οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών ήταν η περιφερειακή διεύθυνση υγείας σε περιφερειακό (judet) επίπεδο. Από το 1999 αυτή η δομή έχει μετασχηματιστεί σε DPHDs. Κάτω από την εξουσία του αντίστοιχου νομάρχη, η DPHD είναι το αντιπροσωπευτικό σώμα του Υπουργείου Υγείας στο περιφερειακό επίπεδο.

Οι DPHDs έχουν ρόλους και ευθύνες για:

- Την ανάπτυξη, εκτελώντας και αξιολογώντας προγράμματα δημόσιας υγείας
- Τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού σε σχέση με τους κύριους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου
- Την άμεση εμπλοκή του στις δραστηριότητες της δημόσιας υγείας

³⁵ DPHDs : District public health directorates

- Την επικοινωνία με το κοινό και με τις τοπικές αρχές σε θέματα περιβαλλοντικής υγείας και την εμπλοκή του στην κοινότητα για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο
- Τη συνεργασία με άλλους δράστες που συμμετέχουν στην υγεία και στους σχετικούς με την υγεία τομείς σε περιφερειακό επίπεδο

Η περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας οδηγείται από μια επιτροπή συμβουλίων. Ο διευθυντής είναι συνήθως ιατρός και διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας με τη συμφωνία του νομάρχη. Ο διευθυντής έχει εκτελεστική δύναμη και δέχεται βοήθεια από τρεις αναπληρωτές διευθυντές (δύο ιατρούς και έναν λογιστή) και από έναν κρατικό υγειονομικό επιθεωρητή. Ένας αναπληρωτής διευθυντής είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας και των προγραμμάτων δημόσιας υγείας και ένας άλλος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό και τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο.

Από πλευράς οικονομικών πόρων, αυτές οι DPHD έχουν τώρα λιγότερο από το 1/3 των διαθέσιμων δημόσιων κεφαλαίων. Τα υπόλοιπα είναι κάτω από τη διαχείριση των DHIFs.

Το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας (NHIF³⁶)

Το NHIF είναι ένα ειδικευμένο δημόσιο όργανο που θέτει τους κανόνες για τη λειτουργία του κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας.

Το NHIF διαπραγματεύεται τη σύμβαση πλαισίου με το Ρουμανικό Κολέγιο των Ιατρών που οργανώνει το πακέτο ωφελειών, το οποίο έχουν δικαίωμα να λάβουν οι ασφαλιστές, και των πόρων που διανέμονται μεταξύ των διαφόρων ειδών περίθαλψης. Το NHIF αποφασίζει επίσης για την οικονομική ανακατανομή μεταξύ των DHIFs.

Το NHIF έχει το δικαίωμα-δύναμη ώστε να διανείμει την εφαρμογή των υποχρεωτικών κανονισμών (κανόνες, θεσμούς και πρότυπα) σε όλα τα DHIFs, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνοχή του ασφαλιστικού συστήματος υγείας. Συγχρόνως, το NHIF είναι υπεύθυνο για το συντονισμό μαζί με το Υπουργείο Υγείας, το Κολέγιο των Ιατρών, το Υπουργείο Οικονομικών και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας για όλα τα θέματα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον ασφαλιστικό νόμο υγείας, η ηγεσία του NHIF υποτίθεται ότι θα καθιερωνόταν μέσω εθνικής εκλογής. Μια κυβερνητική διάταξη ανέβαλε την εκλογή

³⁶ NHIF: National Health Insurance Fund

για τέσσερα έτη και αποφάσισε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο (Council of Administration – CA) του NHIF πρέπει να αποτελείται από 15 μέλη, με την ακόλουθη σύνθεση:

- ✓ Πέντε κυβερνητικούς αντιπροσώπους: ένας θα διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, ένας από τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ένας από τον Υπουργό Οικονομικών και δυο από τον Πρόεδρο της Ρουμανίας
- ✓ Πέντε αντιπροσώπους συνδικάτων
- ✓ Πέντε αντιπροσώπους των ενώσεων των εργοδοτών

Ο Πρόεδρος του NHIF διορίζεται από τον Πρωθυπουργό. Το CA έχει δυο αντιπροέδρους που εκλέγονται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.

Τα Περιφερειακά Ασφαλιστικά Ταμεία Υγείας (DHIFs³⁷)

Από το 1999 αυτές οι νέες δομές είναι υπεύθυνες για την αύξηση των κοινωνικών εισφορών για την ασφάλεια υγείας από τους εργοδότες και τους εργαζομένους που απασχολούνται στην αντίστοιχη περιοχή. Είναι επίσης αρμόδιες για την αποζημίωση των τοπικών προμηθευτών, τόσο των ατομικών (π.χ. των ιατρών) όσο και των θεσμικών προμηθευτών (π.χ. των ιατρικών εγκαταστάσεων, όπως τα νοσοκομεία και τα κέντρα εξωτερικών ασθενών). Χρηματοδοτούν κυρίως τις θεραπευτικές υπηρεσίες σε συμβατική βάση. Κάθε DHIF διευθύνεται από ένα συμβούλιο το οποίο αποτελείται από εννέα μέλη. Σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες, τρία από τα μέλη αυτά ορίζονται από τα συνδικάτα, τρία από τις ενώσεις των εργοδοτών και τρία από το αντίστοιχο περιφερειακό συμβούλιο (ένα σώμα που εκλέγεται σε περιφερειακό επίπεδο κάθε τέσσερα έτη). Έχουν πρόεδρο και δυο αντιπροέδρους εκλεγμένους από τα μέλη των συμβουλίων.

Το Κολέγιο των Ιατρών (CoPh³⁸)

Το CoPh έχει οργανισμούς και σε περιφερειακό και σε εθνικό επίπεδο. Οι επικεφαλές των εθνικών και των περιφερειακών συμβουλίων εκλέγονται σε περιφερειακό επίπεδο κάθε τέσσερα έτη. Το CoPh έχει σημαντικές και εκτεταμένες αρμοδιότητες σε όλους τους τομείς περίθαλψης από ιατρούς. Αυτό περιλαμβάνει τα περισσότερα επίπεδα του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου και του ασφαλιστικού συστήματος υγείας στο οποίο το CoPh εμπλέκεται στη

³⁷ DHIFs: District health insurance funds

³⁸ CoPh: College of Physicians

διαπραγμάτευση της σύμβασης πλαισίου, που αποτελεί τη βάση για όλες τις μεμονωμένες συμβάσεις μεταξύ των DHIFs και των προμηθευτών. Εξαιτίας αυτού, το CoPh ασκεί επιρροή πάνω στο πακέτο ωφελειών για τον ασφαλισμένο πληθυσμό, τον τύπο των μηχανισμών αποζημίωσης για τους προμηθευτές των υγειονομικών υπηρεσιών και στην επιλογή των φαρμάκων που αντισταθμίζονται καθώς και σε ποια αναλογία, κλπ. Συγχρόνως, το CoPh έχει σημαντικές αρμοδιότητες για τις περιοχές σχετικά με την κατάρτιση και την πιστοποίηση των ιατρών. Προκειμένου να υπάρξει το δικαίωμα άσκησης επαγγέλματος, όλοι οι ιατροί πρέπει να εγγραφούν στο Περιφερειακό Κολέγιο των Ιατρών και να πληρώσουν ένα αντίτιμο για την ιδιότητα του μέλους. Οι πρόσφατα καθιερωμένες ιατρικές πρακτικές πρέπει επίσης να εγκριθούν στο περιφερειακό επίπεδο του CoPh, σύμφωνα με ένα σύνολο κριτηρίων που εκδίδονται σε εθνικό επίπεδο από το CoPh.

Η σύμβαση πλαίσιο

Το NHIF και το Ρουμανικό Κολέγιο των Ιατρών διαπραγματεύονται και υπογράφουν κάθε έτος μια «σύμβαση πλαίσιο» η οποία χρειάζεται επικύρωση από το Υπουργείο Υγείας και έγκριση μέσω κυβερνητικής απόφασης. Αυτή η σύμβαση αποτελεί τη βάση για όλες τις συμβάσεις μεταξύ των DHIFs και των προμηθευτών της υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα ιατρικά γραφεία, φαρμακευτικά εργαστήρια, κέντρα διάγνωσης και θεραπείας, κέντρα υγείας (πολυκλινικές), νοσοκομεία και τις μονάδες των εξωτερικών ασθενών τους κτλ. Σύμφωνα με τον Ασφαλιστικό Νόμο Υγείας, δημιουργούνται οι όροι για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σχετικά με:

- 1) τον κατάλογο ασφάλισης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ιατρικής και άλλων υπηρεσιών
- 2) παραμέτρους ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών
- 3) τα κριτήρια πληρωμής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και οι διαδικασίες τους
- 4) δαπάνες, διαδικασίες πληρωμής και έγγραφα που απαιτούνται
- 5) βασική βοήθεια υγειονομικής περίθαλψης
- 6) εισαγωγές ασθενών στα νοσοκομεία και εξιτήρια
- 7) αιτιολόγηση και διάρκεια της εισαγωγής στα νοσοκομεία
- 8) παροχή θεραπείας ή αποκατάστασης των ασθενών
- 9) γενικοί όροι για την κινητή μονάδα θεραπείας

10) συνταγή των φαρμάκων, των προμηθειών υγειονομικής περίθαλψης, των διαδικασιών θεραπείας, των επεμβάσεων για την τεχνική προσθήκη μελών και της ορθοπεδικής, καθώς επίσης και συσκευών υποστήριξης βαδίσματος και αυτό-εξυπηρέτησης

11) υπηρεσίες οδοντιατρικής και όροι πληρωμής

12) κατάλληλες γνωστοποιήσεις στους αρρώστους

Η σύμβαση πλαίσιο, καθώς επίσης και οι κανόνες για την επιβολή της, αναθεωρούνται ετησίως και παρέχουν λεπτομέρειες για τις μεμονωμένες συμβάσεις με τους προμηθευτές διευκρινίζοντας, μεταξύ των άλλων, τις λεπτομέρειες του μηχανισμού πληρωμής. Η σύμβαση παρέχει τις ενδεικτικές αναλογίες για την κατανομή των κεφαλαίων στα διαφορετικά είδη περίθαλψης (δηλαδή, πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομειακή φροντίδα, ειδική κινητή μονάδα περίθαλψης, οδοντική περίθαλψη και άλλες).

2.6 Αποκέντρωση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας

Τα αρχικά στοιχεία της αποκέντρωσης εισήχθησαν κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών του νέου καθεστώτος. Ο Νόμος της Τοπικής Δημόσιας Διοίκησης, που ψηφίστηκε το 1992, καθόρισε τη νέα δομή της αποκεντρωμένης δημόσιας διοίκησης στη χώρα. Αυτό καθόρισε το οργανωτικό πλαίσιο στο οποίο οι υγειονομικές υπηρεσίες δημόσιου τομέα αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους. Στο νόμο περιγράφονται τρεις μορφές αποκέντρωσης³⁹:

- **Λειτουργική αποκέντρωση** μέσα στο Υπουργείο Υγείας που λειτουργούσε μέσω 42 περιφερειακών διευθύνσεων υγείας (DHDs). Αυτές είχε θεωρηθεί ότι θα εφαρμόζαν, με την καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας, μια πολιτική υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Επικεφαλής τους ήταν ένας διευθυντής (πάντα ιατρός), διορισμένος από το Υπουργείο Υγείας σε συμφωνία με τον νομάρχη εκείνης της περιφέρειας. Μετά από την εισαγωγή του ασφαλιστικού συστήματος υγείας το 1999, τα DHDs άλλαξαν σε Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας (DPHDs) με μια νέα δομή.
- Η **νομαρχιακή αποκέντρωση** υφίσταται μέσω του κεντρικού διορισμού ενός νομάρχη σε κάθε περιφέρεια. Οι νομάρχες είναι αντιπρόσωποι της κεντρικής κυβέρνησης στην περιφέρειά τους και πρέπει να εξασφαλίζουν τη νομική ορθότητα όλων των

³⁹ Θεοδώρου, Μ., «Μεταρρυθμίσεις & απαντήσεις στις νέες προκλήσεις», *Παραδόσεις του μαθήματος «Πολιτικές Υγείας & Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα και την ΕΕ» του ΠΜΣ στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιώς*, Αθήνα, 2005-6.

αποφάσεων από τις τοπικές αρχές και να συντονίζουν τις δραστηριότητες των αποκεντρωμένων κρατικών υπηρεσιών. Ο νομάρχης είναι επίσης επικεφαλής του διοικητικού συμβουλίου που συμπεριλαμβάνει τον πρόεδρο του περιφερειακού συμβουλίου, το δήμαρχο του κύριου αστικού περιφερειακού κέντρου και τους διευθυντές των αποκεντρωμένων οργάνων της κεντρικής κυβέρνησης (συμπεριλαμβανομένου και του διευθυντού της DPHD). Ο νομάρχης πρέπει να εγκρίνει τους διορισμούς που γίνονται για τις θέσεις του διευθυντού και του αναπληρωτή διευθυντού της DPHD, αν και οι πραγματικοί διορισμοί γίνονται από το Υπουργείο Υγείας. Ο νομάρχης μπορεί επίσης να εκδώσει οδηγίες για τις τεχνικές πλευρές της υγειονομικής υπηρεσίας, αν και αυτές πρέπει να υπογραφούν από το διευθυντή των DPHDs.

- Η **αποκέντρωση με μεταβίβαση εξουσιών** λειτουργεί μέσω ενός συστήματος της τοπικής κυβέρνησης που αγκαλιάζει τη μορφή των τοπικά εκλεγμένων συμβουλίων. Αυτά έχουν ένα αριθμό αρμοδιοτήτων με επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Αυτές είναι:
 - ✓ Η έγκριση της οργάνωσης και των δραστηριοτήτων των τοπικών δημοσίων υπαλλήλων, συμπεριλαμβανομένου και του διορισμού τους
 - ✓ Η εξασφάλιση της κατάλληλης λειτουργίας των τοπικών υπηρεσιών
 - ✓ Η αξιολόγηση των κινδύνων υγείας στο περιβάλλον που ζουν και εργάζονται και η παρέμβαση ώστε να μειώσουν τα αποτελέσματα των παραγόντων κινδύνου
 - ✓ Η αποτροπή και ο περιορισμός των μεταδοτικών ασθενειών
 - ✓ Η έγκριση του ανοίγματος και του κλεισίματος των τοπικών εγκαταστάσεων υγείας

Αυτή η δομή της λειτουργίας του δημόσιου τομέα διατήρησε έναν σχετικά συγκεντρωτικό χαρακτήρα δια μέσου των γραμμών της κέντρο – περιφερειακής αρχής, του οικονομικού ελέγχου και του κεντρικού διοικητικού κανονισμού.

Στο επίπεδο των δομών, στόχος του Υπουργείου Υγείας ήταν η ενίσχυση του ρόλου της DHD που εξετάστηκε πειραματικά σε τέσσερις και στη συνέχεια σε οκτώ περιφέρειες. Οι στρατηγικές και οι στόχοι της περιφέρειας προσδιορίστηκαν για την πειραματική περίοδο, με έμφαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην επίδοση και στα κίνητρα του ανθρώπινου δυναμικού, στη βελτιωμένη διαχείριση και την ενοποίηση των νοσοκομείων και στην κοινοτική συμμετοχή.

Μέχρι την εισαγωγή του κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας, η διοικητική αποκέντρωση της υγειονομικής φροντίδας περιορίστηκε από τη συνεχή ύπαρξη μιας ιεραρχικής οργάνωσης και ενός άκαμπτου συστήματος αναφορών. Μέχρι

τότε, είχε λάβει κυρίως τη μορφή αποκέντρωσης. Οι ευθύνες (για παράδειγμα, πολιτική στελέχωσης) είχαν μεταφερθεί προς τις περιφερειακές διευθύνσεις υγείας, από το να παραδοθούν σε οργανισμούς εκτός διάρθρωσης. Υπήρξε μικρή αποκέντρωση και ακόμα μικρότερη μεταβίβαση.

Μετά από την εισαγωγή του ασφαλιστικού κανονισμού υγείας, η *μεταβίβαση* και η *ιδιωτικοποίηση* διαδραματίζουν έναν πιο σημαντικό ρόλο στο στάδιο της διοικητικής αποκέντρωσης. Τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας έχουν αναλάβει ευθύνες σχετικά με την παραγωγή του εισοδήματος, την κατανομή των πόρων στις γεωγραφικές περιοχές, τα επίπεδα φροντίδας και τα προμηθευτικά όργανα.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι λόγω της νέας νομοθεσίας, το Υπουργείο Υγείας πρέπει να εξουσιοδοτήσει μερικές από τις ευθύνες του στο Κολέγιο των Ιατρών. Σε αυτές περιλαμβάνονται ο κανονισμός των επαγγελματικών δραστηριοτήτων, ο προγραμματισμός των αριθμών του ιατρικού προσωπικού (μαζί με το Υπουργείο Υγείας) και η αντιπροσώπευση των παθολόγων από την ομάδα τρίτων πληρωτών.

2.7 Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας

2.7.1 Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας

Το Υπουργείο Υγείας αποτελεί την κεντρική αρχή της δημόσιας υγείας. Είναι αρμόδιο για τον καθορισμό της οργάνωσης και τη λειτουργία των προτύπων για τα όργανα της δημόσιας υγείας, για την ανάπτυξη και τη χρηματοδότηση εθνικών προγραμμάτων δημόσιας υγείας, για τη συλλογή δεδομένων, για την εξουσιοδότηση των ανώτερων υπαλλήλων δημόσιας υγείας και για τη σύνταξη εκθέσεων σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

Το Ίδρυμα για τη Μητρική και Παιδική Μέριμνα (Institute for Maternal and Child Care – IMCC) συμβουλεύει το Υπουργείο για τα πρότυπα της υγείας σε μητέρες και παιδιά και συμμετέχει στα προγράμματα υγείας. Όπως στη σύνταξη επιδημιολογικών στοιχείων, αλλά και στον καθορισμό δεδομένων, το IMCC συμμετέχει επίσης στο Εθνικό Πρόγραμμα Οικογενειακού Προγραμματισμού, στην εκπαίδευση μαιευτήρων και στην εποπτεία της μαιευτικής κατάρτισης.

Η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για την Επιδημιολογία και η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τη Διαχείριση της Υγειονομικής Περίθαλψης και τη Δημόσια Υγεία δημιουργούνται μέσα στο Υπουργείο Υγείας. Οι συμβουλές τους

λαμβάνονται όταν το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται αντιμέτωπο με συγκεκριμένα θέματα στρατηγικής σπουδαιότητας για τα ζητήματα δημόσιας υγείας.

Υπάρχουν τέσσερα ιδρύματα δημόσιας υγείας στα κύρια πανεπιστημιακά κέντρα: στο Βουκουρέστι, στο Κλουζ, στο Ιάσιο και στην Τιμισοάρα. Το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας στο Βουκουρέστι (ιδρύθηκε το 1927) έχει τμήματα για την περιβαλλοντική ιατρική, την επαγγελματική ιατρική, τη μεταδοτική και μη επιδημιολογία ασθενειών, την κοινωνική ιατρική, την υγιεινή τροφίμων και τη διατροφή, την παιδική και την εφηβική υγιεινή και την προώθηση και εκπαίδευση υγείας. Οι κύριοι στόχοι του Ιδρύματος είναι η επεξεργασία των σχεδίων των εθνικών προτύπων και των κανονισμών για τη δημόσια υγεία, οι μέθοδοι και οι μεθοδολογίες για την αξιολόγηση της ποιότητας της διαβίωσης και του εργασιακού περιβάλλοντος, η επεξεργασία, ο συντονισμός της εφαρμογής και της αξιολόγησης των πέντε από τα 34 εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας και η επαγγελματική συμβουλή. Το Ίδρυμα είναι το εθνικό σημείο εστίασης για τα διάφορα διεθνή προγράμματα και ενέργειες όπως το GERMON – PMUN – AIEA για τα πυρηνικά ατυχήματα, το GEENET/EURO για το Ευρωπαϊκό δίκτυο πληροφοριών για την περιβαλλοντική επιδημιολογία και το GEMS/AIR για την ατμοσφαιρική ρύπανση και την περιβαλλοντική υγεία.

Τα άλλα τρία ιδρύματα έχουν παρόμοια δομή και στόχους. Τα ιδρύματα δημόσιας υγείας είναι αυτόνομοι οργανισμοί, υπόλογοι στο Υπουργείο Υγείας, και παρέχουν τεχνική υποστήριξη στη δημόσια υγεία και τα σχετικά θέματα στα υπουργεία και σε άλλα εθνικά όργανα με υγειονομικές ευθύνες. Παρέχουν επίσης επιμορφωτικού χαρακτήρα μαθήματα και εκπαιδεύουν τους κατοίκους στη δημόσια υγεία και σε σχετικές ειδικότητες. Χρηματοδοτούνται κυρίως από το Υπουργείο Υγείας, αλλά έχουν το δικαίωμα να προσελκύσουν πρόσθετα κεφάλαια μέσω των φόρων ή συνεργασίες με διάφορες οργανώσεις.

Το Ίδρυμα για τις Υγειονομικές Υπηρεσίες και τη Διαχείριση (έτος ίδρύσεως 1991) εκτελεί την έρευνα, την τεχνική βοήθεια, τη συνεχόμενη εκπαίδευση και τη μεταπτυχιακή κατάρτιση στη διαχείριση υγείας, την πολιτική υγείας, την προώθηση υγείας και την υγειονομική αγωγή (μέσω του Εθνικού Κέντρου για την Προώθηση Υγείας και Εκπαίδευσης για την Υγεία, ένα τμήμα του Ιδρύματος για τις Διαχείριση Υγειονομικών Υπηρεσιών). Αυτό το όργανο ήταν υπεύθυνο για τρία κύρια συστατικά του Προγράμματος για την Αποκατάσταση της Υγείας της Παγκόσμιας Τράπεζας. Συνεργάζεται με τα πανεπιστήμια της ιατρικής και της φαρμακευτικής καθώς επίσης και με τα άλλα ρουμανικά όργανα υγείας και έχει συμφωνίες συνεργασίας σε επιμορφωτικά

προγράμματα με ξένα πανεπιστήμια, όπως η Σχολή Υγιεινής και Τροπικής Ιατρικής του Λονδίνου, το Πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ (Καναδάς), το Πανεπιστήμιο του Σικάγο και το Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης (ΗΠΑ).

Στο περιφερειακό επίπεδο, οι διευθύνσεις δημόσιας υγείας (DPHDs) είναι αρμόδιες για τα ζητήματα δημόσιας υγείας, όπως: η ανάπτυξη και εκτέλεση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, ο έλεγχος της κατάστασης υγείας του πληθυσμού σε σχέση με τους κύριους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, η επικοινωνία με το κοινό και με τις τοπικές αρχές στα θέματα περιβαλλοντικής υγείας, η υγειονομική επιθεώρηση και η προληπτική ιατρική. Έχουν εποπτικό προσωπικό το οποίο ελέγχει τους επαγγελματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου και επιβάλλει ρυθμιστικά πρότυπα δημόσιας υγείας. Οι δαπάνες τους, συμπεριλαμβανομένων και των λειτουργικών δαπανών όπως μισθοί, υλικά και φάρμακα, χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας. Επιτρέπεται επίσης να συγκεντρώσουν χρήματα ιδιωτών, χρεώνοντας με αμοιβές μερικές από τις δραστηριότητές τους.

Η περιβαλλοντική υγεία είναι επίσης ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Το Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας στο Βουκουρέστι είναι ο εθνικός συντονιστής για το Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης για την Περιβαλλοντική Υγεία (το Ρουμανικό NEHAP – National Environmental Health Action Plan). Οι σημαντικότεροι στόχοι του παρόντος NEHAP είναι η θεσμική ανάπτυξη και η δημιουργία υποδομής στην περιβαλλοντική υγεία, η προστασία του πληθυσμού ενάντια σε συγκεκριμένους κινδύνους από το περιβάλλον που ζουν, η εναρμόνιση της Ρουμανικής νομοθεσίας για την περιβαλλοντική υγεία με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η δημόσια επικοινωνία σχετικά με τα θέματα περιβαλλοντικής υγείας και η συμμετοχή της κοινότητας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο. Από το 1993 η Ρουμανία συμμετέχει σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για ένα υγιές περιβάλλον υπό την επίβλεψη του Περιφερειακού Γραφείου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη και στο πρόγραμμα του PHARE⁴⁰ για την ατμοσφαιρική ποιότητα και το περιβάλλον.

Οι μεταδοτικές ασθένειες είναι στην ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, αλλά η θεραπεία για αυτές καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Η έκθεση για τις

⁴⁰ Το PHARE δημιουργήθηκε το 1989 ως πρόγραμμα της Πολωνίας και της Ουγγαρίας για Βοήθεια στην Αναδόμηση των Οικονομιών τους - The Poland and Hungary: Assistance for Restructuring their Economies (PHARE) programme. Είναι ένα από τα τρία όργανα που χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για να βοηθήσουν τις αιτούσες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης στις προετοιμασίες τους για να προσχωρήσουν στην ΕΕ (<http://en.wikipedia.org/wiki/PHARE>)

μολυσματικές ασθένειες γίνεται από ιατρούς παθολόγους. Η Ρουμανία έχει καθιερώσει διαγνωστικά προγράμματα για το αυχενικό και τον καρκίνο του μαστού για γυναίκες ηλικίας 25 έως 56 και πάνω από 40 ετών, αντιστοίχως. Έχει διαδοθεί επίσης η ραδιολογική διάγνωση για τη φυματίωση. Η υποχρεωτική ανοσοποίηση οργανώνεται από τις DPHDs και πραγματοποιείται κυρίως από οικογενειακούς ιατρούς στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος. Στις μεγάλες ακαδημαϊκές πόλεις δημιουργήθηκαν γραφεία εμβολιασμών και επιτήρησης ορών τα οποία συνεργάζονται με τα ιδρύματα δημόσιας υγείας ή τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία για τις μολυσματικές ασθένειες. Τα ποσοστά ανοσοποίησης στη Ρουμανία έχουν παραμείνει σε αποδεκτά επίπεδα, πχ. στο 97% για την ιλαρά η οποία είναι επάνω από τα ποσοστά των περισσότερων δυτικοευρωπαϊκών χωρών.

2.7.2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Έως το 1999 η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διεξαγόταν κυρίως μέσω ενός πανεθνικού δικτύου περίπου 6.000 φαρμακευτικών εργαστηρίων. Τα φαρμακευτικά εργαστήρια ανήκαν στο Υπουργείο Υγείας και διοικούνταν από το τοπικό νοσοκομείο το οποίο ήταν υπεύθυνο για τοπικά ταμεία τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα φαρμακευτικά εργαστήρια σε κοινοτικό επίπεδο παρείχαν υγειονομική φροντίδα στα παιδιά κάτω από την ηλικία των πέντε ετών, στις νοικοκυρές, στους συνταξιούχους και τους ανέργους που διέμεναν σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Υπήρξαν επίσης φαρμακευτικά εργαστήρια σε επιχειρήσεις για τους υπαλλήλους (μερικές φορές για έναν αριθμό γειτονικών επιχειρήσεων) και σχολικά φαρμακευτικά εργαστήρια που παρείχαν ιατρική φροντίδα για οποιονδήποτε στην πλήρη εκπαίδευση. Οι ασθενείς δεν είχαν δικαίωμα να επιλέξουν το φαρμακευτικό εργαστήριό τους, αλλά τους οριζόταν ένα σύμφωνα με την περιοχή απασχόλησής τους ή την κατοικία τους. Αρχίζοντας από το 1998, οι ασθενείς είχαν την άδεια για να επιλέξουν το φαρμακευτικό εργαστήριό τους, δηλαδή τον οικογενειακό ιατρό τους. Ο Ασφαλιστικός Νόμος Υγείας ορίζει ότι ένας οικογενειακός ιατρός μπορεί να αλλαχθεί τουλάχιστον τρεις μήνες μετά από την αρχική συμφωνία με τον ιατρό αυτό.

Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία σχετικά με την εφαρμογή του συστήματος της ασφάλειας υγείας, οι παθολόγοι ιατροί από κρατικοί υπάλληλοι γίνονται ανεξάρτητοι επαγγελματίες που θα συμβάλλονται από τη δημόσια χρηματοδότηση για την ασφάλεια υγείας, αλλά θα χειρίζονται οι ίδιοι τα ιατρικά γραφεία τους.

Τα υπουργεία που διατήρησαν τα δικά τους δίκτυα υγειονομικής φροντίδας κατείχαν επίσης φαρμακευτικά εργαστήρια που ήταν εγκατεστημένα σε στρατιωτικά ιδρύματα, σιδηροδρομικούς σταθμούς και λιμάνια και παρείχαν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας στους υπαλλήλους αυτών των ιδρυμάτων.

Από το 1990 υπάρχουν επίσης ιδιωτικά ιατρικά γραφεία που στελεχώνονται από παθολόγους ιατρούς ή ειδικούς. Οι παθολόγοι που εργάζονται σε αυτά μοιράζουν το χρόνο τους μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Εκτός από την προληπτική και θεραπευτική φροντίδα, τα φαρμακευτικά εργαστήρια παρέχουν επίσης την προ του τοκετού και τη μεταγενέθλια φροντίδα, μερική δημόσια φροντίδα υγείας, προώθηση υγείας και δραστηριότητες υγειονομικής αγωγής. Παρέχουν επίσης πιστοποιητικά υγείας για γάμους, για την ανικανότητα εργασίας και για τους θανάτους.

Η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας άρχισε σε πειραματική βάση σε οκτώ περιφέρειες (από τις 41) το 1994 με έναν νέο τρόπο χρηματοδότησης, μια μετατόπιση της ευθύνης από τα νοσοκομεία στην περιφερειακή διεύθυνση υγείας (district health directorate – DHD) και την εισαγωγή συμβάσεων μεταξύ της DHD και των παθολόγων ιατρών (ως άτομα ή ομάδες). Οι μεταρρυθμίσεις όρισαν στους παθολόγους ιατρούς έναν προστατευτικό ρόλο και εισήγαγαν ανταγωνιστικά στοιχεία μέσω της επιλογής των ασθενών και των νέων μορφών πληρωμής. Το σύστημα αμοιβών για τους παθολόγους ιατρούς αντικαταστάθηκε από ένα μίγμα σταθμισμένων πληρωμών κατά κεφαλήν φόρου και αμοιβών ανά υπηρεσία. Στους ασθενείς παραχωρήθηκε το δικαίωμα να επιλέξουν τον παθολόγο τους και τους δόθηκε η δυνατότητα μετά από τρεις μήνες να τον αλλάξουν για κάποιον άλλο.

Η πρόσβαση στην παροχή κλινικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών ειδικότητας στους εξωτερικούς ασθενείς απαιτεί τώρα επίσημη παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό, αλλά από το 1989 το σύστημα παραπομπής παρακάμπτεται όλο και περισσότερο και η συχνότητα των συσκέψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει μειωθεί. Οι ασθενείς τώρα συμβουλευονται τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά μέσον όρο 2,3 φορές ετησίως (το 1998), αποτελώντας μόνο το ένα τρίτο όλων των επαφών με τις κινητές μονάδες περίθαλψης. Συμπεριλαμβανομένων των ειδικών επαφών, οι αριθμοί στη Ρουμανία για τις επαφές των εξωτερικών ασθενών είναι σχεδόν στο μέσο όρο εάν συγκριθούν με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, αυτοί έχουν παραμείνει αρκετά σταθεροί στις οκτώ περίπου επαφές το χρόνο.

2.8 Η κινητή μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδας

Η κινητή μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδας παραδίδεται από το δίκτυο των τμημάτων των εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων, των κέντρων διάγνωσης και θεραπείας και των γραφείων των ειδικών⁴¹.

Παλαιότερα, χαρακτηριστικοί προμηθευτές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν οι πολυκλινικές που υπήρχαν μόνο σε αστικές περιοχές (ενώ τα φαρμακευτικά εργαστήρια υπήρχαν και σε αγροτικές, αλλά και σε αστικές περιοχές, παρέχοντας μόνο πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας). Η πλειοψηφία των πολυκλινικών παρέδιδε δωρεάν υπηρεσίες, αλλά ένας μικρός αριθμός ζητούσε πληρωμή τοις μετρητοίς. Οι ιατρικές υπηρεσίες των κρατικών εξωτερικών ασθενών παραδίδονταν από τους ιατρούς σε έμμισθη βάση. Εκτός από τις έκτακτες ανάγκες, οι ιατρικές υπηρεσίες παραδίδονταν σε έναν εδαφικά καθορισμένο πληθυσμό έως το 1998.

Οι πολυκλινικές έχουν γίνει τώρα είτε νοσοκομεία OPDs (Outpatient Departments⁴²) ή δωρεάν μόνιμα κέντρα διάγνωσης και θεραπείας - είτε έχουν χωριστεί σε ξεχωριστά ιατρικά γραφεία ειδικών. Ξεχωριστά ιατρικά γραφεία ειδικών αρχίζουν να ιδρύονται επίσης σε αγροτικές περιοχές, αλλά γενικώς υπάρχουν επίσης και στις πόλεις. Έχουν υπάρξει ιδιωτικά ιατρικά γραφεία από το 1990, τα οποία στελεχώνονται συνήθως από ιατρούς που εργάζονται και στο δημόσιο τομέα. Μελέτες υπολογίζουν ότι ένα κατ' εκτίμηση 15% των παθολόγων εργάζονται και στο δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα (Centre for Health Policies and Services, 1999). Οι παθολόγοι που εργάζονται σε ιδιωτικά ιατρικά γραφεία χρειάζονται μια χορήγηση άδειας ελεύθερης ασκήσεως επαγγέλματος καθώς και έγκριση για την ιατρική μονάδα. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών μπορούν να είναι αναγνωρισμένες για όλες τις ειδικότητες συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής επέμβασης εξωτερικών ασθενών. Οι ασθενείς έχουν πλέον ελευθερία επιλογής πάνω στην επιλογή ενός ειδικού.

2.9 Η νοσοκομειακή περίθαλψη

Υπάρχουν τέσσερις κύριες κατηγορίες νοσοκομείων στη Ρουμανία:

- τα αγροτικά νοσοκομεία, τα οποία έχουν το ελάχιστο 120 κλίνες και παρέχουν εσωτερική ιατρική και παιδιατρικές υπηρεσίες

⁴¹ European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/observatory>)

⁴² Τμήματα εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων, όπου οι ασθενείς λαμβάνουν διαγνώσεις και / ή θεραπεία, χωρίς να χρειάζεται να παραμείνουν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της νύχτας, (<http://en.wikipedia.org/wiki/OPD>)

- τα αστικά και τα δημοτικά νοσοκομεία, με τουλάχιστον 250 και 400 κλίνες, αντιστοίχως, και τμήματα εσωτερικής ιατρικής, χειρουργικής, γυναικολογίας – μαιευτικής και παιδιατρικής
- τα περιφερειακά νοσοκομεία στις μεγαλύτερες πόλεις έχουν, επιπλέον, τμήματα ορθοπαιδικής, εντατικής παρακολούθησης, οφθαλμολογίας και ωτορινολαρυγγολογίας
- η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται στις εξειδικευμένες μονάδες όπως το Ίδρυμα Μητρότητας και Παιδικής Μέριμνας, το Ίδρυμα Ογκολογίας, το Νοσοκομείο Νευροχειρουργικής, το Ίδρυμα Λουτροθεραπείας και Αποκατάστασης, το Ίδρυμα Πνευμονοφυσιολογίας και διάφορα καρδιαγγειακά και άλλα τμήματα χειρουργικών επεμβάσεων σε νοσοκομεία εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού.

Από πλευράς ιδιοκτησίας, εκτός από λίγα μικρά νοσοκομεία, όλα τα νοσοκομεία είναι δημόσια και βρίσκονται κάτω από την κρατική διοίκηση. Ηγούνται από μια επιτροπή συμβουλίου και έναν γενικό διευθυντή που έχει την εκτελεστική δύναμη. Αυτός ο διορισμός γίνεται από τη σχετική περιφερειακή διεύθυνση δημόσιας υγείας στην οποία συνήθως ηγείται ένας παθολόγος. Υπάρχουν δυο αναπληρωτές διευθυντές, ένας παθολόγος και ένας οικονομολόγος. Η επιτροπή του συμβουλίου διορίζεται από το γενικό διευθυντή και περιλαμβάνει συνήθως αντιπροσώπους διαφορετικών τμημάτων μέσα στο νοσοκομείο: φροντίδας υγείας, νοσηλείας, φαρμακείου, διοίκησης και λογιστηρίου.

Τα νοσοκομεία αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας και οι δραστηριότητες κατάρτισης από μικτές επιτροπές συμπεριλαμβανομένων αντιπροσώπων του Υπουργείου Παιδείας. Η πιστοποίηση διευκρινίζει τους στόχους και τις ευθύνες των νοσοκομείων. Η νοσοκομειακή συντήρηση, οι θεραπείες και οι μισθοί του προσωπικού χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Στις μέρες μας, η αρχική επένδυση κεφαλαίου χρηματοδοτείται από το κράτος, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, τον προϋπολογισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ – ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΡΟΥΜΑΝΙΑΣ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ.

3.1 Εισαγωγή

Η ιστορική διαδρομή μιας χώρας είναι φανερό πως επηρεάζει πολλούς από τους τομείς λειτουργίας της προκαλώντας συχνά στο εσωτερικό της πλήθος κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών ανατροπών και διαφοροποιήσεων. Ιδίως στην περιοχή των Βαλκανίων παρατηρεί κανείς ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο τοπίο⁴³.

Δεν είναι λίγα τα βαλκανικά κράτη των οποίων η ολοκλήρωση συνέβη στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, συχνά μετά από τοπικούς πολέμους. Η συμμετοχή των κρατών στους δυο μεγάλους Παγκόσμιους Πολέμους με διαφορετικές δυνάμεις, η συνεχής ένταση, οι αλλαγές των καθεστώτων καθώς και η συμμετοχή σε διαφορετικά συγκροτήματα κατά τη διάρκεια του Ψυχρού Πολέμου⁴⁴, έφεραν εμπόδια στην οργάνωση και εξέλιξη των κρατών των Βαλκανίων και ποικίλες ανατροπές στον έως τότε τρόπο λειτουργίας τους.

Στα πλαίσια αυτά είναι φανερό πως ακόμη και ο τομέας της υγείας δε θα μπορούσε να παραμείνει ανεπηρέαστος. Συνεπώς, είναι εύλογο να περιμένει κανείς, κατά τη διάρκεια της μελέτης και σύγκρισης των συστημάτων υγείας των χωρών, να συναντήσει σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών με μακροχρόνια ιστορία ή νεοσύστατων κρατών –όπως η Βοσνία και Ερζεγοβίνη- και χωρών που αναπτύχθηκαν με δημοκρατικές αρχές ή γνώρισαν σαφώς πιο συγκεντρωτικά συστήματα –όπως η Ρουμανία.

⁴³ Δόλγερας Απόστολος, «Τα συστήματα υγείας στα Βαλκάνια», *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας- Προβλήματα και Τάσεις*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια, Τ.1, σσ. 51-72.

⁴⁴ Ψυχρός Πόλεμος: ο γεωπολιτικός, ιδεολογικός και οικονομικός αγώνας μεταξύ των δυο υπερδυνάμεων, ΗΠΑ και ΕΣΣΔ μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Κράτησε από το 1947, μέχρι την πτώση του τείχους του Βερολίνου στις 11 Νοεμβρίου 1989 και λίγο αργότερα την πτώση των κομμουνιστικών καθεστώτων στα άλλα κράτη επιρροής της ΕΣΣΔ. Ονομαζόταν Ψυχρός Πόλεμος γιατί δεν έγινε ποτέ πόλεμος μεταξύ των ΗΠΑ και της ΕΣΣΔ. Ο "πόλεμος" έγινε με τη μορφή αγώνα επικράτησης σε διάφορους τομείς όπως τα συμβατικά και τα πυρηνικά όπλα, τα δίκτυα συμμαχιών, οικονομία και οικονομικούς αποκλεισμούς, προπαγάνδα, κατασκοπεία, πολέμους σε περιφερειακά κράτη, και τον ανταγωνισμό για την κατάκτηση του διαστήματος. Κατά τη διάρκειά του, δε χρησιμοποιήθηκαν ποτέ πυρηνικά όπλα (http://en.wikipedia.org/wiki/Cold_War)

3.2 Οι πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές των χωρών Βοσνίας–Ερζεγοβίνης και Ρουμανίας και η σχέση τους με το Σύστημα Υγείας

Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είναι ένα από τα νεότερα κράτη της Ευρώπης καθώς η αναγνώρισή της ως ανεξάρτητο κράτος έγινε στις 7 Απριλίου 1992. Πέρα από το πλήθος των πολέμων που γνώρισε και της διαρκούς εναλλαγής καθεστώτων, για αρκετά χρόνια βυθίστηκε σε ένα εμφύλιο αιματοκύλισμα που υπήρξε τρομακτικό σε μέγεθος και σε πολυπλοκότητα⁴⁵. Χρειάστηκε η επέμβαση εξωτερικών δυνάμεων και η υπογραφή της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο για την Ειρήνη στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη (Συμφωνία του Ντέιτον) το Δεκέμβριο του 1995 προκειμένου η χώρα να αρχίσει να βγαίνει από το τέλμα.

Λίγο παλαιότερα χρονολογείται η ανεξαρτησία της Ρουμανίας που αναγνωρίστηκε επισήμως με την υπογραφή της Συνθήκης του Βερολίνου στις 13 Ιουλίου 1878. Στη θέση την οποία κατέχει, πάνω στη διασταύρωση μεγάλων μεταναστευτικών οδών, οφείλει μεγάλο μέρος του εθνικού και πολιτισμικού της χαρακτήρα⁴⁶. Εντούτοις, οι ρουμανικές περιοχές γνώρισαν εξ αιτίας της θέσεώς τους σημαντική ανάπτυξη στον τομέα της εθνικής πνευματικής καλλιέργειας, αλλά και μεγάλες περιόδους ταραχών και εμφυλίων πολέμων που στάθηκαν τροχοπέδη στην πορεία προς την ανάπτυξη και εξέλιξη. Χρειάστηκε να περάσουν πολλά χρόνια από την ημέρα της επίσημης αναγνώρισης της ανεξαρτησίας της χώρας έως το Δεκέμβριο του 1991 όπου το νέο Σύνταγμα εισήγαγε το δημοκρατικό πολίτευμα και μαζί του εισήγαγε και το ρουμανικό κράτος σε μια νέα εποχή, σε μια τροχιά προόδου και αλλαγών.

Φυσικό επακόλουθο των μεγάλων πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών που γνώρισαν και οι δυο χώρες ήταν τομείς -μεταξύ των οποίων και αυτός, της υγείας- να παραμείνουν στάσιμοι ή να παρουσιάσουν βραδεία εξέλιξη. Κατ' αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να ερμηνεύσει και να δικαιολογήσει κανείς τη διαφορά μεταξύ των δυο κρατών ως προς την εμφάνιση και εξέλιξη των Συστημάτων Υγείας.

Στην περιοχή που είναι σήμερα η Βοσνία και Ερζεγοβίνη, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν ήταν οργανωμένες πριν από το 1879, όταν η Αυστροουγγρική διοίκηση εισήγαγε σταδιακά ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας παρόμοιο με εκείνο άλλων περιοχών εντός των συνόρων της αυτοκρατορίας. Εκείνη την εποχή είχαμε τη δημιουργία ενός τομέα ιατρικής στην Κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και την

⁴⁵ *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος – Larousse – Britannica»*, τόμος 12^{ος}, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα, 2007.

⁴⁶ *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος – Larousse – Britannica»*, τόμος 45^{ος}, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα, 2007.

πρόσληψη υπαλλήλων-ιατρών για να ορίσουν τα μέτρα υγιεινής και να ελέγξουν την εφαρμογή τους. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα ιδρύθηκαν τα πρώτα νοσοκομεία και το 1920 ήταν το έτος ίδρυσης του πρώτου υπουργείου υγείας.

Το κύριο μέλημα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης στον τομέα της υγείας ήταν η προστασία της μητρότητας και η δημόσια υγεία, καθώς ανάμεσα στο 1920 και 1928 ιδρύθηκαν πολλά ιδρύματα που περιείχαν τμήμα φροντίδας για τη μητέρα και το παιδί και τμήμα για τις μεταδιδόμενες νόσους. Ωστόσο, τα τμήματα υγιεινής ιδρύθηκαν κυρίως στις μεγαλύτερες πόλεις, όπως η Μπάνια Λούκα, το Μόσταρ και το Σαράγιεβο.

Ο πρώτος νόμος που εισήγαγε την ασφάλιση υγείας ίσχυσε το 1888 επιλεκτικά σε κάποιες ομάδες πληθυσμού και το 1910 επεβλήθη η υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους εργαζόμενους. Ένας νόμος του 1946 παρείχε κοινωνική ασφάλιση στους εργάτες, επεκτείνοντας το δικαίωμα αυτό και στα παιδιά το 1950. Το 1970 ψηφίστηκε νόμος για την «ασφάλεια υγείας» και την «υποχρεωτική προστασία υγείας». Η περίοδος 1961-1971 ήταν αυτή που έφερε σημαντικές αλλαγές, μεταξύ άλλων και στον τομέα της υγείας. Θα τη σημειώσουμε ως περίοδο πραγματοποίησης της πρώτης περιφερειακής συγκρότησης της χώρας καθώς παρατηρείται επέκταση των τοπικών διοικήσεων υγείας, των περιφερειακών κέντρων και δημιουργία τοπικών κέντρων υγείας.

Εντούτοις, το νεοσύστατο πλέον κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης δεν απέφυγε την επιρροή ξένων παραγόντων στον τομέα της υγείας. Η Συμφωνία του Ντέιτον το 1995 ήρθε να χωρίσει το σύστημα υγείας της χώρας σε δυο διαφορετικά συστήματα και η οργάνωση της φροντίδας υγείας, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών υγείας κατέστησαν αποκλειστική υπόθεση κάθε κρατιδίου. Μετά την υπογραφή της Συμφωνίας τα κρατίδια ενέκριναν την ξεχωριστή νομοθεσία τους για την υγεία και το 1999 ψηφίστηκε ο Νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση που κατέστησε την ασφάλιση «υποχρεωτική στα καντόνια» της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Ο ίδιος νόμος ανέφερε ότι η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σερβική Δημοκρατία θα πρέπει να παρέχει κάλυψη στους ασφαλισμένους, στην οικογένειά τους και στα μέλη του νοικοκυριού τους.

Σε αντίθεση με τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, η Ρουμανία είχε μακροχρόνια παράδοση οργανωμένης φροντίδας υγείας. Παρατηρούνται, όμως, συχνά αλλαγές που αφορούν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης.

Μεταξύ του Πρώτου και του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου εφαρμόστηκε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλειας βασισμένο στο πρότυπο υγειονομικής ασφάλειας

Bismarckian. Το μοντέλο Bismarck χαρακτηρίζει τα Δημόσια Συστήματα Υγείας τα οποία χρηματοδοτούνται από την Κοινωνική Ασφάλιση⁴⁷. Το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα⁴⁸. Συνεπώς, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες. Πράγματι και στη Ρουμανία οι εργαζόμενοι των βιομηχανικών επιχειρήσεων, οι έμποροι, οι εργοδότες και οι οικογένειές τους -όπως επίσης και οι ελεύθεροι επαγγελματίες- ήταν ασφαλισμένοι. Οι εισφορές ήταν σχετικές με το εισόδημα και καταβάλλονταν σε ίσες αναλογίες από τους εργοδότες και τους εργαζομένους.

Από το 1949 ο κρατικός νόμος σχετικά με την οργάνωση της υγείας άρχισε μια βαθμιαία μετάβαση από το σύστημα Bismarck σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης Semashko. Τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ρουμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ήταν πλέον η κυβερνητική χρηματοδότηση, ο κεντρικός προγραμματισμός, η άκαμπτη διαχείριση και το κρατικό μονοπώλιο στις υγειονομικές υπηρεσίες⁴⁹ (καθώς ο ιδιωτικός τομέας είχε καταργηθεί). Τώρα πια το κράτος παρείχε υπηρεσίες σε όλα τα μέλη της κοινωνίας αφήνοντας ελάχιστη ή καμία επιλογή στο χρήστη. Χρειάστηκε να περάσουν αρκετά χρόνια έως το 1997 όπου ο Νόμος για την Ασφάλιση Υγείας μετασχημάτισε το ρουμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από το χρηματοδοτημένο κρατικό πρότυπο Semashko σε ένα σύστημα βασισμένο στην ασφάλιση. Νέοι νόμοι ήρθαν να αλλάξουν ουσιαστικά τη δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και να αντικαταστήσουν το συγκεντρωτικό, κρατικό και βασισμένο σε φορολογικό επίπεδο σύστημα με ένα αποκεντρωμένο και πλουραλιστικό κοινωνικό σύστημα ασφάλειας υγείας με συμβατικές σχέσεις μεταξύ των ταμείων ασφάλειας υγείας ως αγοραστές και των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης.

⁴⁷ Βλάσσης Ιωάννης Ν., «Συστήματα Υγείας», *Παραδόσεις στο ΠΜΣ στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του ΤΕΙ Πειραιώς*, Αθήνα, 2006.

⁴⁸ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σ. 87.

⁴⁹ http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/romania_health_care.htm

3.3 Η οικονομική στήριξη από ξένες δυνάμεις και η συμβολή της στις υποδομές υγείας

Με την υπογραφή της Συμφωνίας του Ντέιτον άρχισε ουσιαστικά μια νέα εποχή για τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη και συγχρόνως μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης και ανάπτυξης της χώρας. Αρωγοί της στάθηκαν πλήθος εξωγενών παραγόντων, όπως διεθνείς οργανώσεις βοήθειας και κυβερνήσεις ξένων χωρών, που δεσμεύτηκαν να βοηθήσουν στην ασφάλεια και σταθερότητα, αλλά και στην ανοικοδόμηση της χώρας. Τα μέσα που προσέφεραν ήταν κυρίως οικονομικά, στρατιωτικά και πολιτικά.

Ένα από τα πλέον γνωστά και σημαντικά προγράμματα στήριξης της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ήταν το Πρόγραμμα Προτεραιότητας για την Ανοικοδόμηση που σχεδιάστηκε και προσυπογράφηκε από την κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και διεθνείς δωρητές (με κυριότερους την Παγκόσμια Τράπεζα και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή). Το πρόγραμμα διέθετε κονδύλια που ξεπερνούσαν τα 5,1 δισεκατομμύρια δολάρια, συμπεριλαμβανομένων δωρεών από άλλες ομάδες⁵⁰.

Η χρηματοοικονομική βοήθεια από τη διεθνή κοινότητα έχει διατηρηθεί σε σημαντική κλίμακα, για παράδειγμα μέσω του Γραφείου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για Ανθρωπιστική Βοήθεια⁵¹ και των προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για οικονομική αναδόμηση (PHARE). Σημαντική εξέλιξη συνιστά επίσης η έναρξη, τον Ιανουάριο του 2006, του πρώτου γύρου διαβουλεύσεων μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης για την υπογραφή Συμφωνίας Σύνδεσης και Σταθεροποίησης⁵².

Ωστόσο, και η Ρουμανία δέχθηκε βοήθεια από εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης όπως είναι οι διεθνείς οργανισμοί (μέσω της διμερούς υποστήριξης) και οι ιδιωτικές πηγές. Όπως και στην περίπτωση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, ένας από τους κύριους χρηματοδότες του ρουμανικού κράτους υπήρξε και η Παγκόσμια Τράπεζα.

Βάσει του νόμου 79/1991 εγκρίθηκε από το Ρουμανικό Κοινοβούλιο ένα δάνειο από την Παγκόσμια Τράπεζα. Το πρόγραμμα επεδίωκε να αποκαταστήσει τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να χρηματοδοτήσει τα πρώτα βήματα της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας. Τον Ιούνιο του 2000, η Παγκόσμια Τράπεζα ενέκρινε δάνειο για το πρόγραμμα μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας. Τα

⁵⁰ Γραφείο του Υπατου Εκπροσώπου της Διεθνούς Κοινότητας στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, Σαράγιεβο (<http://www.ohr.int/>)

⁵¹ ECHO: European Commission Humanitarian Office

⁵² Δουδούμης Γεώργιος Ε., «Βαλκάνια 2006», Βαλκανικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006, σ.111.

συστατικά του προγράμματος αυτή τη φορά θα στρέφονταν: στον προγραμματισμό και στον κανονισμό του συστήματος διανομής υγειονομικής περίθαλψης, στη βελτίωση των ουσιαστικών υπηρεσιών στα περιφερειακά νοσοκομεία, στη βασική ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης, στις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, στον έλεγχο της δημόσιας υγείας και των ασθενειών και στη διαχείριση του προγράμματος⁵³. Επιπλέον, ο τομέας της υγείας επωφελήθηκε επίσης από τα κεφάλαια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέσω του προγράμματος PHARE για την υγεία, αλλά και από τη UNICEF⁵⁴ που συμμετείχε σε πρόγραμμα για: την υγεία των γυναικών και των παιδιών, την οικογενειακή εκπαίδευση, τα παιδιά που βρίσκονται σε ειδικές και δύσκολες καταστάσεις και το σχεδιασμό και την ανάπτυξη και υπεράσπιση κοινωνικής πολιτικής. Υπάρχουν ακόμη διμερείς συμφωνίες με διάφορες κυβερνήσεις για συγκεκριμένες μορφές συνεργασίας και χρηματοδοτικής ενίσχυσης της υγείας όπως είναι η US-AID⁵⁵, η UK-DFID⁵⁶ και άλλες. Ο τομέας της υγείας έχει λάβει πιστώσεις και από διαφόρων ειδών επιχειρήσεις όπως η Siemens και η General Electric.

Από τα παραπάνω συνάγει κανείς ένα βασικό συμπέρασμα: τόσο το κράτος της Ρουμανίας όσο και το νεοϊδρυθέν κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από εξωγενείς παράγοντες και επηρεάζονται από αυτούς. Το μέλλον και η ανάπτυξη και των δυο χωρών είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τη βοήθεια άλλων κρατών και οργανισμών, μια βοήθεια της οποίας η μη παροχή μπορεί να οδηγήσει τις χώρες σε αδιέξοδο. Όμως, η εξάρτηση αυτή δεν περιορίζεται μόνο στον τομέα της οικονομίας, τουλάχιστον στην περίπτωση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Όπως είδαμε και στην αρχική παρουσίαση του κράτους της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, από τις αρχές του 1996 κρίθηκε αναγκαία η εγκατάσταση, σε διάφορες θέσεις σε όλη τη χώρα, μιας ειρηνευτικής δύναμης του NATO 60.000 στρατιωτών. Αν και η δύναμη αυτή έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας με μια δύναμη 7.000 ανδρών, δεν παύει να υφίσταται η παρουσία ξένων στρατευμάτων στα εδάφη του κράτους. Το γεγονός αυτό φανερώνει και τη στρατιωτική εξάρτηση της χώρας από άλλα κράτη, αλλά και την έκρυθμη κατάσταση που εξακολουθεί να υφίσταται έως και τώρα -σε μικρότερο ίσως βαθμό απ' ό,τι στο παρελθόν- στην περιοχή της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

⁵³ «Health Care Systems in Transition – Romania». European Observatory on Health Care Systems, 2000.

⁵⁴ UNICEF: United Nations Children's Fund (<http://www.unicef.org/>)

⁵⁵ US-AID: United States Agency for International Development (<http://www.usaid.gov/>)

⁵⁶ UK-DFID: UK Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/>)

3.4 Η διοίκηση των χωρών Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και Ρουμανίας

Η μορφή διακυβέρνησης που παρουσιάζει το κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης χαρακτηρίζεται ως Ομοσπονδιακή πολυκομματική δημοκρατία με δυο νομοθετικά σώματα: τη Βουλή των Λαών και τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Επικεφαλής της κυβέρνησης είναι ο Πρωθυπουργός (πρόεδρος του Συμβουλίου των Υπουργών) και ως αρχηγός του κράτους ορίζεται μια τριμελής Προεδρία. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο στη διοίκηση της χώρας κατέχει μια Διεθνής Αρχή, ο Ύπατος Εκπρόσωπος. Ο ισχυρός ρόλος του Γραφείου του Ύπατου Εκπροσώπου στο συντονισμό των πολιτικών οργανώσεων και σωματείων, στον κατευνασμό των εντάσεων ανάμεσα στα δυο κρατίδια και στη λειτουργία του ως ενεργού σώματος αντανakλά ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο: την έλλειψη ομοφωνίας και την πλήρη διχοτομία απόψεων μεταξύ των κυβερνώντων πολιτικών κομμάτων στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.

Μελετώντας κανείς τη σύσταση των οργάνων διοικήσεως της χώρας καταλαβαίνει πόσο δύσκολη μπορεί να αποβεί σε πολλές περιπτώσεις η ύπαρξη ομοφωνίας και η ταύτιση απόψεων μεταξύ των κομμάτων. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση, για παράδειγμα, αποτελείται από την Βουλή των Αντιπροσώπων και τη Βουλή των Κοινοτήτων. Στη σύσταση και των δυο αυτών οργάνων εκλέγονται και συμμετέχουν Βόσνιοι Μουσουλμάνοι, Κροάτες και Σέρβοι. Έχουμε, συνεπώς, μια χαρακτηριστική εθνολογική και πολιτισμική πολυμορφία, μια ποικιλία που έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών πολιτικών τάσεων που δυσκολεύουν κατά πολύ τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Αν και η ύπαρξη πολλών διαφορετικών εθνοτήτων στη σύσταση των οργάνων διοικήσεως του κράτους δημιουργεί συχνά προβλήματα στη λήψη αποφάσεων και στην επίτευξη συμφωνιών, αποτελεί συγχρόνως ένα επιθυμητό στοιχείο. Δεν είναι άλλωστε τυχαία η επιλογή του κράτους της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης να εναλλάσσει κάθε 8 μήνες τον Πρόεδρο και το Συμβούλιο των Υπουργών (συστατικά της εκτελεστικής εξουσίας). Η εθνολογική ποικιλία και η ανωτέρω διαρκής εναλλαγή των μελών έχουν ως στόχο τη δημιουργία ομοιομορφίας στη διοίκηση, αλλά και την ανάπτυξη ενός αισθήματος δικαιοσύνης και ίσης συμμετοχής όλων των εθνικών ομάδων σε θέματα που αφορούν το κοινό μέλλον όλων και την πορεία του κράτους.

Σε ό,τι αφορά τη διοικητική διαίρεση και τα όργανα διοικήσεώς της, η Βοσνία και Ερζεγοβίνη αποτελεί από μόνη της μια πολύ ιδιαίτερη περίπτωση. Μπορεί να έχει μια

κεντρική κυβέρνηση με τριμερή διαίρεση της εξουσίας, αλλά το κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης δεν παύει να αποτελείται από δυο ξεχωριστές οντότητες, δυο -όπως έχουμε αναφέρει- «πρωτεύουσες διοικητικές διαιρέσεις»: την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τη Σερβική Δημοκρατία. Η Σερβική Δημοκρατία έχει τα δικά της νομοθετικά και εκτελεστικά σκέλη ενώ η κυβέρνηση της Ομοσπονδίας έχει μεταβιβαστεί σε μεγάλο βαθμό στα 10 καντόνια που την αποτελούν και το κάθε ένα έχει το δικό του νομοθετικό και εκτελεστικό σκέλος.

Μορφή διακυβέρνησης της Ρουμανίας είναι η Δημοκρατία, με δυο νομοθετικά σώματα: τη Γερουσία και τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Επικεφαλής της κυβέρνησης είναι ο Πρωθυπουργός και αρχηγός του κράτους ο Πρόεδρος. Όπως και στην περίπτωση της τριμερούς Προεδρίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, έτσι και για το κράτος της Ρουμανίας ο Πρόεδρος εκλέγεται με άμεση ψηφοφορία, για τετραετή θητεία. Η εξουσία διαχωρίζεται και εδώ σε νομοθετική, εκτελεστική και δικαστική.

Βασικές διοικητικές μονάδες της χώρας είναι οι περιφέρειες και μικρότερες διοικητικές μονάδες είναι οι πόλεις και οι κοινότητες. Στο χαμηλότερο διοικητικό επίπεδο συναντά κανείς τα τοπικά συμβούλια, την αποκλειστική εξουσία των οποίων έχουν οι δήμαρχοι. Οι ενέργειες των τοπικών συμβουλίων συντονίζονται από το περιφερειακό συμβούλιο το οποίο είναι ιεραρχικά ανώτερο. Εντούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα επίπεδα αυτά λειτουργούν μαζί για να εξετάσουν τα κοινά προβλήματα και κανένα επίπεδο δεν είναι κατώτερο από το άλλο.

3.5 Η διοίκηση των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας

Οι κυβερνήσεις της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και της Σερβικής Δημοκρατίας είναι επιφορτισμένες με την επίβλεψη των εσωτερικών λειτουργιών, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και όλες οι ενέργειες οι σχετικές με την υγεία. Στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, τα δέκα καντόνια μοιράζονται μαζί με την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση την ευθύνη για την υγεία, το περιβάλλον και λοιπές δημόσιες υπηρεσίες. Στη Σερβική Δημοκρατία, η Εθνική Συνέλευση είναι εκείνη που εξουσιάζει και αποφασίζει σχετικά με θέματα υγείας, εκπαίδευσης και άλλα. Στη Ρουμανία, ο τομέας της υγείας συμπεριλαμβάνεται στις αρμοδιότητες του Πρωθυπουργού που διορίζει το Υπουργικό Συμβούλιο και τόσο ο ίδιος όσο και το Υπουργικό Συμβούλιο ευθύνονται για την εφαρμογή της εσωτερικής και εξωτερικής πολιτικής.

Μεγάλος είναι ο αριθμός των φορέων που μετέχουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης τόσο της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης όσο και της Σερβικής Δημοκρατίας. Το πλέον βέβαιο αξιοσημείωτο στοιχείο είναι η ύπαρξη 11 Υπουργείων Υγείας τα οποία διαθέτει η Ομοσπονδία: ένα σε ομοσπονδιακό επίπεδο και ένα σε κάθε καντόνι. Στις λειτουργίες των δέκα καντονιών δεν έχουν καμία δικαιοδοσία οι αξιωματούχοι και οι οργανισμοί ομοσπονδιακού επιπέδου και το κάθε καντόνι διαχειρίζεται τα δικά του κονδύλια υγειονομικής ασφάλισης και τις δικές του εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Η αυτονομία, ωστόσο, αυτή δεν αποτελεί πάντα ιδανική λύση, καθώς συχνά ο προϋπολογισμός ενός καντονιού είναι εξαιρετικά περιορισμένος, έχει περιορισμένες δυνατότητες λόγω του μικρού αριθμού προσωπικού και εκπροσωπεί μικρό πληθυσμό.

Ένδεκα είναι και τα ασφαλιστικά ταμεία της Ομοσπονδίας: το Ομοσπονδιακό Ταμείο Ασφάλισης και τα 10 ασφαλιστικά ταμεία των καντονιών. Το Ομοσπονδιακό Ταμείο Ασφάλισης ελέγχει και επιβλέπει τα χρήματα των λοιπών ταμείων κι ακόμη διευθύνει την εφαρμογή των συνθηκών, των διεθνών συμφωνιών και νόμων. Αντιθέτως στη Σερβική Δημοκρατία (όπως και στην περίπτωση των Υπουργείων Υγείας) το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης είναι το μοναδικό σώμα που είναι νομικά υπεύθυνο για τη συλλογή και κατανομή των οικονομικών εισφορών στους πάροχους υγείας. Έχει, εντούτοις, 8 περιφερειακά γραφεία και 54 παραρτήματα με μεγάλο βαθμό συγκεντρωτισμού. Τα περιφερειακά γραφεία είναι μερικώς αυτόνομα, αφού λειτουργούν με το 80% περίπου των εισφορών που συλλέγονται στην περιοχή που καλύπτουν. Τα παραρτήματα δεν έχουν αυτονομία στη λήψη αποφάσεων.

Το ρουμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση. Ο αριθμός όσων μετέχουν στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας είναι πλέον πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με το παρελθόν όπου η υγειονομική περίθαλψη αποτελούσε εξ ολοκλήρου κρατική υπόθεση και συντονιζόταν από το Υπουργείο Υγείας μέσω των 41 περιφερειακών διευθύνσεων υγείας και τη Διεύθυνση Υγείας στο Βουκουρέστι.

Στη Ρουμανία δε συναντά κανείς το πλήθος Υπουργείων Υγείας και Συστημάτων Υγείας που υφίσταται στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Εντούτοις, οι φορείς που συμμετέχουν στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ποικίλοι καθώς έχουμε την ύπαρξη Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας, Εθνικού Ασφαλιστικού Ταμείου Υγείας, αλλά και μεγάλου αριθμού Περιφερειακών Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας.

Το Κολέγιο των Ιατρών, με οργανισμούς σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά όργανα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στη Ρουμανία. Δεν έχει μόνο αρμοδιότητες σχετικές με την κατάρτιση και την πιστοποίηση των ιατρών -όπως συμβαίνει κατά κύρια βάση με τα αντίστοιχα Επαγγελματικά Επιμελητήρια στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη- αλλά εμπλέκεται στη διαπραγμάτευση της σύμβασης πλαίσιο που αποτελεί τη βάση για όλες τις μεμονωμένες συμβάσεις μεταξύ των Περιφερειακών Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας και των προμηθευτών.

3.6 Τα Συστήματα Υγείας Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας: συγκεντρωτικά ή περιφερειακά και αποκεντρωμένα;

Στη Σερβική Δημοκρατία οι λειτουργίες του προγραμματισμού, των κανονισμών και της διοίκησης εκτελούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας που βρίσκεται στη Μπάνια Λούκα. Το Υπουργείο είναι οργανωμένο συγκεντρωτικά, αναφορικά με τις διάφορες διοικητικές, ρυθμιστικές και οικονομικές υποχρεώσεις και αναλαμβάνει να ρυθμίσει θέματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων του καθ' όλη την επικράτεια του κρατιδίου. Συνεπώς, θα λέγαμε ότι η δικαιοδοσία για το σύστημα υγείας στη Σερβική Δημοκρατία είναι κεντρική. Το αντίθετο συμπέρασμα θα εξήγαγε κανείς για την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Εδώ η διοίκηση του συστήματος υγείας είναι σαφώς αποκεντρωμένη, αφού η διοίκηση κάθε ενός από τα δέκα καντόνια είναι αυτή που έχει την ευθύνη της παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω του δικού της υπουργείου με το κεντρικό Υπουργείο Υγείας της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης (που έχει την έδρα του στο Σαράγιεβο) να κατέχει ρόλο συντονιστή των διοικήσεων των καντονιών. Το τελευταίο αυτό χαρακτηριστικό είναι προφανές πως θα έχει λειτουργικές επιπτώσεις στο κόστος των συναλλαγών, στο συντονισμό για τη λήψη αποφάσεων σε επίπεδο κρατιδίου, αλλά και σε άλλα θέματα που δεν αντιμετωπίζει η Σερβική Δημοκρατία με την επιλογή του κεντρικού συστήματος υγείας.

Η Ρουμανία είχε κρατικό σύστημα διανομής υπηρεσιών υγείας το οποίο ανέπτυξε σε μεγάλο βαθμό μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ωστόσο, η μεταβολή του πολιτικού καθεστώτος που επήλθε στη χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '90 είχε ως συνέπεια και την κατάρρευση του κρατικού συστήματος διανομής της φροντίδας υγείας. Η οικονομική δυσπραγία που ακολούθησε, εμπόδισε τη γρήγορη ανάπτυξη νέου κοινωνικού συστήματος ασφαλιστικής κάλυψης. Οι δαπάνες υγείας άρχισαν να

μειώνονται και το ρουμανικό κράτος προσπάθησε να υποκαταστήσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει νέα αποκεντρωμένα συστήματα φροντίδας υγείας που να έχουν κοινωνικό και αναδιανεμητικό ρόλο.

Ο Νόμος της Τοπικής Δημόσιας Διοίκησης που ψηφίστηκε το 1992 καθόρισε τη νέα δομή της αποκεντρωμένης δημόσιας διοίκησης στη χώρα της Ρουμανίας. Έκτοτε, τρεις μορφές αποκέντρωσης τέθηκαν σε ισχύ: η λειτουργική αποκέντρωση, η νομαρχιακή αποκέντρωση και η αποκέντρωση με μεταβίβαση εξουσιών.

Τα περισσότερα ιδρύματα δημόσιας υγείας της Ρουμανίας είναι αυτόνομοι οργανισμοί, υπόλογοι στο Υπουργείο Υγείας, που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας, αλλά έχουν το δικαίωμα να προσελκύσουν κεφάλαια και μέσω φόρων ή συνεργασιών με διάφορες οργανώσεις. Η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που άρχισε πειραματικά σε 8 από τις 41 περιφέρειες το 1994 με ένα νέο τρόπο χρηματοδότησης, προσπάθησε να μετατοπίσει την ευθύνη από τα νοσοκομεία στην περιφερειακή διεύθυνση υγείας και να εισάγει συμβάσεις μεταξύ της περιφερειακής διεύθυνσης υγείας και των παθολόγων ιατρών.

Η χώρα της Ρουμανίας υποστηρίζει πλέον την ύπαρξη τοπικής αυτονομίας και την αποκέντρωση των δημόσιων υπηρεσιών σε αντίθεση με τη Σερβική Δημοκρατία που παρουσιάζει μια πιο συγκεντρωτική τάση. Η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης έχει -όπως είδαμε- ένα πιο αποκεντρωμένο σύστημα.

3.7 Η διάρθρωση των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας – Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας

Τόσο στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης όσο και στη Σερβική Δημοκρατία συναντά κανείς τα τρία επίπεδα περίθαλψης: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχουν, ωστόσο, και υπηρεσίες δημόσιας υγείας που ασχολούνται κυρίως με τη συγκέντρωση στατιστικών για την υγεία του πληθυσμού, την επίβλεψη των εμβολιασμών και την ανάλυση επιδημιολογικών καταστάσεων.

Τα ιδρύματα που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι τα Dom zdravljas και τα ambulantas (τα δεύτερα είναι τοπικά παραρτήματα των πρώτων) που απαντώνται και στα δυο κρατίδια. Τα κέντρα υγείας παρέχουν κυρίως προληπτικές εξετάσεις, εκπαίδευση σχετική με την υγεία και μια πρώτη φροντίδα ενώ τα ambulantas είναι κλινικές εξωτερικών ασθενών. Στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα

υγείας περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία και τα ειδικευμένα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων προβλημάτων. Συνολικά υπάρχουν τέσσερα είδη νοσοκομείων: τα κλινικά κέντρα, τα γενικά νοσοκομεία, τα ειδικευμένα νοσοκομεία και τα μικρά περιφερειακά νοσοκομεία.

Πληθώρα υπηρεσιών δημόσιας υγείας απαντάται στο ρουμανικό κράτος και πολλά διαγνωστικά προγράμματα έχουν καθιερωθεί. Ο τομέας της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα, ενώ από το 1998 οι ασθενείς έχουν την άδεια να επιλέξουν τον οικογενειακό τους ιατρό. Άλλωστε, η πρόσβαση στην παροχή κλινικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών ειδικότητας στους εξωτερικούς ασθενείς απαιτεί επίσημη παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Στη δευτεροβάθμια φροντίδα έχουμε την ύπαρξη της κινητής μονάδας δευτεροβάθμιας φροντίδας που παραδίδεται από το δίκτυο των τμημάτων των εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων, των κέντρων διάγνωσης και θεραπείας και των γραφείων των ειδικών. Όπως και στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, έχουμε και εδώ τέσσερις κύριες κατηγορίες νοσοκομείων: τα αγροτικά νοσοκομεία, τα αστικά και δημοτικά νοσοκομεία, τα περιφερειακά νοσοκομεία και τις εξειδικευμένες μονάδες (όπου παρέχεται η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας).

3.8 Ο Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας

Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας ανήκουν στους δήμους, ενώ τα νοσοκομεία ανήκουν στις κυβερνήσεις των καντονιών (στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης) και στην κεντρική κυβέρνηση (στη Σερβική Δημοκρατία). Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι οι περισσότερες εγκαταστάσεις υγείας στην Ομοσπονδία ιδρύθηκαν από τα καντόνια και ανήκουν σε αυτά. Ο Ομοσπονδιακός Νόμος για την Προστασία της Υγείας είναι εκείνος που αναφέρεται σε θέματα σχετικά με την ιδιοκτησία και τη χρηματοδότηση των ιδρυμάτων υγείας.

Στη Σερβική Δημοκρατία υπάρχει μια διαφοροποίηση. Όλα τα νοσοκομεία είναι δημόσια, εκτός ενός με περίπου 50 κλίνες το οποίο είναι συμβεβλημένο με το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης. Υπάρχουν ακόμη και ιδιωτικά ειδικευμένα ambulancias που δε χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και λειτουργούν πλήρως ή μερικώς. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και ambulancias είναι ιδρύματα κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Ο Νόμος περί Υγείας στη Σερβική Δημοκρατία προβλέπει ότι τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας υγείας θα πρέπει να είναι αναγνωρισμένα από το Υπουργείο Υγείας

προκειμένου να δέχονται ασθενείς. Παρά την επισήμανση αυτή δεν υπάρχουν κανονισμοί, υγειονομικές διατάξεις ή τιμολογιακές προδιαγραφές για ιδιώτες ιατρούς. Τέλος, τα ιδιωτικά φαρμακεία δεν είναι καν καταγεγραμμένα στο Υπουργείο καθώς η αρμόδια υπηρεσία δε λειτουργεί ακόμη.

Η 1^η Ιανουαρίου 1999 αποτελεί ημέρα-ορόσημο στην ιστορία της υγείας για τη Ρουμανία καθώς το Υπουργείο Υγείας της χώρας έπαψε πλέον να έχει τον άμεσο έλεγχο της χρηματοδότησης ενός μεγάλου μέρους του δικτύου φορέων παροχής των υπηρεσιών του. Σε αντίθεση με τον κρατικό χαρακτήρα της υγείας στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τα ψήγματα ιδιωτικής παρουσίας στη Σερβική Δημοκρατία, στη Ρουμανία ο ιδιωτικός τομέας κρίνεται ότι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και τη συμπλήρωση των υπηρεσιών που παρέχονται από τον τομέα της δημόσιας υγείας. Ένας από τους νέους ρόλους του Υπουργείου Υγείας είναι και αυτός του ρυθμιστή για τον ιδιωτικό τομέα. Εντούτοις, από πλευράς ιδιοκτησίας, όλα τα νοσοκομεία είναι δημόσια και βρίσκονται κάτω από την κρατική διοίκηση, εκτός από λίγα μικρά νοσοκομεία.

3.9 Τα προβλήματα των Συστημάτων Υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Ρουμανίας και οι προοπτικές βελτίωσής τους

Μετά το πλήθος των εθνικών, κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών αλλαγών που γνώρισε η περιοχή των Βαλκανίων κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ήταν φυσικό επακόλουθο πολλοί τομείς να επηρεαστούν και να παρουσιάσουν σημαντικές μεταβολές. Ένας εξ αυτών ήταν και ο τομέας της υγείας.

Η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας αποτέλεσε κατά το τέλος της δεκαετίας του '80 και στην αρχή της δεκαετίας του '90 γενικευμένο φαινόμενο σε πολλές από τις χώρες τόσο της Ευρώπης όσο και της Αμερικής. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν είχαν ως κύριο στόχο τους τη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και την εξάλειψη -ή τουλάχιστον τη μείωση- των δυσλειτουργιών ώστε να επιτευχθεί αύξηση της αποτελεσματικότητας σχετικά με τη χρήση των πόρων και την ικανοποίηση των προσδοκιών τόσο του λαού όσο και των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, η απόφαση για μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας δεν είναι απλά και μόνο η επιλογή μιας χώρας να προβεί σε σημαντικές δομικές μετατροπές του παλιού της συστήματος υγείας προκειμένου να πετύχει το θεμιτό αποτέλεσμα. Σε ό,τι αφορά τις

μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη οι ιδιαιτερότητες του τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών. Δε θα μπορούσε, για παράδειγμα -όπως είναι δυνατό σε άλλους τομείς της οικονομίας- να κλείσουν τα νοσοκομεία και οι υγειονομικές μονάδες κατά τη διάρκεια της αλλαγής της δομής τους. Συνεπώς, οι κυβερνήσεις των κρατών ήταν αναγκασμένες να προβούν στη διαδικασία μεταρρύθμισης του τομέα της δημόσιας υγείας προσπαθώντας συγχρόνως να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα του συστήματος δημόσιας υγείας κατά την περίοδο των αλλαγών και να εφαρμόσουν συγκεκριμένα μέτρα για την ανάπτυξη μιας νέας οργανωτικής και διαχειριστικής δομής.

Και οι δυο χώρες της μελέτης μας γνώρισαν τα τελευταία χρόνια έντονες μάχες, ταραχές, αλλαγές ηγετών, καθεστώτων, ισχυρούς οικονομικούς και κοινωνικούς κλονισμούς που, μεταξύ άλλων, προκάλεσαν σημαντικές ζημιές στην υγεία και στην ευημερία των λαών τους. Είναι, επομένως, απολύτως κατανοητή η βαρύτητα που έχει δοθεί από αυτές στην τόσο αναγκαία μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας τους που ξεκίνησε και συνεχίζεται έως και στις μέρες μας.

Η εμπειρία της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη αποτελεί μια ενδιαφέρουσα περίπτωση μελέτης μεταρρυθμίσεων και πρόωρης αποκέντρωσης. Οι μεταρρυθμίσεις στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη κατάφεραν να συνδυάσουν καινοτομίες με πολιτικές αντιδράσεις και ενθουσιασμό με παρεμπόδιση. Η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων θα μπορούσε να χαρακτηριστεί από έναν εξωτερικό παρατηρητή σαν «ανάμεικτη» και αυτός θα ήταν ίσως και ο ιδανικός χαρακτηρισμός για την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα τα τελευταία χρόνια.

Στη Ρουμανία, η αλλαγή από ένα απολυταρχικό καθεστώς σε μια πλήρως λειτουργική φιλελεύθερη δημοκρατία και οικονομία της αγοράς αποδείχθηκε τελικά δύσκολη υπόθεση και ο λαός έχει επιβαρυνθεί πολύ. Η χώρα μοιάζει να βρίσκεται ακόμη σε μια μακρά και δύσκολη μεταβατική περίοδο και με την οικονομία και την κοινωνική υποστήριξη να «ασθενούν», είναι φυσικό η υγεία και η ευημερία του λαού να έχουν επηρεαστεί.

Παρ' όλα αυτά, η Ρουμανία προχωρά προς το να γίνει πλήρες μέλος των σημαντικότερων ευρωπαϊκών και βόρειο-ατλαντικών πολιτικών και στρατιωτικών οργανώσεων. Έστω και εάν η αυξημένη φτώχεια και το μεγάλο χάσμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών της δημιουργούν προβλήματα στην προοπτική για κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη στο εγγύς μέλλον.

Η διαίρεση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και η μεταβολή του πολιτικού καθεστώτος που επήλθε στη χώρα της Ρουμανίας στις αρχές της δεκαετίας του '90 αποτέλεσαν την αιτία και αφορμή για να στραφούν και τα δυο κράτη σε πιο αποκεντρωμένα συστήματα διοίκησης και φροντίδας υγείας.

Ορισμένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που προέκυψαν και για τις δυο χώρες προέρχονταν από το απότομο της αποκέντρωσης. Δεν υπήρξε μια ήπια μεταβατική περίοδος κατά την οποία να αναπτυχθούν επαρκείς ικανότητες και δυνατότητες για την ανάληψη της δύσκολης και πολύπλοκης διαδικασίας της αποκέντρωσης. Συνεπώς, τα ιδρύματα συνέχισαν να λειτουργούν (ή προσπάθησαν να λειτουργήσουν) με τον ίδιο τρόπο που λειτουργούσαν πριν από τον πόλεμο (χωρίς να αναδιοργανωθούν) ακόμα και αν η διοικητική δομή και ο τρόπος διακυβέρνησης είχαν αλλάξει ριζικά.

Στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη θα πρέπει να αναφέρουμε τις ελλείψεις που παρουσιάζει το σύστημα διοικήσεως των νοσοκομείων της χώρας σε άρτια εκπαιδευμένο διοικητικό προσωπικό, αλλά και σε σύγχρονα διοικητικά εργαλεία, συστήματα πληροφορικής και οικονομικούς πόρους.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες να βελτιωθεί η ικανότητα των διοικούντων, αλλά και του προσωπικού των ιδρυμάτων υγείας, να αντιληφθούν τις δυνάμεις εκείνες που διαμορφώνουν τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας εν όψει των οικονομικών πιέσεων. Τα ασφαλιστικά προγράμματα χρηματοδοτούνται, επί το πλείστον, από χρηματοδοτικούς οργανισμούς, μετά από διμερείς συμφωνίες με την κυβέρνηση. Ταυτόχρονα, η Παγκόσμια Τράπεζα ανέλαβε να χρηματοδοτήσει την εκπαίδευση διοικητικού προσωπικού που θα είναι σε θέση να διαχειριστεί τη νέα κατάσταση στα ιατρικά ιδρύματα της χώρας. Η εκπαίδευση θα ακολουθήσει το ίδιο πρόγραμμα σε όλη τη χώρα. Αυτό είναι επίσης σημαντικό, γιατί σημαίνει ότι οι εκπαιδευτές-καθηγητές θα μπορούν να ασκούν το έργο τους σε όλη τη χώρα.

Το ρουμανικό σύστημα φροντίδας υγείας, επηρεασμένο από τις συχνές καθεστωτικές αλλαγές, βρίσκεται στη διαδικασία ενός γρήγορου μετασχηματισμού. Ένα από τα κύρια προβλήματα που προκύπτουν και εδώ στην παρούσα φάση είναι αυτό που σχετίζεται με την αρχή και το συντονισμό ολόκληρης της διαδικασίας της αλλαγής. Υπάρχουν νέες οντότητες με σημαντικούς ρόλους στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά με λίγες διαχειριστικές και διοικητικές δεξιότητες, παράλληλα με τις «παλαιές» που δεν ρύθμισαν τη δομή και τη λειτουργία τους στη νέα πραγματικότητα.

Η ασάφεια που χαρακτηρίζει τους ρόλους των νέων πρωταγωνιστών του συστήματος υγείας είχε αρκετές επιπτώσεις. Ο Νόμος για την Ασφάλιση της Υγείας

οδηγήθηκε σε σημαντικές τροποποιήσεις και αυτό λόγω προβλημάτων που αφορούσαν την κατανομή των δυνάμεων μεταξύ των βασικών πρωταγωνιστών, τον ελλιπή καθορισμό των ρόλων και των ευθυνών των βασικών φορέων που μετείχαν, την έλλειψη ηγεσίας και διοικητικών δεξιοτήτων σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας (που προκάλεσε καθυστέρηση στην εφαρμογή των ασφαλειών υγείας, συστάσεις ξένων οργανισμών - όπως η Παγκόσμια Τράπεζα- οικονομικές δυσκολίες και άλλα). Ορισμένα από τα ζητήματα αυτά επηρέασαν τη δομή του ρουμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, έχουν δημιουργηθεί δυο ξεχωριστά Ταμεία Ασφάλειας Υγείας για τους ανθρώπους που εργάζονται στο Υπουργείο Μεταφοράς και στα Υπουργεία και τα Ιδρύματα που σχετίζονται με την εθνική ασφάλεια (Υπουργείο Εσωτερικών, Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Υπουργείο Δικαιοσύνης)⁵⁷.

Μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για το ρουμανικό σύστημα υγειονομικής φροντίδας στο κοντινό μέλλον θα είναι ο συντονισμός και η καθιέρωση σαφών ρόλων για τους βασικούς πρωταγωνιστές του συστήματος υγείας.

3.9.1 Η διαφοροποίηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Όσον αφορά το σύστημα υγείας της χώρας, η διαίρεση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης δημιούργησε και άλλα προβλήματα όπως:

- ✓ Πρώτον, ο συντονισμός μεταξύ των κρατιδίων στα θέματα υγείας είναι ελλιπής λόγω της απουσίας επίσημα νομοθετημένων μηχανισμών.

Όπως είχε αναφερθεί και στην αρχή της παρούσας μελέτης, δεν υπάρχει εθνική εντολή για τη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, το κάθε κρατίδιο είναι υπεύθυνο για το δικό του σύστημα υγείας.

- ✓ Δεύτερον, μέσα στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, τα καντόνια δε συνεργάζονται επισήμως μεταξύ τους.

Υπάρχουν, βέβαια, ορισμένες εξαιρέσεις σε αυτό καθώς πρόσφατη νομοθεσία θεσπίζει την ανακατανομή της συμμετοχής στα ελάχιστα κόστη όλων των καντονιών από το Ομοσπονδιακό Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης για την τρίτοβάθμια φροντίδα. Με

⁵⁷ *Εγκυκλοπαίδεια «Δομή»*, τόμος 31^{ος}, Εκδόσεις «Δομή» Α.Ε., Αθήνα, 2002-2007.

την ίδρυση της Ομοσπονδιακής Αλληλεγγύης τον Ιανουάριο του 2002 υπάρχει ελπίδα ευρύτερης και πιο δίκαιης αντιμετώπισης των θεμάτων και βελτίωσης, με την πάροδο του χρόνου, της συνεργασίας μεταξύ των καντονιών. Μια άλλη εξαίρεση αποτελεί και η νομοθεσία του Δεκεμβρίου του 2001 που σκιαγραφεί μια συμφωνία διαμοιρασμού, μεταξύ άλλων, των ασθενών.

Πριν από τις προαναφερόμενες νομοθετικές πρωτοβουλίες, η μοναδική συνεργασία μεταξύ των κρατιδίων ήταν αυτή μεταξύ των Κροατικών καντονιών, μέσω της συγχώνευσης των χρημάτων των ταμείων υγειονομικής ασφάλισης για να μειώσουν το ρίσκο. Αν και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποδοτικότητας της διάθεσης των χρημάτων, ήταν ένα πολιτικά ευαίσθητο θέμα, μη συμβατό με τις αρχές της Συμφωνίας του Ντέιτον.

- ✓ Ένα τρίτο πρόβλημα προέκυψε από την αποκέντρωση που συνόδευσε τη χάραξη των συνόρων. Η γεωγραφική κατανομή των νοσοκομείων στα κρατίδια και στα καντόνια δεν ήταν η καλύτερη δυνατή για την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Εξ αιτίας αυτού του προβλήματος, ο πληθυσμός έχει διαιρεθεί σε εκείνους που έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και υπέρμετρα (κυρίως στα αστικά κέντρα) και σε αυτούς που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές (κυρίως στις αγροτικές περιοχές).

- ✓ Εκτός των άλλων, το σύστημα υγείας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης έχει να αντιμετωπίσει και σημαντικές εκροές. Εκροές που οφείλονται στην ιδιαιτερότητα της ανεξάρτητα κυβερνούμενης Περιοχής Βrčko. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, κάθε κρατίδιο είναι υποχρεωμένο να πληρώνει εισφορές υγειονομικής ασφάλισης για τους συνταξιούχους, τους βετεράνους πολέμου, τους αναπήρους, τους εκτοπισμένους και όσους άλλους δεν είναι ασφαλισμένοι στην Περιοχή Βrčko. Επιπλέον, τα κρατίδια καλούνται να συνεισφέρουν σύμφωνα με τη δική τους πρακτική για τους ανέργους, έως ότου η Περιοχή Βrčko αναλάβει τη λειτουργία δικών της γραφείων ευρέσεως εργασίας.

Ωστόσο, δεν είναι λίγοι οι αναλυτές που υποστηρίζουν πως το κράτος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης έχει κάνει σημαντικά βήματα προόδου⁵⁸. Σύμφωνα με αυτούς, μετά το τέλος του πολέμου η οικονομία έχει αρχίσει πλέον να ανακάμπτει και να υλοποιείται η ιδιωτικοποίηση. Βελτιωμένες παρουσιάζονται και οι σχέσεις μεταξύ των εθνοτήτων, οι πρόσφυγες επιστρέφουν στα σπίτια τους και έχουν περιοριστεί αρκετά τα φαινόμενα διενέξεων. Οι νέες κυβερνήσεις είναι έτοιμες να συνεργαστούν σε διεθνικό επίπεδο και οι περιφερειακοί πολιτικοί κινούνται προς την κατεύθυνση αυτή.

Η περιγραφή του συστήματος υγείας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης με περισσότερες λεπτομέρειες παρουσιάζεται σε ένα κείμενο του προγράμματος PFSAC II⁵⁹ -που χρηματοδοτείται από την Παγκόσμια Τράπεζα- το οποίο καθορίζει τη χρηματοδότηση προς το Υπουργείο Υγείας. Καθορίζεται ότι το 40% των χρημάτων θα πάνε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και το 60% στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Η υλοποίηση άρχισε τον Απρίλιο του 2001 μαζί με τις συμβάσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μια πρόσφατη έκθεση δείχνει ότι 35% περίπου των πόρων απορροφάται από την πρωτοβάθμια περίθαλψη με τάση αύξησης. Αναφέρονται και άλλες θετικές εξελίξεις όπως, για παράδειγμα, η ίδρυση κοινοτικών ιατρείων και κέντρων αποκατάστασης.

Είναι αλήθεια πως, παρά τις δυσκολίες, έχουν γίνει βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση. Μετά την υπογραφή της Συμφωνίας του Ντέιτον, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη στράφηκε προς την ασφαλιστική χρηματοδότηση. Τόσο στη Σερβική Δημοκρατία, όσο και στα καντόνια της Ομοσπονδίας, ιδρύθηκαν ασφαλιστικά ταμεία. Τα ταμεία χρηματοδοτούνται από ένα μέρος του φόρου κοινωνικών εισφορών ο οποίος εισπράττεται σαν ποσοστό από τους μισθούς των εργαζομένων.

Εντούτοις, η είσπραξη του φόρου αυτού ήταν περιορισμένη και στα δυο κρατίδια, κυρίως εξαιτίας:

- 1) της σχετικά μικρής μισθολογικής βάσης στην οποία δεν περιλαμβάνεται μεγάλο ποσοστό των παρανόμως απασχολούμενων,
- 2) της ανικανότητας του κράτους να καθορίσει μισθολογική βάση για τους απασχολούμενους στον αγροτικό τομέα,
- 3) της εισφοροδιαφυγής και της αδυναμίας είσπραξης των παρακρατούμενων εισφορών και

⁵⁸ «Health Care Systems in Transition – Bosnia and Herzegovina». European Observatory on Health Care Systems, 2002.

⁵⁹ PFSAC II: Second Public Finance Structural Adjustment Credit Project

4) των εξαιρέσεων για μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.

Ιδρύθηκε το Ομοσπονδιακό Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης και η Ομοσπονδιακή Αλληλεγγύη. Υπογράφηκε επίσης το Δεκέμβριο 2001 μια διακρατική συμφωνία με την οποία εξασφαλίζεται στον πληθυσμό ιατρική περίθαλψη μέσω της ασφαλιστικής κάλυψης, στην περιοχή της κατοικίας του, ανεξάρτητα από τις πηγές των εισφορών. Στην ουσία, αυτό σημαίνει ότι οποιοσδήποτε κάτοικος της χώρας μπορεί να διαμένει σε ένα κρατίδιο, να δουλεύει στο άλλο και να απολαμβάνει τις παροχές της ασφάλειάς του στον τόπο διαμονής του. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για την επιστροφή των προσφύγων στα σπίτια τους.

3.9.2 Η διαφοροποίηση της Ρουμανίας

Η νομοθεσία υγείας στο ρουμανικό κράτος είναι πολύ σύνθετη και αλλάζει σχεδόν κάθε μήνα με αποτέλεσμα να περιπλέκει ακόμη περισσότερο τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την υγιή διαχείριση του συστήματος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ο Ασφαλιστικός Νόμος Υγείας (που εγκρίθηκε τον Αύγουστο του 1997) και ο Νόμος σχετικά με την οργάνωση των νοσοκομείων (που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 1999) και έκτοτε έχουν τροποποιηθεί πολλές φορές.

Δε θα ήταν λάθος να υποστηρίξει κανείς ότι τα κύρια εμπόδια που αντιμετωπίστηκαν κατά την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων οφείλονταν σε προβλήματα σχετικά με πολιτικά και διοικητικά ζητήματα. Μεταξύ του Ιουνίου 1996 και του Ιουνίου του 1998 υπήρξαν έξι διαφορετικοί Υπουργοί Υγείας και οκτώ διαφορετικοί Γραμματείς του Κράτους. Στο διάστημα από τον Ιανουάριο έως και τον Αύγουστο του 1999 υπήρξαν τρεις διαφορετικοί Πρόεδροι του Εθνικού Ασφαλιστικού Ταμείου Υγείας. Αλλά και σε περιφερειακό επίπεδο, αυτή η κατάσταση διαρκών αλλαγών ήταν εντονότερη και για την κυβέρνηση και για τους αντιπροσώπους των Περιφερειακών Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε ορισμένες διασπάσεις στη διαδικασία μεταρρύθμισης και στην εφαρμογή των νέων νόμων.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο γενικός στόχος, που είναι η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, η μεσοπρόθεσμη στρατηγική σχετικά με το σύστημα δημόσιας υγείας πρέπει να εκπληρώσει ορισμένους όρους⁶⁰:

⁶⁰ Luminita Sanda, «Ο προσδιορισμός των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στη Ρουμανία, στο πλαίσιο της παρούσας υγειονομικής στρατηγικής», *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας- Προβλήματα και Τάσεις*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια, Τ.1, σσ. 109-128.

- Την ισότητα στην πρόσβαση του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες, τόσο στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όσο και στον τομέα της πρόληψης ασθενειών μέσω υπηρεσιών για την προώθηση της δημόσιας υγείας και την ισότιμη κατανομή του οικονομικού βάρους για τη χρηματοδότηση του συστήματος δημόσιας υγείας
- Την αποδοτικότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας
- Την ελευθερία επιλογής, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας
- Τη συσχέτιση της χρηματοδοτικής ικανότητας με την οικονομική ανάπτυξη και τις ανάγκες του πληθυσμού

Μεταξύ των κριτηρίων αυτών υπάρχουν συχνά εντάσεις και συγκρουόμενα συμφέροντα. Είναι αναγκαίο, ωστόσο, να υπάρξει συνεννόηση και να επιτευχθεί ο καταλληλότερος συμβιβασμός μεταξύ των διαθέσιμων οικονομικών πόρων και του ισχύοντος κοινωνικού συστήματος αξιών.

3.10 Επίλογος

Η περιοχή των Βαλκανίων έχει την ιδιαιτερότητα να αποτελεί σταυροδρόμι μεταξύ βορρά και νότου, ανατολής και δύσης, φέρνοντας σε επαφή τρεις διαφορετικές ηπείρους. Οι πολιτισμοί που υπάρχουν και συνυπάρχουν στην περιοχή είναι ποικίλοι και διασταυρώνονται. Δεν είναι, ωστόσο, λίγες οι φορές που οδηγούνται ακόμη και στη μεταξύ τους σύγκρουση ταράζοντας την ηρεμία και ανατρέποντας τα πάντα.

Αξίζει να γίνει προσπάθεια από όλες τις χώρες των Βαλκανίων να ζήσουν με ειρήνη και σεβασμό του ενός προς τον πολιτισμό του άλλου, συνυπάρχοντας και προχωρώντας προς ένα κοινό, ειρηνικό μέλλον, παρά τις διαφορετικότητες. Ο τομέας της υγείας μπορεί να αποτελέσει συνδετικό κρίκο μεταξύ των λαών και να συμβάλει σε αυτή την προσπάθεια.

Ειρηνευτικές Συμφωνίες του Ντέιτον

Παράρτημα 4: Σύνταγμα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης⁶¹

Κείμενο των εγγράφων της Ειρηνευτικής Συμφωνίας του Ντέιτον που μονογραφήθηκε στο Dayton του Οχάιο στις 21 Νοεμβρίου 1995 και υπογράφηκε στο Παρίσι στις 14 Δεκεμβρίου 1995⁶². Οι συμφωνίες αυτές είναι γνωστές ως Ειρηνευτικές Συμφωνίες του Ντέιτον. Το ακόλουθο κείμενο κυκλοφόρησε από το Γραφείο του Εκπροσώπου Τύπου, την 1η Δεκεμβρίου 1995.

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Βασισμένοι στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ελευθερίας και της ισότητας,

Αφιερωμένοι στην ειρήνη, τη δικαιοσύνη, την ανοχή και τη συμφιλίωση,

Πεπεισμένοι ότι τα δημοκρατικά κυβερνητικά όργανα και οι δίκαιες διαδικασίες παράγουν καλύτερα ειρηνικές σχέσεις στο εσωτερικό μιας πλουραλιστικής κοινωνίας,

Επιθυμώντας να προωθηθεί η γενική ευημερία και οικονομική ανάπτυξη μέσω της προστασίας της ιδιωτικής ιδιοκτησίας και της προώθησης της οικονομίας της αγοράς,

Εμπνευσμένοι από τους σκοπούς και αρχές του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών,

Δεσμευμένοι για την κυριαρχία, την εδαφική ακεραιότητα και πολιτική ανεξαρτησία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο,

Αποφασισμένοι να διασφαλίσουν τον πλήρη σεβασμό του διεθνούς ανθρωπιστικού δικαίου,

⁶¹ «The Avalon Project at Yale Law School : Dayton Peace Accords», The Avalon Project, 1998 (<http://www.yale.edu/lawweb/avalon/intdip/bosnia/day14.htm>)

⁶² University Of Minnesota – Human Rights Library (<http://www1.umn.edu/humanrts/icty/dayton/daytonannex4.html>)

Εμπνευσμένοι από την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τις Διεθνείς Συνθήκες για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα, καθώς και τη Διακήρυξη για τα Δικαιώματα των Ατόμων που Ανήκουν σε Εθνικές ή Εθνολογικές, Θρησκευτικές και Γλωσσικές μειονότητες, καθώς και άλλα όργανα για τα ανθρώπινα δικαιώματα,

Ενθουμούμενοι τις Βασικές Αρχές που συμφωνήθηκαν στη Γενεύη στις 8 Σεπτεμβρίου 1995, και στη Νέα Υόρκη στις 26 Σεπτεμβρίου 1995,

Βόσνιοι, Κροάτες και Σέρβοι, ως συστατικός λαός (μαζί με άλλους) και πολίτες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, δια του παρόντος καθορίζουν ότι το Σύνταγμα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης είναι το εξής:

Άρθρο I: Βοσνία και Ερζεγοβίνη

1. Συνέχεια. Η Δημοκρατία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, το επίσημο όνομα της οποίας πρέπει στο εξής να είναι "Βοσνία και Ερζεγοβίνη", θα συνεχίσει τη νομική της υπόσταση στο πλαίσιο του διεθνούς δικαίου ως κράτος, με την εσωτερική της διάρθρωση τροποποιημένη όπως προβλέπεται στο παρόν και με τα σημερινά διεθνώς αναγνωρισμένα σύνορά της. Θα παραμείνει ένα Κράτος Μέλος των Ηνωμένων Εθνών και μπορεί, ως Βοσνία και Ερζεγοβίνη να διατηρήσει ή να ζητήσει την ένταξη σε οργανώσεις εντός του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών και άλλων διεθνών οργανισμών.

2. Δημοκρατικές αρχές. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη θα είναι ένα δημοκρατικό κράτος, το οποίο θα λειτουργεί υπό το κράτος δικαίου και με ελεύθερες και δημοκρατικές εκλογές.

3. Σύνθεση. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη θα αποτελείται από τους δυο Οντότητες, την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τη Σερβικής Δημοκρατία (εφεξής "Οντότητες").

4. Κυκλοφορία των εμπορευμάτων. Υπηρεσίες. Κεφάλαιο. Και πρόσωπα. Θα πρέπει να υπάρχει ελευθερία κινήσεων σε ολόκληρη τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη και οι Οντότητες δεν θα εμποδίσουν την πλήρη ελευθερία κυκλοφορίας των προσώπων, αγαθών, υπηρεσιών και κεφαλαίων σε ολόκληρη τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Καμία Οντότητα δε θα επιβάλλει ελέγχους στα σύνορα μεταξύ των Οντοτήτων.

5. Πρωτεύουσα. Η πρωτεύουσα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης θα είναι το Σεράγεβο.

6. Σύμβολα. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη θα πρέπει να έχουν τέτοια σύμβολα όπως έχουν αποφασιστεί από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση και εγκριθεί από την Προεδρία.

7. Ιθαγένεια. Εδώ θα πρέπει να υπάρχει ιθαγένεια της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, που να ρυθμίζεται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση, καθώς και ιθαγένεια της κάθε Οντότητας, που πρέπει να ρυθμίζεται από κάθε Οντότητα, εφόσον:

(α) Όλοι οι πολίτες της κάθε Οντότητας είναι ως εκ τούτου πολίτες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(β) Κανένα πρόσωπο δεν θα μπορεί να στερηθεί της ιθαγένειας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ή της Οντότητας αυθαίρετα, ώστε να εγκαταλειφθεί άπατρις. Κανένα πρόσωπο δεν μπορεί να στερηθεί της ιθαγένειας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ή της Οντότητας με το αιτιολογικό του φύλου, φυλής, χρώματος, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, σύνδεσης με εθνική μειονότητα, περιουσίας, γέννησης ή άλλης κατάστασης.

(γ) Όλα τα άτομα που ήταν πολίτες της Δημοκρατίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης αμέσως πριν από την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος είναι πολίτες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Η ιθαγένεια των προσώπων που είχαν πολιτογραφηθεί μετά από την 6η Απριλίου 1992 και πριν από την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος θα πρέπει να ρυθμίζεται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση.

(δ) Οι πολίτες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης μπορούν να κατέχουν την ιθαγένεια άλλου κράτους, υπό την προϋπόθεση να υπάρχει διμερής συμφωνία, εγκεκριμένη από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση σύμφωνα με το Άρθρο IV (4) (δ), μεταξύ της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και του κράτους που κατευθύνει αυτό το ζήτημα. Άτομα με διπλή ιθαγένεια μπορούν να ψηφίσουν στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη και τις Οντότητες μόνον εφόσον η Βοσνία και Ερζεγοβίνη είναι η χώρα διαμονής τους.

(ε) Ένας πολίτης της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης στο εξωτερικό χαίρει της προστασίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Κάθε Οντότητα μπορεί να εκδίδει διαβατήρια της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης προς τους πολίτες της, όπως αυτό ρυθμίζεται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη μπορεί να εκδίδει διαβατήρια σε πολίτες που το διαβατήριό τους δεν έχει εκδοθεί από μια Οντότητα. Θα πρέπει να υπάρχει ένα κεντρικό

μητρώο όλων των διαβατηρίων που εκδίδονται από τις Οντότητες και από τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.

Άρθρο II: Ανθρώπινα Δικαιώματα και Θεμελιώδεις Ελευθερίες

1. Ανθρώπινα Δικαιώματα. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη και οι δυο Οντότητες θα πρέπει να εξασφαλίσουν το υψηλότερο επίπεδο των διεθνώς αναγνωρισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να υπάρχει μια Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, όπως προβλέπεται στο Παράρτημα 6 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο.

2. Διεθνή Πρότυπα. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες που καθορίζονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών και στα Πρωτόκολλά της θα εφαρμόζονται άμεσα στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Αυτά πρέπει να έχουν προτεραιότητα έναντι κάθε άλλου νόμου.

3. Απαρίθμηση των Δικαιωμάτων. Όλα τα πρόσωπα εντός της επικράτειας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, θα χαίρουν των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών που αναφέρονται στην ανωτέρω παράγραφο 2. Αυτά περιλαμβάνουν:

(α) Το δικαίωμα στη ζωή.

(β) Το δικαίωμα της μη υποβολής σε βασανιστήρια ή σε απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία.

(γ) Το δικαίωμα της μη κατοχής σε δουλεία ή υποτέλεια ή της δια της βίας ή υποχρεωτικής εκτέλεσης μιας εργασίας.

(δ) Τα δικαιώματα στην ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου.

(ε) Το δικαίωμα σε δίκαιη δίκη σε αστικές και ποινικές υποθέσεις, καθώς και άλλα δικαιώματα που αφορούν την ποινική διαδικασία.

(στ) Το δικαίωμα της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, της κατοικίας, καθώς και της αλληλογραφίας.

(ζ) Η ελευθερία της σκέψης, της συνείδησης και της θρησκείας.

(η) Η ελευθερία της έκφρασης.

(θ) Η ελευθερία του συνέρχεσθαι ειρηνικώς και η ελευθερία του συνεταιρίζεσθαι με άλλους.

(ι) Το δικαίωμα στο γάμο και στη δημιουργία οικογένειας.

(ια) Το δικαίωμα της ιδιοκτησίας.

(ιβ) Το δικαίωμα στην εκπαίδευση.

(ιγ) Το δικαίωμα στην ελευθερία της μετακίνησης και διαμονής.

4. Μη διάκριση. Η απόλαυση των δικαιωμάτων και των ελευθεριών που προβλέπονται στο παρόν Άρθρο ή σε διεθνείς συμφωνίες που περιλαμβάνονται στο Παράρτημα I του παρόντος Συντάγματος, πρέπει να διασφαλίζονται σε όλα τα άτομα στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη χωρίς διακρίσεις για οποιοδήποτε λόγο όπως το φύλο, η φυλή, το χρώμα, η γλώσσα, η θρησκεία, πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις, η εθνική ή κοινωνική καταγωγή, η σύνδεση με εθνική μειονότητα, η περιουσία, η γέννηση ή άλλη κατάσταση.

5. Πρόσφυγες και εκτοπισμένοι. Όλοι οι πρόσφυγες και οι εκτοπισθέντες έχουν το δικαίωμα ελεύθερα να επιστρέψουν στα σπίτια καταγωγής τους. Έχουν το δικαίωμα, σύμφωνα με το Παράρτημα 7 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο, να αποδοθεί σε αυτούς ακίνητη περιουσία την οποία είχαν στερηθεί κατά τη διάρκεια των εχθροπραξιών από το 1991 και να αποζημιωθούν για οποιαδήποτε τέτοια περιουσία δεν μπορεί να επανέλθει σε αυτούς. Όποιες δεσμεύσεις ή δηλώσεις σχετικές με την εν λόγω περιουσία γίνονται υπό πίεση είναι άκυρες.

6. Υλοποίηση. Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη, και όλα τα δικαστήρια, γραφεία, κυβερνητικά όργανα, και μεσολαβήσεις που λειτουργούν από ή εντός των Οντοτήτων, θα εφαρμόζουν και θα συμμορφώνονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες που αναφέρονται στην ανωτέρω παράγραφο 2.

7. Διεθνείς Συμφωνίες. Η Βοσνίας και Ερζεγοβίνη θα παραμείνει ή να γίνει μέλος σε διεθνείς συμφωνίες που αναφέρονται στο Παράρτημα I του παρόντος Συντάγματος.

8. Συνεργασία. Όλες οι αρμόδιες αρχές στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη πρέπει να συνεργάζονται και να παρέχουν απεριόριστη πρόσβαση σε: κάθε διεθνή μηχανισμό

παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που θεσπίστηκε για τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, στα εποπτικά όργανα που έχουν συσταθεί με οποιαδήποτε από τις διεθνείς συμφωνίες που περιλαμβάνονται στο παράρτημα Ι του παρόντος Συντάγματος, στο Διεθνές Δικαστήριο για την Πρώην Γιουγκοσλαβία (και πρέπει ιδίως να συμμορφώνεται με τις εντολές που εκδίδονται σύμφωνα με το Άρθρο 29 του Καταστατικού του Δικαστηρίου), και οποιαδήποτε άλλη οργάνωση εξουσιοδοτημένη από το Συμβούλιο Ασφαλείας των Ηνωμένων Εθνών με εντολή που αφορά τα δικαιώματα του ανθρώπου ή το ανθρωπιστικό δίκαιο.

Άρθρο ΙΙΙ: Αρμοδιότητες και Σχέσεις Μεταξύ των Θεσμικών Οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και των Οντοτήτων

1. Ευθύνες των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Τα παρακάτω θέματα είναι αρμοδιότητα των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης:

(α) Εξωτερική πολιτική.

(β) Εξωτερική εμπορική πολιτική.

(γ) Τελωνειακή πολιτική.

(δ) Νομισματική πολιτική, όπως προβλέπεται στο Άρθρο VII.

(ε) Οικονομικά των ιδρυμάτων και για τις διεθνείς υποχρεώσεις της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(στ) Μετανάστευση, πρόσφυγες, καθώς και η πολιτική ασύλου και ρύθμισης.

(ζ) Διεθνής και εντός της Οντότητας εφαρμογή του ποινικού δικαίου, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων με τη Διεθνή Αστυνομία (Interpol).

(η) Δημιουργία και λειτουργία κοινών και διεθνών εγκαταστάσεων επικοινωνιών.

(θ) Κανονισμός της εντός της Οντότητας μεταφοράς.

(ι) Έλεγχος της εναέριας κυκλοφορίας.

2. Ευθύνες των Οντοτήτων.

(α) Οι Οντότητες θα έχουν το δικαίωμα να θεσπίζουν ειδικές παράλληλες σχέσεις με γειτονικά κράτη σύμφωνες με την κυριαρχία και την εδαφική ακεραιότητα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(β) Κάθε Οντότητα θα παρέχει κάθε απαραίτητη βοήθεια προς την κυβέρνηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης για να μπορέσει να τιμήσει τις διεθνείς υποχρεώσεις της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, υπό την προϋπόθεση ότι οι οικονομικές υποχρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από μια Οντότητα χωρίς τη συγκατάθεση της άλλης πριν από την εκλογή της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης και της Προεδρίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης είναι ευθύνη της Οντότητας αυτής, εκτός από το βαθμό που η υποχρέωση αυτή είναι αναγκαία για τη συνέχιση της ένταξης της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης σε ένα διεθνή οργανισμό.

(γ) Οι Οντότητες θα παρέχουν ένα αξιόπιστο και ασφαλές περιβάλλον για όλα τα πρόσωπα που εμπίπτουν στη δικαιοδοσία τους, με τη διατήρηση υπηρεσιών αυστηρής εφαρμογής του πολιτικού νόμου που λειτουργούν σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα και με το σεβασμό των διεθνώς αναγνωρισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών που αναφέρονται στο Άρθρο II παραπάνω, καθώς και με τη λήψη άλλων τέτοιων μέτρων, όπως ενδείκνυται.

(δ) Κάθε Οντότητα μπορεί επίσης να συνάπτει συμφωνίες με κράτη και διεθνείς οργανισμούς, με τη συγκατάθεση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση μπορεί να ορίσει με νόμο ότι ορισμένοι τύποι συμφωνιών δεν απαιτούν τη συναίνεση αυτή.

3. Δίκαιο και Υποχρεώσεις των Οντοτήτων και των Θεσμικών Οργάνων.

(α) Όλες οι κυβερνητικές αρμοδιότητες και εξουσίες που δεν έχουν ανατεθεί ρητά από αυτό το Σύνταγμα προς τα θεσμικά όργανα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης θα είναι αυτές των Οντοτήτων.

(β) Οι Οντότητες και οι όποιες υποδιαίρεσεις τους θα πρέπει να συμμορφώνονται πλήρως με αυτό το Σύνταγμα, το οποίο υπερισχύει των αντιφατικών διατάξεων του δικαίου της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και της νομοθεσίας και των συνταγμάτων των Οντοτήτων, και με τις αποφάσεις των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Οι γενικές αρχές του διεθνούς δικαίου θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του δικαίου της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και των Οντοτήτων.

4. Συντονισμός. Η προεδρία μπορεί να αποφασίσει να διευκολυνθεί ο συντονισμός μεταξύ των Οντοτήτων σχετικά με θέματα που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης όπως προβλέπεται από το Σύνταγμα, εκτός εάν μια Οντότητα αντιτίθεται σε κάποια συγκεκριμένη περίπτωση.

5. Πρόσθετες Ευθύνες.

(α) Η Βοσνία και Ερζεγοβίνη αναλαμβάνει την ευθύνη για τα διάφορα θέματα που έχουν συμφωνηθεί από τις Οντότητες, τα προβλεπόμενα στα Παραρτήματα 5 έως 8 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο, ή που είναι απαραίτητα για τη διαφύλαξη της κυριαρχίας, της εδαφικής ακεραιότητας, της πολιτικής ανεξαρτησίας, και της διεθνούς προσωπικότητας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, σύμφωνα με την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Συμπληρωματικά όργανα μπορούν να καθιερωθούν αν είναι απαραίτητο για την εκτέλεση τέτοιων αρμοδιοτήτων.

(β) Εντός έξι μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος, οι Οντότητες θα αρχίσουν διαπραγματεύσεις με σκοπό να συμπεριληφθούν στις ευθύνες των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και άλλα θέματα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των ενεργειακών πόρων και των συνεταιριστικών οικονομικών έργων.

Άρθρο IV: Κοινοβουλευτική Συνέλευση

Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση έχει δύο τμήματα: τη Βουλή των Κοινοτήτων και τη Βουλή των Αντιπροσώπων.

1. Βουλή των Κοινοτήτων. Η Βουλή των Κοινοτήτων περιλαμβάνει 15 Εκπροσώπους, τα δυο τρίτα από την Ομοσπονδία (συμπεριλαμβανομένων πέντε Κροατών και πέντε Βόσνιων) και το ένα τρίτο από τη Σερβική Δημοκρατία (πέντε Σέρβοι).

(α) Οι ορισμένοι Κροάτες και Βόσνιοι αντιπρόσωποι από την Ομοσπονδία θα πρέπει να επιλέγονται, αντιστοίχως, από την Κροατική και Βοσνιακή αντιπροσωπεία της Βουλής των Κοινοτήτων της Ομοσπονδίας. Αντιπρόσωποι από τη Σερβική Δημοκρατία, θα επιλεγούν από την Εθνοσυνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας.

(β) Εννέα μέλη της Βουλής των Κοινοτήτων συγκροτούν απαρτία, υπό την προϋπόθεση ότι τουλάχιστον τρεις Βόσνιοι, τρεις Κροάτες, και τρεις εκπρόσωποι των Σέρβων είναι παρόντες.

2. Βουλή των Αντιπροσώπων. Η Βουλή των Αντιπροσώπων απαρτίζεται από 42 μέλη, τα δυο τρίτα εκλέγονται από την περιοχή της Ομοσπονδίας, το ένα τρίτο από την περιοχή της Σερβικής Δημοκρατίας.

(α) Τα μέλη της Βουλής των Αντιπροσώπων πρέπει να εκλέγονται άμεσα από την Οντότητά τους, σύμφωνα με μια εκλογική νομοθεσία που θα εγκριθεί από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση. Η πρώτη εκλογή, ωστόσο, θα λάβει χώρα σύμφωνα με το Παράρτημα 3 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο.

(β) Μια πλειοψηφία όλων των εκλεγμένων μελών στη Βουλή των Αντιπροσώπων συγκροτεί απαρτία.

3. Διαδικασίες.

(α) Κάθε τμήμα πρέπει να συγκληθεί στο Σεράγεβο όχι αργότερα από 30 ημέρες μετά την επιλογή ή εκλογή του.

(β) Κάθε τμήμα εγκρίνει με πλειοψηφία τον εσωτερικό κανονισμό του και επιλέγει από τα μέλη του έναν Σέρβο, έναν Βόσνιο, και έναν Κροάτη να υπηρετήσει ως Πρόεδρος και Αναπληρωτής Πρόεδρος, με τη θέση του Προέδρου να εναλλάσσεται μεταξύ των τριών προσώπων που έχουν επιλεγεί.

(γ) Όλες οι νομοθεσίες απαιτούν την έγκριση και των δυο τμημάτων.

(δ) Όλες οι αποφάσεις και στα δύο σώματα πρέπει να λαμβάνονται από την πλειοψηφία των παρόντων και ψηφίζόντων. Οι Αντιπρόσωποι και τα Μέλη καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε η πλειοψηφία να περιλαμβάνει τουλάχιστον το ένα τρίτο των ψήφων των Αντιπροσώπων ή των Μελών από την περιοχή της κάθε Οντότητας. Αν η πλειοψηφία δεν περιλαμβάνει το ένα τρίτο των ψήφων των Αντιπροσώπων ή των Μελών από την περιοχή της κάθε Οντότητας, ο Πρόεδρος και ο Αναπληρωτής Πρόεδρος συνεδριάζουν ως επιτροπή και προσπαθούν να επιτύχουν την έγκριση εντός τριών ημερών από την ψηφοφορία. Αν αυτές οι προσπάθειες αποτύχουν, οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων και ψηφίζόντων μελών, υπό την προϋπόθεση ότι οι αποκλίνουσες ψήφοι δεν περιλαμβάνουν τα δυο τρίτα ή περισσότερο των Αντιπροσώπων ή Μελών που εκλέγονται από τις δυο Οντότητες.

(ε) Μια προτεινόμενη απόφαση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης μπορεί να κηρυχθεί καταστρεπτική ενός ζωτικού συμφέροντος των Βόσνιων, Κροατών, ή Σέρβων με πλειοψηφία των, όπως αρμόζει, Βόσνιων, Κροατών ή Σέρβων Αντιπροσώπων που επιλέγονται σύμφωνα με την παράγραφο 1 (α) πιο πάνω. Μια τέτοια προτεινόμενη απόφαση απαιτεί προς έγκριση στη Βουλή των Κοινοτήτων την πλειοψηφία των παρόντων και ψηφίζόντων Βόσνιων, Κροατών και Σέρβων Αντιπροσώπων.

(στ) Όταν η πλειοψηφία των Βόσνιων, των Κροατών, ή των Σέρβων Αντιπροσώπων αντιτίθεται στην επίκληση της παραγράφου (ε), ο Πρόεδρος της Βουλής των Κοινοτήτων συγκαλεί αμέσως μια Μεικτή Επιτροπή που αποτελείται από τρεις Αντιπροσώπους, κάθε ένας επιλεγμένος από τους Βόσνιους, από τους Κροάτες και από τους Σέρβους Αντιπροσώπους, για να επιλυθεί το ζήτημα. Εάν η Επιτροπή αποτύχει να το πράξει εντός πέντε ημερών, το θέμα θα παραπεμφθεί στο Συνταγματικό Δικαστήριο, το οποίο σε μια εσπευσμένη διαδικασία θα το επανεξετάσει για διαδικαστική κανονικότητα.

(ζ) Η Βουλή των Κοινοτήτων μπορεί να διαλυθεί από την Προεδρία ή από το ίδιο το Σώμα, υπό την προϋπόθεση ότι η απόφαση της Βουλής για διάλυση εγκρίθηκε από την πλειοψηφία η οποία περιλαμβάνει την πλειοψηφία των Αντιπροσώπων από δυο τουλάχιστον από τους Βόσνιους, Κροάτες ή Σέρβους. Η εκλεγμένη

Βουλή των Κοινοτήτων κατά τις πρώτες εκλογές μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος δεν μπορεί, ωστόσο, να διαλυθεί.

(η) Οι αποφάσεις της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης δεν παράγουν αποτέλεσμα πριν από τη δημοσίευση.

(θ) Και τα δυο τμήματα δημοσιεύουν μια πλήρη καταγραφή των συζητήσεών τους και, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις σύμφωνα με τους κανόνες τους, συζητούν δημοσίως.

(ι) Οι Αντιπρόσωποι και τα Μέλη δεν πρέπει να θεωρούνται ποινικώς ή αστικώς υπεύθυνα για όποιες πράξεις διενεργούνται στο πλαίσιο των καθηκόντων τους στην Κοινοβουλευτική Συνέλευση.

4. Εξουσίες. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση έχει την ευθύνη για:

(α) Θέσπιση νομοθεσίας που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των αποφάσεων της Προεδρίας ή για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων της Συνέλευσης στο πλαίσιο του παρόντος Συντάγματος.

(β) Λήψη αποφάσεων σχετικά με τις πηγές και τα ποσά των εσόδων για τις πράξεις των οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τις διεθνείς υποχρεώσεις της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(γ) Έγκριση του προϋπολογισμού για τα θεσμικά όργανα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(δ) Να αποφασίσει εάν συγκατατίθεται για την επικύρωση των Συνθηκών.

(ε) Άλλου είδους θέματα, που είναι απαραίτητα για την άσκηση των καθηκόντων της ή που έχουν ανατεθεί σε αυτή από την αμοιβαία συμφωνία των Οντοτήτων.

Άρθρο V: Προεδρία

Η Προεδρία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης αποτελείται από τρία μέλη: έναν Βόσνιο και έναν Κροάτη, όπου καθένας εκλέγεται άμεσα από την περιοχή της Ομοσπονδίας, και έναν Σέρβο που εκλέγεται άμεσα από την περιοχή της Σερβικής Δημοκρατίας.

1. Εκλογή και Θητεία.

(α) Τα μέλη της Προεδρίας εκλέγονται άμεσα σε κάθε Οντότητα (με κάθε ψηφοφόρο να ψηφίζει για την πλήρωση μιας θέσης για την Προεδρία), σύμφωνα με έναν εκλογικό νόμο που εγκρίθηκε από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση. Η πρώτη εκλογή, ωστόσο, λαμβάνει χώρα σύμφωνα με το Παράρτημα 3 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο. Οι κενές θέσεις στην Προεδρία, πρέπει να πληρωθούν από τη σχετική Οντότητα και σύμφωνα με το νόμο να εγκριθούν από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση.

(β) Η θητεία των Μελών της Προεδρίας που εκλέγονται κατά την πρώτη εκλογή είναι διετής, η θητεία των μελών που εκλέγονται στη συνέχεια είναι τετραετής. Τα Μέλη δικαιούνται να θέσουν υποψηφιότητα και να επιτύχουν μια φορά και έκτοτε είναι μη εκλόγιμα για τέσσερα χρόνια.

2. Διαδικασίες.

(α) Η Προεδρία θα καθορίσει τους δικούς της κανόνες της διαδικασίας, οι οποίοι θα εξασφαλίζουν κατάλληλη προθεσμία όλων των συναντήσεων της Προεδρίας.

(β) Τα Μέλη της Προεδρίας θα διορίσει από τα δικά τους Μέλη έναν Πρόεδρο. Για την πρώτη θητεία της Προεδρίας, ο Πρόεδρος πρέπει να είναι το Μέλος εκείνο που έλαβε το μεγαλύτερο αριθμό ψήφων. Στη συνέχεια, ο τρόπος εκλογής του Προέδρου, εκ περιτροπής ή διαφορετικά, θα καθορίζεται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση, σύμφωνα με το Άρθρο IV (3).

(γ) Η Προεδρία προσπαθεί να εγκρίνει όλες τις Αποφάσεις της Προεδρίας (δηλ. εκείνες που αφορούν ζητήματα που εμπίπτουν στο Άρθρο III (1) (α) - (ε) με συναίνεση. Οι αποφάσεις αυτές μπορούν ωστόσο, σύμφωνα με την παράγραφο

(δ) πιο κάτω, να εγκριθούν από δυο Μέλη, όταν όλες οι προσπάθειες για επίτευξη συναίνεσης έχουν αποτύχει.

(δ) Ένα διαφωνών Μέλος της Προεδρίας μπορεί να δηλώσει ότι μια Απόφαση της Προεδρίας είναι καταστρεπτική ενός ζωτικού συμφέροντος της Οντότητας από την περιοχή της οποίας εξελέγη, υπό την προϋπόθεση ότι το πράττει εντός τριών ημερών από την έκδοσή της. Μια τέτοια Απόφαση θα αναφέρεται αμέσως στην

Εθνική Συνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας, εάν η δήλωση αυτή έγινε από το Μέλος αυτής της περιοχής, στους Βόσνιους Αντιπροσώπους της Βουλής των Κοινοτήτων της Ομοσπονδίας, αν η δήλωση αυτή έγινε από Βόσνιο Μέλος, ή στους Κροάτες Αντιπροσώπους του εν λόγω φορέα, αν η δήλωση αυτή έγινε από το Κροατικό Μέλος. Εάν η δήλωση αυτή επιβεβαιώνεται από ψήφο των δυο τρίτων των προσώπων αυτών εντός δέκα ημερών από την παραπομπή της, η αμφισβητούμενη Απόφαση της Προεδρίας δεν παράγει αποτέλεσμα.

3. Δυνάμεις. Η Προεδρία έχει την ευθύνη για:

- (α) Τη διεξαγωγή της εξωτερικής πολιτικής της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.
- (β) Το διορισμό πρεσβευτών και άλλων διεθνών εκπροσώπων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, όχι περισσότερα από τα δυο τρίτα των οποίων μπορούν να επιλεγούν από την περιοχή της Ομοσπονδίας.
- (γ) Την εκπροσώπηση της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης σε διεθνείς και Ευρωπαϊκούς οργανισμούς και θεσμικά όργανα και αναζήτηση συμμετοχής σε τέτοιου είδους οργανισμούς και ιδρύματα των οποίων η Βοσνία και Ερζεγοβίνη δεν είναι μέλος.
- (δ) Τη διαπραγμάτευση, καταγγελία και, με τη συγκατάθεση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, την επικύρωση των Συνθηκών της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.
- (ε) Την εκτέλεση των αποφάσεων της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης.
- (στ) Να προτείνει, μετά από εισήγηση του Υπουργικού Συμβουλίου, έναν ετήσιο προϋπολογισμό στην Κοινοβουλευτική Συνέλευση.
- (ζ) Την υποβολή εκθέσεων, όπως ζητήθηκε, αλλά σε τουλάχιστον ετήσια βάση, στην Κοινοβουλευτική Συνέλευση σχετικά με τις δαπάνες από την Προεδρία.
- (η) Το συντονιστικό, εφόσον είναι αναγκαίο, με διεθνείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.
- (θ) Την εκτέλεση άλλων καθηκόντων που ενδέχεται να είναι αναγκαία για την άσκηση των καθηκόντων της, όπως μπορεί να εκχωρηθούν σε αυτήν από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση ή όπως μπορεί να συμφωνηθούν από τις Οντότητες.

4. Συμβούλιο Υπουργών. Η Προεδρία διορίζει τον Πρόεδρο του Συμβουλίου των Υπουργών, που θα αναλάβει καθήκοντα μετά την έγκριση της Βουλής των Αντιπροσώπων. Ο Πρόεδρος διορίζει έναν Υπουργό Εξωτερικών, έναν Υπουργό Εξωτερικού Εμπορίου και άλλους Υπουργούς, όπως ενδεχομένως ενδείκνυται, που θα αναλάβουν καθήκοντα μετά την έγκριση της Βουλής των Αντιπροσώπων.

(α) Από κοινού ο Πρόεδρος και οι Υπουργοί συνιστούν το Συμβούλιο των Υπουργών, με ευθύνη για την εκτέλεση των πολιτικών και των αποφάσεων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης στους τομείς που αναφέρονται στο Άρθρο III (1), (4), και (5) και την υποβολή εκθέσεων προς την Κοινοβουλευτική Συνέλευση (συμπεριλαμβανομένων, τουλάχιστον σε ετήσια βάση, σχετικά με τις δαπάνες από τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη).

(β) Όχι περισσότερα από τα δυο τρίτα του συνόλου των Υπουργών μπορούν να διοριστούν από την περιοχή της Ομοσπονδίας. Ο Πρόεδρος, επίσης, ορίζει Αναπληρωτές Υπουργούς (που δεν πρέπει να είναι του ίδιου συστατικού μέρους πρόσωπα όπως οι Υπουργοί τους), που θα αναλάβουν καθήκοντα μετά την έγκριση της Βουλής των Αντιπροσώπων.

(γ) Το Συμβούλιο των Υπουργών θα παραιτηθεί, εάν οποιαδήποτε στιγμή υπάρξει μια ψήφος μη εμπιστοσύνης από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση.

5. Μόνιμη Επιτροπή.

(α) Κάθε μέλος της Προεδρίας, δυνάμει της έδρας, έχει πολιτική εντολή εξουσίας πάνω στις ένοπλες δυνάμεις. Καμία Οντότητα δεν πρέπει να απειλεί ή να χρησιμοποιεί βίας κατά της άλλης Οντότητας και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει οποιαδήποτε ένοπλη δύναμη των δυο Οντοτήτων να εισέλθει ή παραμείνει στο έδαφος της άλλης Οντότητας χωρίς τη συγκατάθεση της κυβέρνησης της τελευταίας και της Προεδρίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Όλες οι ένοπλες δυνάμεις στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη πρέπει να κινούνται με συνέπεια προς την εθνική κυριαρχία και την εδαφική ακεραιότητα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(β) Τα μέλη της Προεδρίας επιλέγουν μια Μόνιμη Επιτροπή για τα Στρατιωτικά Θέματα για το συντονισμό των δραστηριοτήτων των ενόπλων δυνάμεων στη

Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Τα Μέλη της Προεδρίας είναι μέλη της Μόνιμης Επιτροπής.

Άρθρο VI: Συνταγματικό Δικαστήριο

1. Σύσταση. Το Συνταγματικό Δικαστήριο της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης αποτελείται από εννέα μέλη.

(α) Τέσσερα μέλη επιλέγονται από τη Βουλή των Αντιπροσώπων της Ομοσπονδίας, καθώς και δύο μέλη από τη Συνέλευση της Σερβικής Δημοκρατίας. Τα υπόλοιπα τρία μέλη επιλέγονται από τον Πρόεδρο του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, μετά από σύσκεψη με την Προεδρία.

(β) Οι δικαστές πρέπει να διακρίνονται ως νομομαθείς υψηλού ηθικού κύρους. Κάθε δικαίωμος να θέσει υποψηφιότητα από τους ψηφοφόρους, έχοντας τα προσόντα μπορεί να υπηρετήσει ως δικαστής του Συνταγματικού Δικαστηρίου. Οι δικαστές που επιλέγονται από τον Πρόεδρο του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων δεν πρέπει να είναι πολίτες της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, ή οποιουδήποτε γειτονικού κράτους.

(γ) Η θητεία των δικαστών που διορίζονται είναι αρχικά πενταετής, εκτός εάν παραιτηθούν ή απομακρυνθούν για κάποιο λόγο με κοινή συναίνεση των άλλων δικαστών. Οι δικαστές αρχικώς διορίζονται δεν μπορούν να επανεκλεγούν. Οι δικαστές που διορίζονται στη συνέχεια θα υπηρετήσουν μέχρι την ηλικία των 70 ετών, εκτός εάν παραιτηθούν ή απομακρυνθούν για κάποιο λόγο, με κοινή συναίνεση των άλλων δικαστών.

(δ) Για τους διορισμούς που γίνονται από πέντε και πλέον χρόνια μετά τον αρχικό διορισμό των δικαστών, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση μπορεί να προβλέψει με νόμο, μια διαφορετική μέθοδο επιλογής των τριών δικαστών που επιλέγονται από τον Πρόεδρο του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

2. Διαδικασίες.

(α) Η πλειοψηφία όλων των μελών του Δικαστηρίου αποτελεί απαρτία.

(β) Το Δικαστήριο θεσπίζει τους δικούς του κανόνες του δικαστηρίου με πλειοψηφία όλων των μελών του. Θα πρέπει να κρατά δημόσια πρακτικά και να εκδίδει τους λόγους των αποφάσεών του, τις οποίες πρέπει να δημοσιεύει.

3. Αρμοδιότητα. Το Συνταγματικό Δικαστήριο θα πρέπει να διατηρήσει αυτό το Σύνταγμα.

(α) Το Συνταγματικό Δικαστήριο θα έχει αποκλειστική δικαιοδοσία να αποφασίζει για κάθε διαφορά που προκύπτει δυνάμει του παρόντος Συντάγματος μεταξύ των Οντοτήτων ή μεταξύ της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και μιας Οντότητας ή Οντοτήτων, ή μεταξύ των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, που περιλαμβάνεται αλλά δεν περιορίζεται στο:

-- Εάν η απόφαση μιας Οντότητας να συγκροτήσει μια παραλλήλως μια ειδική σχέση με ένα γειτονικό κράτος είναι σύμφωνη με το Σύνταγμα αυτό, συμπεριλαμβανομένων των διατάξεων που αφορούν την κυριαρχία και την εδαφική ακεραιότητα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

-- Εάν κάποια διάταξη του συντάγματος μιας Οντότητας ή νόμος είναι σύμφωνος με το Σύνταγμα αυτό.

Διαφορές μπορούν να αναφέρονται μόνο από ένα μέλος της Προεδρίας, από τον Πρόεδρο του Συμβουλίου των Υπουργών, από τον Πρόεδρο είτε τον Αναπληρωτή Πρόεδρο του επιμελητηρίου της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, είτε από το ένα τέταρτο των μελών του επιμελητηρίου της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης είτε από το ένα τέταρτο του επιμελητηρίου του νομοθετικού σώματος μιας οντότητας.

(β) Το Συνταγματικό Δικαστήριο έχει επίσης δευτεροβάθμιο δικαστήριο επί θεμάτων υπό αυτό το Σύνταγμα που απορρέουν από μια απόφαση κάθε άλλου δικαστηρίου στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.

(γ) Το Συνταγματικό Δικαστήριο θα έχει δικαιοδοσία επί θεμάτων που αναφέρονται από οποιοδήποτε δικαστήριο στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη σχετικά με το κατά πόσον ένας νόμος, του οποίου η εγκυρότητα εξαρτάται από την απόφασή του, είναι συμβατός με το Σύνταγμα αυτό, με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών και τα Πρωτόκολλά της ή με τους νόμους

της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, ή σχετικά με την ύπαρξη ή το πεδίο εφαρμογής ενός γενικού κανόνα του διεθνούς δημοσίου δικαίου που είναι συναφές με την απόφαση του δικαστηρίου.

4. Αποφάσεις. Οι αποφάσεις του Συνταγματικού Δικαστηρίου είναι τελεσίδικες και δεσμευτικές.

Άρθρο VII: Κεντρική Τράπεζα

Πρέπει να υπάρχει μια Κεντρική Τράπεζα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, η οποία θα είναι η μοναδική αρχή για την έκδοση νομίσματος και της νομισματικής πολιτικής σε όλη τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη.

1. Οι ευθύνες της Κεντρικής Τράπεζας θα πρέπει να καθορίζονται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση. Για τα πρώτα έξι χρόνια μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος, ωστόσο, δε θα μπορεί να επεκταθεί πιστωτικά με τη δημιουργία χρήματος, εκμεταλλεζόμενη το θέμα αυτό ως επιτροπή κυκλοφορίας, στη συνέχεια, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση μπορεί να της δώσει αυτή την εξουσία.

2. Το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο της Κεντρικής Τράπεζας απαρτίζεται από έναν Διοικητή που διορίζεται από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, μετά από σύσκεψη με την Προεδρία, καθώς και τρία μέλη που διορίζονται από την Προεδρία, δύο από την Ομοσπονδία (έναν Βόσνιο, έναν Κροάτη, που έχουν από κοινού μια ψήφο) και ένα από τη Σερβική Δημοκρατία, το σύνολο των οποίων θα υπηρετήσει για μια εξαετή θητεία. Ο Κυβερνήτης, που δεν είναι πολίτης της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης ή οποιουδήποτε γειτονικού κράτους, μπορεί να συμμετέχει με αποφασιστική / νοκ-άουτ ψήφο στο Διοικητικό Συμβούλιο.

3. Στη συνέχεια, το Διοικητικό Συμβούλιο της Κεντρικής Τράπεζας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης αποτελείται από πέντε πρόσωπα που διορίζονται από την Προεδρία για θητεία έξι ετών. Το Διοικητικό Συμβούλιο διορίζει, μεταξύ των μελών του, ένα Διοικητή για θητεία έξι ετών.

Άρθρο VIII: Οικονομικά

1. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση πρέπει κάθε έτος, με πρόταση της Προεδρίας, να εγκρίνει ένα προϋπολογισμό που να καλύπτει τις δαπάνες που απαιτούνται για την

εκτέλεση των αρμοδιοτήτων των θεσμικών οργάνων της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και τις διεθνείς υποχρεώσεις της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

2. Εάν ένας τέτοιος προϋπολογισμός δεν εγκρίθηκε εν ευθέτω χρόνο, ο προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε προσωρινή βάση.

3. Η Ομοσπονδία παρέχει τα δύο τρίτα και η Σερβική Δημοκρατία το ένα τρίτο των εσόδων που απαιτούνται από τον προϋπολογισμό, εκτός από το βαθμό που τα έσοδα αυξάνονται, όπως ορίζεται από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση.

Άρθρο ΙΧ: Γενικές διατάξεις

1. Κανένα πρόσωπο που εκτίει ποινή που επιβλήθηκε από το Διεθνές Δικαστήριο για την Πρώην Γιουγκοσλαβία, και κανένα πρόσωπο που είναι υπό κατηγορία από το Δικαστήριο και που απέτυχε να συμμορφωθεί με μια εντολή με αποτέλεσμα να εμφανιστεί ενώπιον του Δικαστηρίου, δύναται να είναι υποψήφιος ή να κατέχει οποιοδήποτε θέση βάσει διορισμού ή εκλογής του, ή άλλο δημόσιο αξίωμα στην επικράτεια της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

2. Αποζημίωση για πρόσωπα που κατέχουν αξίωμα στα θεσμικά όργανα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης δεν μπορεί να μειωθεί κατά τη διάρκεια της θητείας ενός αξιωματούχου.

3. Υπάλληλοι που διορίζονται σε θέσεις στα θεσμικά όργανα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης θα πρέπει να είναι γενικώς αντιπροσωπευτικοί των λαών της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Άρθρο Χ: Τροπολογία

1. Διαδικασία τροπολογίας. Αυτό το Σύνταγμα μπορεί να τροποποιηθεί με απόφαση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, συμπεριλαμβανομένης πλειοψηφία των δυο τρίτων των παρόντων και ψηφίζόντων μελών της Βουλής των Αντιπροσώπων.

2. Ανθρώπινα Δικαιώματα και των Θεμελιώδεις Ελευθερίες. Καμία τροπολογία σε αυτό το Σύνταγμα δεν μπορεί να καταργήσει ή να μειώσει κάποια από τα δικαιώματα και τις ελευθερίες που αναφέρεται στο Άρθρο ΙΙ του παρόντος Συντάγματος ή να τροποποιήσει την παρούσα παράγραφο.

Άρθρο XI: Μεταβατικές Ρυθμίσεις

Μεταβατικές ρυθμίσεις σχετικά με τις δημόσιες υπηρεσίες, νομικά, και άλλα θέματα καθορίζονται στο Παράρτημα II του παρόντος Συντάγματος.

Άρθρο XII: Έναρξη Ισχύος

1. Αυτό το Σύνταγμα θα τεθεί σε ισχύ μετά την υπογραφή της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο ως συνταγματικής πράξης που τροποποιεί και αντικαθιστά το Σύνταγμα της Δημοκρατίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.
2. Εντός τριών μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος, οι Οντότητες θα πρέπει να τροποποιήσουν τα αντίστοιχα συντάγματά τους για να διασφαλίσουν τη συμμόρφωσή τους με αυτό το Σύνταγμα, σύμφωνα με το Άρθρο III (3) (β).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πρόσθετες Συμφωνίες Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που πρέπει να εφαρμοστούν από τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη⁶³

1. 1948 Σύμβαση για την Πρόληψη και Καταστολή του Εγκλήματος της Γενοκτονίας
2. 1949 Συμβάσεις της Γενεύης I-IV για την Προστασία των Θυμάτων του Πολέμου, και του 1977 στη Γενεύη πρωτόκολλα I-II αυτής
3. 1951 Σύμβαση για το Νομικό Καθεστώς των Προσφύγων και του 1966 Πρωτοκόλλου αυτής
4. 1957 Σύμβαση για την Ιθαγένεια των Παντρεμένων Γυναικών
5. 1961 Σύμβαση για τη Μείωση της Μη υπηκοότητας
6. 1965 Διεθνής Σύμβαση για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Φυλετικών Διακρίσεων
7. 1966 Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και του 1966 και 1989 Προαιρετικά Πρωτόκολλά του
8. 1966 Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα

⁶³ <http://www.legislationline.org/legislation.php?tid=11&lid=2962&less=false>

9. 1979 Σύμβαση για την Εξάλειψη Κάθε Μορφής Διακρίσεων κατά των Γυναικών
 10. 1984 Σύμβαση κατά των Βασανιστηρίων και Άλλων Μορφών Σκληρής, Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας
 11. 1987 Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας
 12. 1989 Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού
 13. 1990 Διεθνής Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων όλων των Εργαζόμενων Μεταναστών και των Μελών των Οικογενειών τους
 14. 1992 Ευρωπαϊκός Χάρτης για τις Περιφερειακές ή Μειονοτικές Γλώσσες
 15. 1994 Σύμβαση Πλαίσιο για την Προστασία των Εθνικών Μειονοτήτων
-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Μεταβατικές Ρυθμίσεις

1. Κοινή ενδιάμεση Επιτροπή.

(α) Τα Μέρη συγκροτούν Κοινή Ενδιάμεση Επιτροπή με εντολή να συζητήσει τα πρακτικά θέματα που σχετίζονται με την εφαρμογή του Συντάγματος της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο και των Παραρτημάτων της, και να κάνει συστάσεις και προτάσεις.

(β) Η Ενδιάμεση Κοινή Επιτροπή θα απαρτίζεται από τέσσερα πρόσωπα από την Ομοσπονδία, τρία πρόσωπα από τη Σερβική Δημοκρατία, και έναν εκπρόσωπο της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

(γ) Οι συνεδριάσεις της Επιτροπής γίνονται υπό την προεδρία του Ύπατου Εκπροσώπου ή του φορέα που θα οριστεί.

2. Συνέχεια των Νόμων.

Όλες οι νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις και κανόνες της δικαστικής διαδικασίας σε ισχύ εντός της περιοχής της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, όταν τεθεί σε ισχύ το Σύνταγμα θα παραμείνουν σε ισχύ στο βαθμό που δεν αντιφάσκουν με το Σύνταγμα, έως ότου

προσδιοριστούν διαφορετικά από αρμόδιο κυβερνητικό όργανο της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

3. Δικαστικές και Διοικητικές Διαδικασίες.

Όλες οι διαδικασίες στα δικαστήρια ή στις διοικητικές υπηρεσίες που λειτουργούν εντός της περιοχής της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, όταν τεθεί σε ισχύ το Σύνταγμα θα συνεχίσουν ή θα μεταφερθούν σε άλλα δικαστήρια ή οργανισμούς της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, σύμφωνα με οποιαδήποτε νομοθεσία διέπει την αρμοδιότητα αυτών των δικαστηρίων ή οργανισμών.

4. Γραφεία.

Μέχρι να αντικατασταθούν από εφαρμοστέα συμφωνία ή νομοθεσία, κυβερνητικές υπηρεσίες, ιδρύματα και άλλοι οργανισμοί της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης θα λειτουργούν σύμφωνα με το εφαρμοστέο δίκαιο.

5. Συνθήκες.

Κάθε συνθήκη που επικυρώθηκε από τη Δημοκρατία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης μεταξύ της 1ης Ιανουαρίου 1992 και την έναρξη ισχύος του παρόντος Συντάγματος πρέπει να γνωστοποιηθεί στα Μέλη της Προεδρία εντός 15 ημερών από την ανάληψη του αξιώματός τους, οποιαδήποτε τέτοια συνθήκη αν δεν αποκαλυφθεί θα καταγγελθεί. Εντός έξι μηνών από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση που συγκαλείται για πρώτη φορά, μετά από αίτηση κάθε μέλος της Προεδρίας, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση θα εξετάσει το ενδεχόμενο να καταγγείλει οποιαδήποτε άλλη τέτοια συνθήκη.

Δήλωση εξ ονόματος της Δημοκρατίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Η Δημοκρατία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης εγκρίνει το Σύνταγμα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης κατά το Παράρτημα 4 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο.

Για τη Δημοκρατία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Δήλωση εξ ονόματος της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Η Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, για λογαριασμό των συστατικών λαών και πολιτών της, εγκρίνει το Σύνταγμα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης κατά το Παράρτημα 4 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο.

Για την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης

Δήλωση εξ ονόματος της Σερβικής Δημοκρατίας

Η Σερβική Δημοκρατία εγκρίνει το Σύνταγμα της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης κατά το Παράρτημα 4 της Γενικής Συμφωνίας Πλαίσιο.

Για τη Σερβική Δημοκρατία

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Παράρτημα Β

N. A. Semashko

Η Εργασία των Αρχών Δημόσιας Υγείας στη Σοβιετική Ρωσία

Πηγή: *The Communist Review*, June 1923, Vol. 4, No. 2.

Εκδότης: Communist Party of Great Britain

Δημόσιος τομέας: Marxists Internet Archive (2006)⁶⁴

Απόσπασμα από την ομιλία του N. A. Semashko, Επιτρόπου για την υγεία της R.S.F.S.R.⁶⁵, σε μια διάσκεψη της Διεθνούς Βοήθειας των Ρώσων Εργαζομένων στο Βερολίνο.

Οι στόχοι της Επιτροπής για τη Δημόσια Υγεία είναι εξαιρετικά δύσκολοι και γεμάτοι ευθύνες, αλλά, παρ' όλα αυτά, έχουμε πετύχει κυρίως την υπερνίκηση των μαστιγών και των επιδημιών που είχαν ως αίτιό τους την πείνα, αν και στην Ουκρανία και σε μερικές από τις ανατολικές περιοχές η δυσεντερία, ο τύφος, η χολέρα και η ευλογιά ξεσπούν πάλι.

Αλλά από κάθε άποψη πρόκειται να δούμε την επίδραση των χειρότερων συνεπειών της πείνας στην παιδική ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτών των μαστιγών ο οργανισμός των παιδιών πρέπει να καταβάλει μια πολύ μεγαλύτερη δύναμη αντίστασης, συγκριτικά με τους ενήλικες, που να του επιτρέπει να αναρρώσει.

Η Ρωσία είχε πάντα τη θλιβερή κακή φήμη της κατοχής του υψηλότερου ποσοστού θνησιμότητας νηπίων στον κόσμο. Το ποσοστό θανάτου στην περίπτωση των μικρών παιδιών είναι τόσο υψηλό όπως 25 τοις εκατό. Ως αποτέλεσμα της πείνας, αυτό ανήλθε σε 32 τοις εκατό. Κατά τη διάρκεια του 1922, χάρη στις δραστήριες προσπάθειες της Σοβιετικής Κυβέρνησης και των εργαζομένων και των ξένων οργανώσεων, ήμασταν σε θέση να το μειώσουμε σε 20 τοις εκατό. Από τον πόλεμο, και ιδιαίτερα ως συνέπεια

⁶⁴ <http://www.marxists.org/archive/semashko/1923/06/health.htm>

⁶⁵ R.S.F.S.R. (Russian Soviet Federative Socialist Republic): Ρωσική Σοβιετική Ομοσπονδιακή Σοσιαλιστική Δημοκρατία. Ιδρύθηκε στις 7 Νοεμβρίου 1917 και αποτέλεσε τη μεγαλύτερη και πιο πυκνοκατοικημένη από τις δεκαπέντε Σοβιετικές Δημοκρατίες της Σοβιετικής Ένωσης. Μετά την κατάρρευση, το Δεκέμβριο του 1991, η χώρα μετονομάστηκε σε Ρωσική Ομοσπονδία (<http://en.wikipedia.org/wiki/R.S.F.S.R.>)

της πείνας, μια σοβαρή μείωση στον πληθυσμό της Σοβιετικής Ρωσίας έχει εμφανιστεί, αν και αυτό δεν είναι το ίδιο σε όλες τις περιοχές. Στη Σιβηρία είναι πολύ μικρότερο απ' ό,τι στα Ευρωπαϊκά τμήματα, κατά ένα μεγάλο μέρος εξαιτίας του γεγονότος ότι στα τελευταία υπάρχει μια μεγάλη έλλειψη τροφίμων και κατάλληλων θέσεων κατοικιών, συνθήκες που προσφέρουν ένα γόνιμο έδαφος για τις επιδημίες.

Στην εργασία μας για τη δημόσια υγεία πρέπει να διακρίνουμε δυο διαφορετικές κατηγορίες ασθενειών – των μαστιγών από τη μια πλευρά, και των κοινωνικών ασθενειών από την άλλη. Μεταξύ της τελευταίας κατηγορίας βρίσκουμε δυο που έχουν αντιδράσει πάντα με έναν φοβερό τρόπο στη δημόσια υγεία – τη φυματίωση και τα αφροδίσια νοσήματα. Δυστυχώς, τα περιορισμένα στη διάθεσή μας μέσα δεν επιτρέπουν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων των κοινωνικών ασθενειών να αντιμετωπιστούν κατάλληλα στα σανατόρια, έτσι τα κινητά ιατρεία έχουν διαμορφωθεί ως τα πιο έτοιμα προσωρινά. Αυτά τα κινητά ιατρεία δεν περιμένουν έως ότου να έρθουν οι ασθενείς σε αυτά, αλλά φέρνουν τη βοήθεια και το δικαίωμα ιατρικής βοήθειας τα ίδια στα εργοστάσια, επιδιώκοντας σε κάθε περίπτωση να βρουν για κάθε τύπο απασχόλησης τον τρόπο που θα επιτρέψει στην ασθένεια να υπερνικηθεί επιτυχώς. Τα κινητά ιατρεία, και επίσης όλες οι άλλες μονάδες της Επιτροπής για τη δημόσια υγεία, δουλεύουν σε πολύ στενή συνεργασία με τις διαφορετικές οργανώσεις των εργαζομένων.

Εκτός από τα ιατρεία, καταβάλλεται κάθε προσπάθεια να εξασφαλιστεί επάρκεια των σανατορίων για τους πάσχοντες, ειδικά για τα άρρωστα παιδιά, τα οποία στεγάζονται επίσης στα δασικά σχολεία και παρόμοια ιδρύματα. Προκειμένου να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία, μια μεγάλης κλίμακας εκστρατεία έχει επιχειρηθεί. Μια ειδική εβδομάδα προπαγάνδας για τον αγώνα κατά της φυματίωσης και της πορνείας έχει έλθει ήδη εις πέρας, με ιδιαίτερη έμφαση στο ζήτημα της πρόσθετης βοήθειας για τις άνεργες γυναίκες.

Ένας περαιτέρω τομέας της εργασίας είναι προστασία μητέρας και παιδιού. Γι' αυτό το λόγο συμβουλευτικά κέντρα έχουν ανοίξει σε κάθε μεγάλη πόλη και περιοχή, τα οποία, ωστόσο, δεν περιορίζουν τις δραστηριότητές τους στην παροχή των συμβουλών στις μητέρες και στις υποψήφιες μητέρες, αλλά φέρνουν εις πέρας και την πρακτική εργασία σε αυτό τον τομέα. Ειδικά σπίτια για μητέρες με μωρά, και σπίτια με κρεβάτια για την ώρα του τοκετού έχουν οργανωθεί σε όλες τις περιοχές. Αναλογικά προς την τεράστια μάζα του πληθυσμού, ό,τι έχει ήδη πραγματοποιηθεί φθάνει μόνο σχετικά μέτριες αναλογίες.

Σε σχέση με αυτό, ένα πράγμα πρέπει ειδικά να σημειώσει. Στο παρελθόν τίποτα απολύτως δεν είχε γίνει στη Ρωσία σε αυτή την κατεύθυνση, και η Σοβιετική Κυβέρνηση

έπρεπε να καλλιεργήσει ένα εξ ολοκλήρου νέο έδαφος. Στη Σοβιετική Κυβέρνηση ανήκει η τιμή για αυτές τις σημαντικές κοινωνικές καινοτομίες.

Η ευημερία παιδιών δεν είναι με οποιαδήποτε μέσα περιορισμένη στα μωρά και τα μικρά παιδιά, αλλά προσοχή δίνεται επίσης στην ευημερία των μεγαλύτερων παιδιών και της νεολαίας. Όλες αυτές οι δραστηριότητες βρίσκουν την καλύτερη υποστήριξή τους μέσω της προγραμματισμένης εργασίας των επιτροπών για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πείνας, σε όλες αυτές τις επιτροπές και οι δυο, εργαζόμενες γυναίκες και νέοι, εκπροσωπούνται.

Στην περίπτωση της νεολαίας πρόσθετη προσοχή δίνεται στο φυσικό πολιτισμό σαν βάση για τη σωστή διανοητική και ηθική ανάπτυξη. Μηνιαίες σειρές μαθημάτων δίνονται σε κάθε κέντρο στο οποίο παρευρίσκονται επιλεγμένοι εργαζόμενοι από κάθε εργοστάσιο και μεγάλη επιχείρηση. Κατά αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζονται γενικοί εκπαιδευτές των μαζών για το φυσικό πολιτισμό. Υπάρχουν επίσης πιο προχωρημένες σειρές μαθημάτων που καλύπτουν μια περίοδο τριών ετών και οι οποίες προετοιμάζουν ειδικούς εκπαιδευτές νεολαίας για να αναλάβουν εκπαιδευτική εργασία μεγαλύτερης ευθύνης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις τεράστιες ανάγκες μας και τις σωματικές και τις πνευματικές, αυτό που έχουμε ήδη επιτύχει μπορεί να φαίνεται ασήμαντο, αλλά μια καλή αρχή έχει γίνει παρά τη μεγάλη δυσκολία. Ο πόλεμος και η πείνα έχουν αυξήσει πάρα πολύ τον αριθμό άπορων παιδιών. Υπάρχουν σήμερα στη Ρωσία περίπου δυο εκατομμύρια παιδιά για των οποίων τη φροντίδα και την εκπαίδευση κανείς δεν είναι υπεύθυνος εάν αυτό δεν αναληφθεί από τα κοινωνικά όργανα του Κράτους. Από αυτά τα δυο εκατομμύρια παιδιά περίπου 1.300.000 έχουν ήδη στεγαστεί σε σπίτια. Ένα επιπλέον στοιχείο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι η πλειοψηφία αυτών των παιδιών, λόγω της δριμύτητας των συνθηκών πείνας και των δυσκολιών που έχουν υποστεί, παρουσιάζει συχνά σωματικές, αλλά και διανοητικές ανωμαλίες.

Τι επομένως, βλέποντας αυτές τις συνθήκες στη χώρα μας, μπορεί να κάνει η Διεθνής Βοήθεια των Ρώσων Εργαζομένων για να βοηθήσει καταλλήλως την εργασία του Τμήματος Υγείας της Σοβιετικής Κυβέρνησης; Μια επιπλέον δραστηριότητα παρουσιάζεται αμέσως. Η Επιτροπή της Δημόσιας Υγείας συμμετέχει στην προετοιμασία μικρών κινητών ιατρείων για την εξυπηρέτηση του αγροτικού πληθυσμού. Αυτά τα ιατρεία προετοιμάζονται στο εξωτερικό για εισαχθούν στη Ρωσία ως πλήρεις μονάδες παροχής ιατροφαρμακευτικής βοήθειας, εφοδιασμένες με τα σημαντικότερα φάρμακα για την πάλη της πανούκλας και των κοινωνικών ασθενειών. Αυτός ειδικά είναι ένας στόχος

στον οποίο η W.I.R.R.⁶⁶ μπορεί να συμμετάσχει υποστηρίζοντας υλικά τον ανεφοδιασμό αυτών των κινητών ιατρείων. Οτιδήποτε που μπορεί να γίνει για να εφοδιάσει τα ιατρεία, τα σανατόρια και τα σπίτια των παιδιών με τα απαραίτητα υλικά, περιλαμβανομένης και της ένδυσης, θα είναι μια υλική βοήθεια μεγάλης σπουδαιότητας για τη Ρωσία.

Σε σχέση με την αλλαγή από την καθαρή εργασία ανακούφισης από την πείνα στην παραγωγική οικονομική βοήθεια, η Διεθνής Βοήθεια των Ρώσων Εργαζομένων μπορεί να είναι πρόσθετης υπηρεσίας όσον αφορά την εργασία μας στην Κριμαία. Η Κριμαία είναι η υγιέστερη περιοχή της Ρωσίας, στην οποία οι ασθενείς πηγαίνουν όταν αναρρώσουν. Η Επιτροπή της Υγείας των Ανθρώπων στέλνει ετησίως πολλές χιλιάδες φυματικούς εργαζόμενους σε αυτήν την περιοχή, επειδή στο γλυκό, πραϋντικό της κλίμα μπορούν να βρουν την καλύτερη ανακούφιση, και να βρουν την καλύτερη πιθανότητα ανάρρωσης. Πολλά σανατόρια και ιατρεία έχουν ιδρυθεί σε αυτήν την περιοχή προς όφελος των άρρωστων εργαζομένων της Ρωσίας, και όχι μόνο αυτό, αλλά επέτρεψαν στους μερικώς αναρρωμένους εργαζόμενους να παραμείνουν περισσότερο στην Κριμαία έως ότου αποκατασταθεί πάλι η υγεία τους. Έχουμε οργανώσει αγροκτήματα, αμπελώνες και παρόμοιες επιχειρήσεις στις οποίες οι εργαζόμενοι αυτοί μπορούν να απασχοληθούν με κέρδος για τους ίδιους και τη Δημοκρατία.

Όλοι οι σύντροφοι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η δημόσια υγεία είναι σε ανάταση, βρίσκεται στην καλύτερη βάση για μια υγιή ανοικοδόμηση της Ρωσικής οικονομικής ζωής. Η ανοικοδόμηση της Ρωσίας δεν μπορεί να έρθει εις πέρας από ένα άρρωστο έθνος, από τις ευρείες μάζες των οποίων η καθαριότητα, η σωματική διάπλαση και οι υγειονομικές ανάγκες δεν αναπτύσσονται σωστά. Στη μεγάλη και δύσκολη εργασία της ανοικοδόμησης της Ρωσίας, το επίπεδο υγείας των ρωσικών μαζών είναι πρώτης σπουδαιότητας. Ελπίζεται ότι οι σύντροφοι που δημιουργούν και υποστηρίζουν τη Διεθνή Βοήθεια των Εργαζομένων για τη Ρωσία μπορούν να έχουν συνεχώς κατά νου αυτές τις αλήθειες έτσι ώστε να μπορούμε να πάμε προς τα εμπρός σε μια πρακτική πραγματοποίηση του Σοσιαλισμού βασισμένη σε υγιή μυαλά σε υγιή σώματα.

⁶⁶ W. I. R. R. : Workers' International Russian Relief
(<http://www.marxists.org/archive/semashko/1923/06/health.htm>)

Πηγές και Βιβλιογραφία

Ελληνικά

1. Βλάσσης Ιωάννης, Ν., *Παραδόσεις για το μάθημα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιώς «Συστήματα Υγείας», Αθήνα, 2006.*
2. Δόλγερας Απόστολος, «Τα συστήματα υγείας στα Βαλκάνια», *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας – Προβλήματα και Τάσεις (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια), Τόμος 1^{ος}, 51-72.*
3. Δουδούμης, Γ., *Βαλκάνια 2006*, Αθήνα, Βαλκανικές Εκδόσεις, 2006.
4. Δουδούμης, Γ., *Η γιουγκοσλαβική αποσύνθεση (1991-2001)*, Αθήνα, 2001.
5. *Εγκυκλοπαίδεια «Δομή», Αθήνα, Εκδόσεις «Δομή» Α.Ε., 2002-2007, τόμος 7^{ος} και 31^{ος}*
6. *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος – Larousse – Britannica», Αθήνα, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, 2007, τόμος 12^{ος} και 45^{ος}*
7. *Ελληνοαγγλικό – Αγγλοελληνικό 4U Λεξικό FYTRAKI*, Αθήνα, Εκδόσεις Φυτράκη Α.Ε., 2007.
8. *Ενδημικά Νοσήματα στα Βαλκάνια*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια, Τόμος 4^{ος}
9. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001.
10. Κυριακουλάκος Π., *Κοινωνική Πολιτική. Γενικές έννοιες – Κοινωνική Ασφάλιση*, Αθήνα, 1970.
11. Μπαμπινιώτης, Γ., *Λεξικό για το σχολείο & το γραφείο*, Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., 2004.
12. Μωραΐτης Ε., *Παραδόσεις για το μάθημα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιώς «Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας», Αθήνα, 2004.*
13. Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Εκδόσεις Διόνικος, 2004.
14. Πολύζος Ν., Οικονόμου Μ., Θεοδώρου Μ., *Παραδόσεις για το μάθημα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου*

Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιώς «Πολιτικές Υγείας & Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα και την ΕΕ», Αθήνα, 2006.

15. Σακελλαρόπουλος Θ., *Υπερεθνικές κοινωνικές πολιτικές την εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2001.
16. Σούλης, Σ., *Παραδόσεις για το μάθημα του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθηνών «Ειδικά θέματα υγειονομικής & κοινωνικής πολιτικής»*, Αθήνα, 1998.
17. Sanda Luminita, «Ο προσδιορισμός των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στη Ρουμανία, στο πλαίσιο της παρούσας υγειονομικής στρατηγικής», *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας – Προβλήματα και Τάσεις (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια)*, Τόμος 1^{ος}, 109-128.

Ξενόγλωσσα

1. Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής της Ρουμανίας (<http://www.insse.ro/>)
2. Υπηρεσία Στατιστικής της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης (<http://www.bhas.ba/eng>)
3. Adeyi, O., Radulescu, S., Huffman, S., Vladu, C., Florescu, R., *Health Sector Reform in Romania: Balancing Needs, Resources and Values*, Eurohealth,4 (6, Special Issue Central and Eastern Europe), 1998, 29-34.
4. «Bosnia – Herzegovina» (www.eolc-observatory.net)
5. Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/>)
6. «Description of the National Health Information System in Romania», World Health Organization, 2004.
7. Feachem, R., *Romania Health Rehabilitation Project*, World Bank mission report, Washington, D.C., 1995.
8. «Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons», Geneva, UNHCR, 2001.
9. «Health Care Systems in Transition – Bosnia and Herzegovina», European Observatory on Health Care Systems, 2002.
10. «Health Care Systems in Transition – Romania», European Observatory on Health Care Systems, 2000.
11. International Observatory on End of Life Care (<http://www.eolc-observatory.net/index.htm>)

12. *Longman Dictionary Of Contemporary English*, Second Edition, England, Longman, 1987.
13. Lanaras, A., «Cooperation between Greece and the Balkan countries in the field of Health Care», *Public Health in Transition (Ministry of Health and Welfare, Greece – national School of Public Health, Athens, Greece – INTERREG II for Public Health in the Balkans)*, Volume 2, 71-90.
14. Office of the High Representative and EU Special Representative (<http://www.ohr.int/>)
15. «Romania», (<http://www.eolc-obervatory.net>)
16. «The Avalon Project at Yale Law School: Dayton Peace Accords», The Avalon Project, 1998 (<http://www.yale.edu/lawweb/avalon/intdip/bosnia/day14.htm>)
17. Unicef (<http://www.unicef.org/>)
18. University Of Minnesota – Human Rights Library (<http://www1.umn.edu/humanrts/icty/dayton/daytonannex4.html>)
19. USAID (www.usaid.gov/)
20. Wikipedia (<http://www.wikipedia.org/>)
21. World Health Organization Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/>)
22. World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press, 1993.
23. World Bank, *Romania Health Sector Support Strategy*, Washington, D.C: World Bank, 1999.
24. World Bank, *A social assessment of Bosnia and Herzegovina*, Washington, DC, World Bank, 1999.