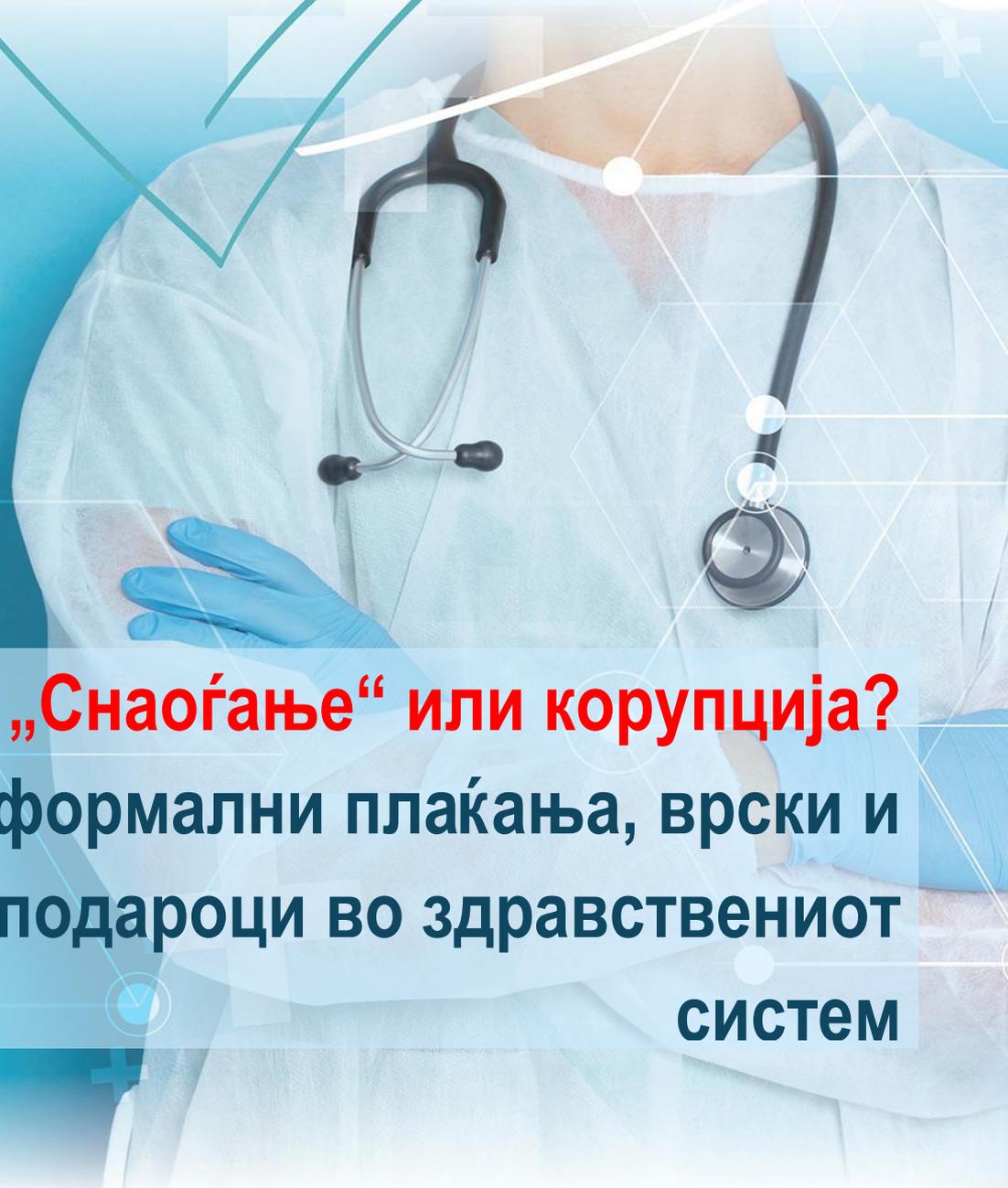




# НАМАЛУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО



**„Снаоѓање“ или корупција?**

Неформални плаќања, врски и  
подароци во здравствениот

**СИСТЕМ**

Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ЕСЕ е граѓанска организација која работи на подобрување на имплементацијата на социјалните и економските права на ранливите групи граѓани во Република Северна Македонија. Организацијата ги зајакнува, мобилизира и активно ги вклучува граѓаните во планирањето, спроведувањето и оценувањето на јавните политики и услуги.

Во фокусот на работата на ЕСЕ се промоцијата и унапредувањето на човековите права, со посебен акцент на здравствените права и правата на жените. Организацијата работи на решавање на итните потреби на ранливите групи, обезбедува правна и параправна помош и се залага за унапредување на законодавството и јавните политики на национално, регионално и меѓународно ниво. Преку подготовка на анализи, препораки и „извештаи во сенка“, ЕСЕ придонесува кон поголема отчетност и одговорност на институциите и постигнување одржливи и долгорочни промени.

Извештајот е изработен во рамки на проектот „Посилен систем за поправедна заштита: Намалување на корупцијата во здравството“ (проект број 25-SB6284), кој се реализира со поддршка од Expertise France, преку AFD - Agence Française de Développement.

Овој извештај е подготвен од Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ЕСЕ, со експертска помош и поддршка од Лиљана Цветаноска, експертка во областа на родовата еднаквост и корупцијата.

За дополнителни информации обратете се на:

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ЕСЕ  
ул. Максим Горки 20-1-4, Скопје

Тел. 389 2 3298 295  
[www.esem.org.mk](http://www.esem.org.mk)

Содржината на овој извештај е исклучива одговорност на Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ЕСЕ и не ги одразува ставовите на Expertise France и Agence Française de Développement.

## СОДРЖИНА

ВОВЕД.....	4
МЕТОДОЛОГИЈА.....	5
ДЕЛ 1: ДЕМОГРАФСКА СТРУКТУРА НА ИСПИТАНИЦИТЕ .....	8
ДЕЛ 2: КОРИСТЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ .....	10
ДЕЛ 3: ИСКУСТВО СО КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО .....	14
Нудење и барање корупција.....	14
Каква корупција се бара, за што, од кој и кога? .....	19
Родови разлики во искуствата со корупција во здравството .....	28
ДЕЛ 4: ПРИЈАВУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА ВО ЗДРАВСТВОТО .....	36
Општи согледувања.....	36
Барање и пријавување сексторција.....	41
ДЕЛ 5: СТАВОВИ И МИСЛЕЊА НА ГРАЃАНИТЕ ПО ОДНОС НА КОРУПТИВНИТЕ ПРАКТИКИ ВО ЗДРАВСТВОТО .....	45
Општи согледувања.....	45
Правна заштита при пријавување корупција .....	51
Спречување и намалување на корупцијата во здравството .....	54
Мерки за спречување и намалување на корупцијата во здравството .....	58
ДЕЛ 6: АНАЛИЗА НА ПРОБЛЕМИТЕ .....	63
Проблеми при користењето здравствени услуги .....	63
ЗАКЛУЧОК .....	68

## ВОВЕД

Овој извештај е подготвен во рамките на проектот „Посилни системи, поправедна грижа: елиминација на корупцијата во здравството“. Целта на овој 18-месечен проект е да се идентификуваат проблеми со корупцијата во здравствениот систем на Северна Македонија и преку поттикнување поголема транспарентност, отчетност и родово чувствително управување да се унапреди еднаквиот пристап до здравствени услуги. Општата цел на проектот е зајакнување на јавната доверба и правичноста во здравството преку зајакнување на капацитетите на маргинализираните жени, унапредување на институционалните капацитети и промовирање на дијалог меѓу засегнатите чинители. Проектот вклучува активности со граѓаните во Тетово, Куманово, Штип, Свети Николе, Прилеп и Битола за да се запознаат со своите права од областа на здравствената заштита и да се зајакнат нивните сфаќања за корупцијата во здравството и капацитетите за пријавување на истата, вклучително и обуки за здравствени работници, медиумско застапување и реформи на политики за остварување на долготрајно системско влијание.

Овој извештај се заснова на анализа на податоци од телефонска анкета со компјутерска асистенција (CATI) и фокус-групи со жени од шест општини во Република Северна Македонија. Целта на извештајот беше да се анализираат личните искуства и генералните перцепции на граѓаните во државата. Истражувањето покажува дека корупцијата во здравството се перципира како сериозен проблем од страна на граѓаните и дека не се преземаат доволно мерки од страна на надлежните институции за спречување и намалување на коруптивните активности.

Со оглед на обемот и комплексноста на утврдените проблеми, овој извештај има за цел не само да ги прикаже клучните наоди, туку и да придонесе за подлабоко разбирање на системските слабости што ја поттикнуваат корупцијата и нееднаквоста во пристапот до здравствена заштита. Анализата што следува ги интегрира квантитативните и квалитативните сознанија за да обезбеди сеопфатна слика за предизвиците со кои се соочуваат граѓаните, особено жените и девојките, како и да ги идентификува областите во кои интервенциите на проектот можат да создадат најголемо и најдолготрајно влијание. Овој извештај претставува основа за информирано креирање политики и поддршка на институционални реформи што се неопходни за изградба на поправеден, потранспарентен и поодговорен здравствен систем.

## МЕТОДОЛОГИЈА

Во рамките на проектот „Посилен систем за поправедна здравствена заштита“, беше спроведено национално репрезентативно квантитативно истражување во периодот од 20-ти до 27-ми октомври 2025 година. Целта на истражувањето беше да се обезбедат релевантни податоци за граѓаните на Северна Македонија во однос на користењето здравствени услуги, нивните ставови и мислења за коруптивните практики во здравството, како и личните искуства и искуствата на блиски лица поврзани со корупција и сексторција во здравствениот систем, вклучително и нивната подготвеност за пријавување на вакви случаи.

Квантитативното истражување беше дополнето со квалитативен елемент, со цел да се обезбеди триангулација на методите и да се осигура дека ќе бидат опфатени и фактори кои не би можеле да се идентификуваат само со спроведување на квантитативно истражување.

### Телефонска анкета со компјутерска асистенција (CATI)

Истражувањето беше спроведено од страна на ТИМ Институт преку телефонска анкета со компјутерска асистенција (CATI), на примерок од 1.040 полнолетни испитаници (18+) на територијата на Република Северна Македонија.

Истражувањето користеше повеќестепен, стратификуван примерок, со цел да се обезбеди репрезентативност во однос на сите осум статистички региони, како и пропорционална распределба според урбани и рурални населени места и етничка припадност на граѓаните, во согласност со националната демографска структура.

Прашалникот се состоеше од 39 главни прашања (Анекс 1), како и сет на демографски прашања. Пред спроведувањето на телефонската анкета, беше извршено пилот-тестирање на истражувачкиот инструмент со цел да се провери јасноста на прашањата и одговорите и да се овозможи понепречено одвивање на процесот на интервјуирање.

Интервјуата беа спроведени на македонски јазик за етничките Македонци и за другите помали етнички заедници, како и на албански јазик за етничките Албанци. Поради намалената употреба на фиксни телефони, 60 % од интервјуата беа реализирани преку мобилни телефони, со што се обезбеди поширок опфат на населението.

ТИМ Институтот го програмираше прашалникот во сопствена, cloud-базирана платформа за собирање податоци со следниве карактеристики:

- целосно кодирање и безбедно складирање на податоците;
- прибирање и следење на податоците во реално време;
- автоматска логика на прашања и филтрирање;

- поддршка за повеќе јазици; и
- можност за експорт на базата на податоци во Excel и SPSS-формат.

Овие карактеристики овозможува контрола на квалитетот во реално време, минимизирање на човечките грешки и почитување на утврдените истражувачки стандарди. Анкетарите беа континуирано супервизирани, а нивните повратни информации укажуваат на добар прием на анкетата кај граѓаните.

Обработката на податоците беше спроведена со користење на SPSS for Windows и Microsoft Office (Excel и Word) за статистичка анализа, визуализација и изработка на извештајот.

Клучни индикатори за анкетата:

- Вкупно контактирани лица: 1.446
- Успешно завршени интервјуа: 1.040
- Стапка на одговор: 72 %

И покрај одбивањата, стапката на одговор е во рамки на очекувањата за национални САТ-истражувања и обезбедува висок степен на сигурност и валидност на резултатите од анкетата.

## Фокус-групи

Како дел од истражувањето беа спроведени шест 6 фокус-групи со по 15 испитанички во Прилеп, Битола, Штип, Свети Николе, Куманово и Тетово. Целта на фокус-групите беше да се добие подлабоко разбирање на перцепциите, искуствата и ставовите на жените во врска со функционирањето на здравствениот систем и прашањата кои произлегуваат од секојдневното користење на здравствени услуги. Фокус-групите беа избрани како секундарна методолошка алатка бидејќи овозможуваат генерирање богати и контекстуални податоци, идентификување на обрасци на однесување, како и идентификување на теми кои не секогаш се појавуваат во стандардизирани анкети.

Истражувачкиот тим организираше серија структурирани дискусии со внимателно селектирани учесници кои имаа различно искуство со здравствениот систем. Групите беа составени со цел да се обезбеди разновидност според возраст, локација и видот на здравствените услуги што учесниците ги користеле во последните години. Овој пристап овозможи добивање поширока слика за проблемите што граѓаните ги доживуваат како најзначајни, како и идентификување на специфични пречки во пристапот до здравствена грижа.

Фокус-групите беа модерирани од обучени фасилитатори кои следеа однапред подготвен водич за дискусија. Прашањата беа насочени кон личните искуства на учесниците, нивните обиди за да пристапат до здравствени услуги, оценката на квалитетот на добиената грижа, перцепциите за корупција или

неправилности, како и кон идентификување алтернативни решенија или стратегии што граѓаните ги користат кога се соочуваат со системски пречки. Модераторите притоа внимаваа да се обезбеди безбедна средина, да се охрабри рамноправна дискусија и да се спречи доминација на поединечни учесници врз разговорот.

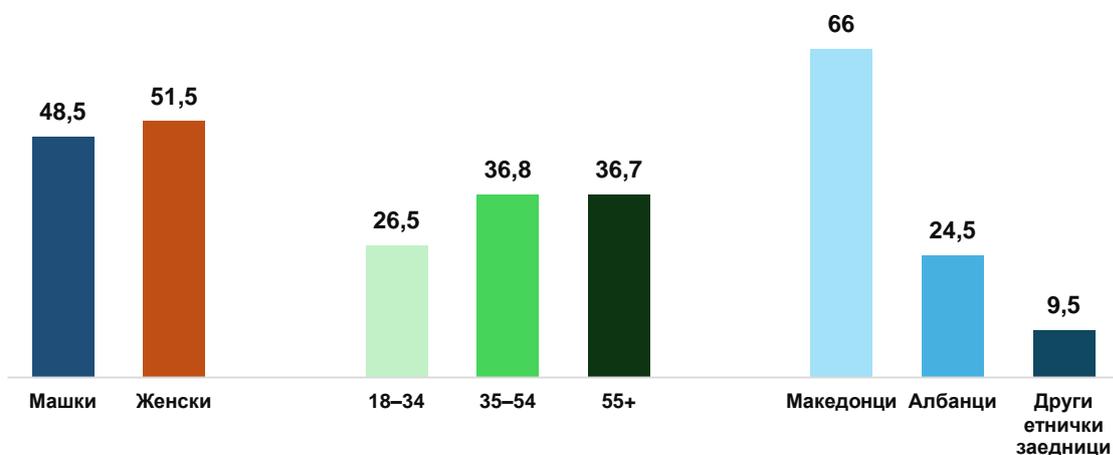
Сите дискусии беа аудиоснимани со претходна согласност од учесниците, а потоа транскрибирани. Податоците беа обработени преку тематска анализа, со идентификација на повторливи проблеми, категории и наративи. Овој пристап овозможи систематско групирање на изјавите во јасно дефинирани аналитички теми.

Анализата ја спроведе истражувачки тим со експертиза во квалитативни методи и јавни политики, со дополнителна верификација на наодите преку внатрешна проверка на конзистентноста. Овој чекор беше особено важен поради чувствителноста на темите поврзани со здравствена грижа и корупција. Податоците од фокус-групите беа користени за идентификување на главните трендови и за формулирање препораки засновани на реалните искуства на граѓаните, а не исклучиво на нормативни претпоставки или административни извештаи.

Конечно, методологијата има ограничувања типични за квалитативните истражувања. Наодите не можат статистички да се генерализираат на целата популација, но даваат длабинска и богата слика за проблемите кои граѓаните ги доживуваат и нудат основа за понатамошни квантитативни истражувања и политики засновани на докази.

## ДЕЛ 1: ДЕМОГРАФСКА СТРУКТУРА НА ИСПИТАНИЦИТЕ

Графикон 1. Демографска структура на испитаниците според пол, возраст и етничка припадност



Демографската структура на испитаниците кои учествуваа во истражувањето е соодветно распределена според клучните социодемографски карактеристики на популацијата граѓани на Република Северна Македонија. Во однос на полот, 48,5 % од испитаниците се мажи ( $n = 499$ ), додека 51,5 % се жени ( $n = 529$ ). Возрасната распределба покажува дека 26,5 % се на возраст од 18 до 34 години ( $n = 273$ ), 36,8 % се на возраст од 35 до 54 години ( $n = 378$ ), а 36,7 % се на 55 и повеќе години ( $n = 377$ ). Според етничката припадност, 66 % од испитаниците се етнички Македонци ( $n = 678$ ), 24,5 % се Албанци ( $n = 252$ ), додека 9,5 % припаѓаат на други помали етнички заедници ( $n = 98$ ). Во однос на местото на живеење 61,6 % од испитаниците живеат во урбани населени места, додека 38,4 % живеат во рурални населени места.

Во однос на работниот статус, повеќе од половина од испитаниците (55,4 %) се вработени со полно работно време, додека 3 % работат со скратено работно време, а 2,5 % се самовработени. Невработени кои активно бараат работа сочинуваат 6,6 % од учесниците, додека дополнителни 4,5 % се невработени, но не бараат работа. Студенти и ученици сочинуваат 3 % од примерокот, додека 5,1 % се домаќинки или лица кои се грижат за други. Забележлив е и уделот на пензионери, кои сочинуваат 19,4 % од испитаниците.

Во однос на вкупните месечни примања на домаќинствата, најголем дел од испитаниците припаѓаат на категоријата од 50.000 до 74.999 денари (22,5 %), по што следуваат категориите од 30.000 до 49.999 денари (16,6 %) и од 75.000 до 99.999 денари (13,4 %) семејни месечни приходи во домаќинството. Приближно 8,6 % живеат со месечни примања под 30.000 денари, додека 6,4 % имаат приходи помеѓу 100.000 и 129.999 денари. Повисоките приходни категории (над 130.000 денари) се застапени со мал процент (1,2 % за 130.000–159.999 денари и 0,6 % за 160.000 или повеќе). Значаен дел од испитаниците (30,7 %) одбиле да одговорат на ова прашање, што е типично за прашања поврзани со приходи.

Во однос на семејниот статус, најголем дел од испитаниците (70 %) се во брак, додека 17 % се неженети/невенчани и никогаш не биле во брак. Разведени се 2,4 % од испитаниците, 8,3 % се вдовци/вдовици, а мал процент живее во вонбрачна заедница (0,4 %) или е разделен без правосилен развод (0,7 %). Во однос на бременоста и породувањето во последните 12 месеци, 4 % од испитаничките изјавиле дека биле бремени или родиле, додека кај 49 % прашањето не е применливо бидејќи се работи за машки испитаници. Самохрани родители сочинуваат 4 % од испитаниците. Анализата на структурата на домаќинствата покажува дека 43,2 % од испитаниците живеат со партнер/сопругник и деца, 17,8 % со партнер/сопругник без деца, 17,1 % живеат со родители или со други роднини, 11,7 % живеат во проширени домаќинства со партнер/сопругник, деца и родители/роднини, а 10,2 % живеат сами.

Во однос на грижата за зависни или ранливи лица во домаќинството, мнозинството испитаници (77,3 %) изјавуваат дека немаат лице за кое редовно се грижат. Меѓу оние кај кои такво лице постои (22,7 %), 7,4 % изјавуваат дека главно тие се грижат за него, 4,9 % се грижат во помала мера, додека ист процент (4,9 %) ја делат грижата подеднакво со друго машко лице. Дополнително, 5,5 % од испитаниците подеднакво ја делат грижата со друго женско лице. Анализата според пол укажува на одредени разлики во распределбата на товарот за грижа: жените почесто изјавуваат дека претежно се грижат за зависно лице (9,1 % наспроти 5,6 % кај мажите) и почесто споделуваат грижа со друго машко лице (7,4 % наспроти 2,2 %). Од друга страна, мажите почесто споделуваат грижа со друго женско лице (10,4 % наспроти 0,9 % кај жените).

Во однос на категориите на лицата за кои се обезбедува грижа, од испитаниците за кои ова прашање е применливо (234 лица), 30,3 % се грижат за лице со хронично заболување, 26,9 % за лице кое има потреба од чести здравствени услуги, додека 42,7 % не се грижат за лице кое не спаѓа во ниту една од наведените категории.

## ДЕЛ 2: КОРИСТЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Користењето на здравствени услуги претставува клучен индикатор за пристапот до здравствената заштита и за перцепцијата на граѓаните за квалитетот и достапноста на здравствениот систем. Според моделот на однесување за користење здравствени услуги на Андерсен (Andersen's Behavioral Model of Health Services Use<sup>1</sup>), користењето на здравствени услуги зависи од predispoziciите на поединецот (возраст, пол, здравствена писменост), факторите што го олеснуваат или оневозможуваат пристапот до услуги, како и од потребата за здравствена заштита. Други студии покажуваат дека честотата и видот на користените услуги варираат во зависност од возраста, здравствената состојба и социоекономскиот статус, при што постарите лица почесто користат примарни и специјализирани услуги, додека помладите главно се ограничуваат на превентивни и основни прегледи<sup>2</sup>. Анализата на податоците од истражувањето овозможува разбирање на моделите на користење на здравствени услуги според возраст, вид на услуги и честота на користење, што претставува основа за оценка на пристапот до здравствена заштита во Република Северна Македонија.

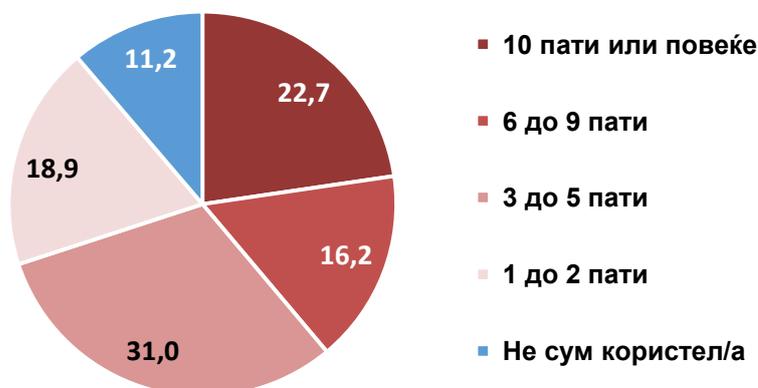
Како што покажува графикон 1 подолу, речиси девет од десет интервјуирани граѓани (88,8 %) во последните дванаесет месеци користеле здравствени услуги за себе или за член од домаќинството, додека 11,2 % изјавиле дека не побарале никаква здравствена услуга во изминатата година. Честотата на користење здравствени услуги покажува дека речиси една петтина од граѓаните (18,9 %) користеле здравствени услуги еднаш или двапати во последните 12 месеци, околу една третина (31 %) три до пет пати, 16,2 % шест до девет пати, додека речиси една четвртина (23 %) десет или повеќе пати во текот на последните дванаесет месеци.

---

<sup>1</sup> Andersen, R. M. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36, no. 1 (1995): 1–10.

<sup>2</sup> Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko. "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *Milbank Quarterly* 83, no. 3 (2005): 457–502.

**Графикон 2. Прашање 1. Колку пати сте користеле здравствени услуги за себе или за блиско лице (лице кое живее во Вашето домаќинство) во последните 12 месеци? (n = 1.028)**



Анализата на добиените податоци според возраста, очекувано, покажува зголемување на зачестеноста на користење здравствени услуги со зголемување на возраста. Најмладите испитаници (18–24 години) најчесто не користеле никакви здравствени услуги во изминатата година (26,9 %) или ги користеле само еднаш до двапати (31,3 %), што укажува на генерално подобра здравствена состојба и поретка потреба од медицинска грижа во оваа група. Со возраста, користењето на здравствени услуги значително се зголемува: кај лицата на возраст 35–44 години 28,7 % веќе користеле услуги 10 или повеќе пати во изминатата година, а овој процент расте на 25,4 % кај 55–64 години и достигнува 33 % кај лицата постари од 65 години.

Според резултатите од телефонското истражување, најголемиот дел од граѓаните кои користеле здравствени услуги во изминатата година најчесто се обратиле кај матичен лекар (92,8 %) и лабораторија (64,1 %), што укажува дека примарната здравствена заштита и дијагностичките услуги се најчесто користениот сегмент на здравствениот систем. Високо учество бележи и посетата на доктор специјалист (62,8 %), што дополнително говори за потребата од специјалистички прегледи и контроли. Помал, но значаен дел од граѓаните користеле болничко лекување за себе или за блиско лице (16,4 %), гинеколошки услуги (12,6 %), како и оперативни или хируршки зафати (8,7 %). Употребата на итна медицинска помош (7,9 %) и услуги поврзани со бременост и породување (2,5 %) е поретка, додека стоматолошките услуги (0,9 %) се најмалку застапени.

### Графикон 3. Прашање 2. Кои здравствени услуги сте ги користеле Вие или Ваше блиско лице (лице кое живее во Вашето домаќинство)? (n = 913)



Анализата според возраста покажува дека користењето здравствени услуги се зголемува со возраста, но видот на услугите значително се разликува меѓу генерациите. Матичниот лекар е најчесто користена услуга во сите возрастни групи (над 90 %), што ја потврдува неговата улога како прв контакт со здравствениот систем. Посетата на доктор - специјалист се зголемува постепено, од 34,7 % кај младите 18–24 години, до 75 % кај лицата постари од 65 години.

Болничкото лекување и оперативните зафати се исто така почести кај средовечните и повозрасни граѓани. Најзастапени се кај лицата на возраст 45–54 години (23,2 % болничко лекување; 11,3 % операции) и кај лицата постари од 65 години (15,2 %; 13,4 %). Употребата на итна медицинска помош исто така се зголемува со возраста, од 4 % кај најмладите до 12,8 % кај најстарите.

Од услугите специфични за женската популација, гинеколошките услуги се најзастапени кај жените на возраст од 25 до 44 години (27–28 %), додека услугите поврзани со бременост и породување, очекувано, се најчесто користени кај жените од 25 до 34 години (8,8 %). Лабораториските услуги бележат континуиран раст со возраста – од 53,1 % кај најмладите до 67,1 % кај највозрасните, што укажува на зголемена потреба од дијагностички испитувања со стареењето.

Анализата на податоците ја потврдува очекуваната тенденција прикажана и во меѓународните истражувања, дека со зголемување на возраста, се зголемува и честотата на користење на здравствени услуги, како и потребата за специјалистички и болнички интервенции<sup>3</sup>. Доминирањето на матичниот лекар

<sup>3</sup> Andersen, R. M. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36, no. 1 (1995): 1–10; Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko. "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *Milbank Quarterly* 83, no. 3 (2005): 457–502.

како прв контакт со здравствениот систем ја истакнува улогата на примарната здравствена заштита во обезбедувањето континуитет и координација на здравствената грижа, додека зголеменото користење на лабораториски и специјалистички услуги со возраста укажува на зголемени здравствени потреби кај постарите возрасни групи<sup>4</sup>. Специфичните услуги за женската популација, како гинеколошките прегледи и услуги поврзани со бременоста и породувањето, се концентрирани кај одредени возрасни групи, што се поклопува со меѓународни наоди за зголемената побарувачка на здравствени услуги кај повозрасните и бремените жени<sup>5</sup>. Овие податоци ја поткрепуваат потребата од прилагодување на здравствената понуда според возраста и полот на пациентите, како и од планирање на ресурсите во согласност со демографските и со здравствените потреби на населението.

---

<sup>4</sup>Mackenbach, Johan P., Charles A. L. M. van den Bos, Gert P. Westert, Wilma J. Nusselder, and Anton E. Kunst. “Progress against Inequalities in Mortality: Register-Based Study of European Countries, 1990–2010.” *The Lancet* 386, no. 10011 (2015): 1557–1565.

<sup>5</sup> Gartrell, Nanette. *Women and Health: Age-Specific Patterns of Health Care Utilization*. New York: Springer, 2007.

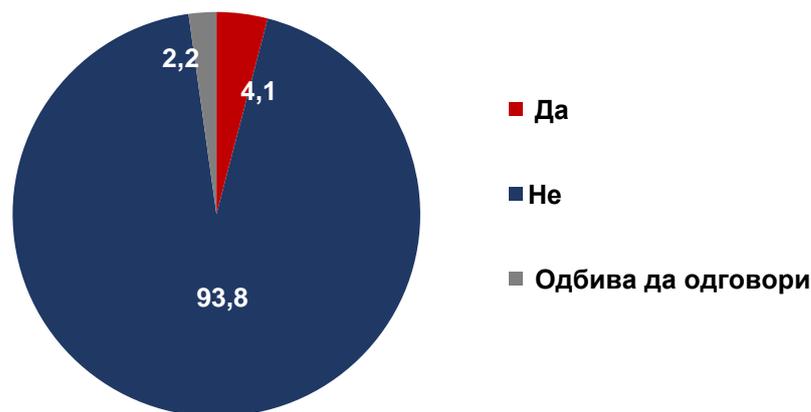
## ДЕЛ 3: ИСКУСТВО СО КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО

### Нудење и барање корупција

Искуството на граѓаните со корупцијата во здравствениот систем е комплексна и мултидимензионална појава, која се манифестира преку различни форми на нудење и побарување на поткуп, како и користење на „врски“ за пристап до здравствени услуги. Корупцијата во здравството ја намалува довербата на пациентите, ја нарушува ефикасноста на системот и создава нееднаков пристап до здравствени услуги, при што има особено негативно влијание врз жените.<sup>6</sup> Истражувањата покажуваат дека коруптивните практики често се нормализирани и тешко препознатливи за граѓаните, особено кога се испреплетени со културни или социјални гестови на благодарност.<sup>7</sup> Резултатите од телефонското истражување и фокус-групите во Република Северна Македонија го потврдуваат овој модел, укажувајќи дека корупцијата и користењето на „врски“ се длабоко вкоренети во секојдневното функционирање на здравствениот систем, со изразени разлики според етничката припадност, образованието и местото на живеење.

Во однос на личното учество во коруптивни практики, мнозинството граѓани (93,8 %) изјавиле дека во изминатите дванаесет месеци не понудиле никаков облик на корупција за да обезбедат здравствена услуга за себе или за блиско лице. Дополнително, 4,1 % од испитаниците признале дека лично понудиле корупција, додека 2,2 % одбиле да одговорат на ова прашање.

#### Графикон 4. Прашање 5. Во последните 12 месеци, дали некогаш Вие лично сте понудиле корупција за да се осигурите дека Вие или Ваше блиско лице ќе добие здравствена услуга? (n = 913)



<sup>6</sup>Stensöta, Helena, and Lena Wängnerud, eds. *Gender and Corruption: Historical Roots and New Avenues for Research*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, 2018.

<sup>7</sup>Sommersguter-Reichmann, Margit, and Gerhard Reichmann. "Untangling the corruption maze: exploring the complexity of corruption in the health sector." *Health Economics Review* 14, no. 1 (2024): 50.

Податоците покажуваат дека личното учество во коруптивни практики во здравството варира според етничката припадност, образованието и местото на живеење. Според етничка структура, етничките Албанци почесто пријавуваат дека понудиле корупција (7 %), во споредба со етничките Македонци (3 %) и испитаниците од другите помали етнички заедници (5,4 %), што укажува на нешто повисока застапеност на ваквата практика во одделни заедници.

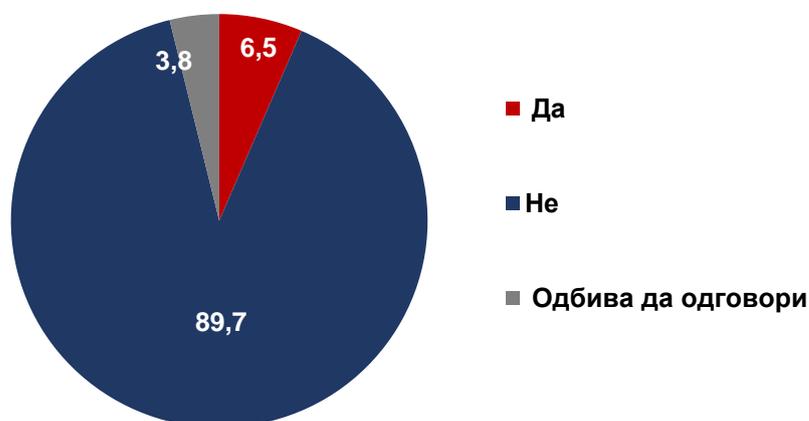
Анализата на податоците според образованието покажува дека лицата со пониско образовно ниво почесто пријавуваат дека понудиле корупција: 7,1 % од лицата без или со незавршено основно образование, наспроти 4,4 % со средно образование и 1,8 % со високо образование.

Разлики се забележуваат и според местото на живеење. Жителите на руралните средини почесто пријавуваат дека понудиле корупција (7 %) во споредба со жителите на урбаните средини (2,3 %), што може да се поврзе со поголема зависност од лични контакти и неформални канали при пристап до здравствени услуги во руралните средини.

Не се утврдени статистички значајни разлики во однос на полот и месечните приходи на домаќинството кога станува збор за личното учество во коруптивни практики во здравството.

Кога станува збор за побарување корупција од страна на здравствени работници, 89,7 % од анкетираниите изјавиле дека во изминатите дванаесет месеци не им била побарана никаква форма на корупција при користење здравствени услуги. Сепак, 6,5 % од испитаниците пријавиле дека им била побарана корупција, што укажува на постоење на појава која, иако ограничена, сепак останува присутна во системот. Дополнително, 3,8 % од анкетираниите одбиле да одговорат на ова прашање, што може да укажува на одредена чувствителност или страв при изразување ставови за оваа тема.

**Графикон 5. Прашање 6. Во последните 12 месеци, дали некогаш од Вас лично била побарана корупција за Вас или за друго блиско лице за здравствени услуги? (n = 913)**



Податоците покажуваат дека искуството со побарување корупција во здравствениот систем е ограничено, но сепак присутно кај одредени групи од населението, со изразени разлики според етничка припадност и место на живеење. Според етничката структура, етничките Албанци почесто пријавуваат дека им била побарана корупција (11,3 %), во споредба со етничките Македонци (4,7 %) и со испитаниците од други етнички заедници (8,6 %).

Според местото на живеење, жителите на село почесто пријавуваат побарување корупција (8,2 %) во споредба со жителите на урбаните средини (5,4 %), што може да се поврзе со помала достапност на здравствени установи и поголема зависност од неформални контакти во руралните средини.

Интересно е што, за разлика од резултатите од претходното прашање, каде помалку образованите лица почесто изјавиле дека лично понудиле корупција, во случајот со побарувањето не постојат статистички значајни разлики според образованието; процентот се движи меѓу 5,7 % и 6,8 % кај сите образовни групи. Ова укажува дека побарувањето корупција од страна на здравствените работници не е насочено кон одредено образовно ниво, туку повеќе зависи од други фактори, како што се етнички, местото на живеење или локалниот контекст и начинот на работа на здравствените работници.

Спротивно на резултатите од квантитативното истражување, најголемиот дел од испитаничките од фокус-групите посочија дека или лично имале искуство со корупцијата или дека имаат сознанија за блиски лица кои имале коруптивни искуства од областа на здравството. На пример, голем дел од испитаничките посочија дека е тешко да се добие брз термин за операција, без користењето на т.н. „врски“ или без плаќање поткуп во некаква форма.

Едно од ограничувањата на квантитативното истражување е тоа што не може целосно да забележат појави како што е користењето на „врски“, кои, според учесничките во фокус-групите, претставува многу честа практика. Иако на испитаниците им беше дадена можност да селектираат „друг вид корупција“ како одговор, при поставувања прашање за нудење или примање корупција, контекстот на врски најчесто се занемарува, бидејќи не се перципира како класична форма на корупција. Дополнителни недоразбирања постојат и во однос на давањето подароци и прашањето кога таквите практики се сметаат за корупција, особено земајќи предвид дека меѓу испитаниците постојат различни перцепции и толкувања за тоа што претставува корупција.

Ова го потврдува и квалитативната анализа, која покажува дека кај голем дел од учесничките постои недостаток на јасна свесност за тоа што претставува коруптивно однесување, особено кога станува збор за разликата меѓу изразување на благодарност и поткуп. Корупцијата е толку честа и длабоко вкоренета во секојдневното функционирање на здравствениот систем, што за многумина станува очекуван, дури и прифатен дел од процесот на добивање здравствена услуга. Пациентите често ја поистоветуваат корупцијата со израз на благодарност, сметајќи дека мал подарок или услуга по завршен преглед

претставува нормален гест, а не форма на поткуп. Ваквите ставови укажуваат на замаглената граница меѓу културната традиција на „почестување“ и коруптивното влијание, што дополнително ја отежнува борбата против корупцијата во здравството.

---

*„Ние кога ќе појдеме на лекар веќе сме спремни - дали кредит да земеме со намера да се најде термин и да платиш. Битно е нешто да понудиш. Како функционира здравството некој и јајца од дома ќе понесе за да биде побрзо.“<sup>8</sup>*

*„Еве пример, ќерка ми се породе и сега од радост јас и сопругот веднаш купивме пастрмалии, затоа што тие што нè примија утрово ни беа врска, без врска кажавме ништо во нашата земја за жал и еве јас тогаш дадов, ако се смета тоа за корупција.“<sup>9</sup>*

*„За мене значи дека ако треба да одиш на болница да се оперираш, ќе треба да платиш за да ја добиеш услугата. Најчесто е проблемот во термините. Ако имаш пријател ќе успееш да добиеш термин и да бидиш прегледан.“<sup>10</sup>*

*„Ние реагираме со кутење, ако имаш ќе им дадеш. Детето мое имаше коскен тумор. Одам во неврохирургија, докторот ми вели дека снимката не била добра, да го снимам во Скопје и го прашав докторот ако треба да се плати, кажи ми. Поттоа појдов кај друг доктор, и тој истото ми го рече и се вратив кај првиот доктор. Мажот ми појде во еден ‘кафич’ и му ги даде парите на докторот. Откако му ги дадовме парите, веднаш се најде термин за операција, а претходно ми велеа дека нема термин, нема анестезиолог.“<sup>11</sup>*

---

Истовремено, дел од учесничките нагласуваат дека не сите здравствени работници примаат или очекуваат нешто и дека има случаи во кои пациентите безуспешно нудат, но здравствените работници одбиваат. Генералниот впечаток е дека корупцијата се перципира како комплексна, двонасочна и длабоко нормализирана појава. И покрај верувањето дека тоа не е исправно, голем дел од учесничките ја гледаат како единствен начин за обезбедување навремена и квалитетна здравствена услуга.

---

<sup>8</sup>Фокус-група Свети Николе.

<sup>9</sup>Фокус-група Штип.

<sup>10</sup>Фокус-група Прилеп.

<sup>11</sup>Фокус-група Битола.

*„Во корупцијата не можеме да ги обвиниме само здравствените работници туку и самите ние како пациенти, бараме начини преку врски, други посредници, нудиме пари. Не се чувствува дека некој го ограбува, туку самиот пациент дава за да добие услуга.“<sup>12</sup>*

---

Врските најчесто се сметаат како начин на полесен и поповолен пристап, а не како корупција што го засега населението во целина. Разликите меѓу резултатите од телефонската анкета и фокус-групите дополнително потврдуваат дека врските се сметаат за посебна категорија, која граѓаните често не ја препознаваат како корупција. (За подетална анализа на концептот на „врски“, види го издвоениот текст во рамката подолу).

### **Врски**

„Тоа е снаоѓање, не е корупција.“

Еден од начините преку кои се надминуваат бариерите за пристап до здравствените услуги се т.н. „врски“. Под овој термин се подразбира неформално користење на лични контакти и познанства за да се обезбеди пристап до услуги кои не можат, или тешко можат да се добијат преку формални канали. „Врските“ претставуваат форма на социјален капитал и „иако практиката на врски се смета за коруптивно дејство, употребата на такви неформални поврзувања е вообичаена и многу граѓани инстинктивно се потпираат на контактите со пријатели и на семејството за да обезбедат поповолен резултат“. Користењето на врски не е поврзано само со здравствениот сектор туку е присутно во различни сфери од јавниот живот, вклучително и при вработување, запишување во градинка или училиште, или спроведување на административни постапки. Карактеристично за „врските“ е тоа што не секогаш се манифестираат како типичните форми на корупција, бидејќи во голем дел од ваквите случаи не постои директна размена на добра или услуги што би резултирала со некаква корист за лицето кое ја обезбедува врската. Сепак, користењето на ваквите практики е неправично, бидејќи овозможува да се создадат значителни привилегии за одредени поединци, на сметка на дел од населението кое не располага со такви контакти. Во ситуации кога здравствениот систем не е на завидно ниво, вклучително и во РСМ, користењето на врски негативно влијае на пристапот до здравствени услуги, бидејќи создава бариери за пристап и придонесува до нееднаквост и селективен пристап до јавни добра и услуги.

Концептот на „врски“ и познанства влијае врз квалитетот на услугите и во случаи кога не се дава конкретен поткуп. Испитаници посочија дека, откако им било укажано дека се блиски до одредено лице кое работи во здравствена установа, односот и пристапот на персоналот значително се

---

<sup>12</sup>Фокус-група Свети Николе.

подобриле.

Исто така, дел од испитаниците истакнаа дека користењето на врски, како и давањето поткуп претставува двонасочна појава, која често ја иницираат самите пациенти.

Како што илустрира еден од исказите на учесничките:

„Во корупцијата не можеме да го обвиниме само здравството туку и самите ние како пациенти бараме начини преку врски, други посредници нудиме пари, не се чувствува дека некој го ограбува туку самиот пациент ги дава.“

Од ваквите ставови може да се заклучи дека дел од испитаниците сметаат оти самите пациенти придонесуваат за проблемот со корупцијата. Сепак, ситуацијата е многу покомплексна. Потребно е да се земе предвид дека користењето на врските или плаќањето поткуп најчесто се јавуваат како одговор на постојните бариери при пристапот до здравствени услуги. Доколку здравствениот систем функционира на начин што обезбедува еднаков пристап до сите, потребата од вакви неформални практики би се намалила или целосно би исчезнала.

Анализата на добиените податоци укажува дека корупцијата во здравството е сложен феномен кој не може да се сведе само на индивидуални постапки на здравствените работници. Голем дел од граѓаните ја перципираат корупцијата како „нормализиран“ дел од пристапот до услуги, при што понудата на поткуп или користењето на врски се сметаат за начин на обезбедување навремена здравствена грижа. Ова кореспондира со анализите на Transparency International<sup>13</sup>, кои укажуваат дека неформалните плаќања и подароци се меѓу најчестите форми на корупција во многу земји. Овие наоди ја потенцираат потребата од јасно дефинирани етички стандарди, ефективни механизми за пријавување и интензивно подигање на јавната свест за тоа што претставува коруптивно однесување, особено во опкружувања каде корупцијата е системска и граѓаните ја нормализираат и прифаќаат како дел од секојдневието (т.н. survival corruption).<sup>14</sup> Истовремено, разликите во искуството со корупцијата според етничката припадност, образованието и рурално-урбаниот контекст укажуваат дека интервенциите треба да бидат таргетирани и прилагодени на специфичните социјални и културни услови на населението.

### Каква корупција се бара, за што, од кој и кога?

Наодите презентирани во овој дел укажуваат дека корупцијата во здравствениот систем не се појавува изолирано, туку претставува составен дел во

---

<sup>13</sup> Transparency International Global Health. *The Ignored Pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage*. London: Transparency International UK, 2019.

<sup>14</sup> Persson, Anna, Bo Rothstein, and Jan Teorell. 2013. “Why anticorruption reforms fail: systemic corruption as a collective action problem.” *Governance* 26 (3): 449–471.

секојдневните интеракции меѓу граѓаните и давателите на здравствени услуги, што е во согласност со меѓународните истражувања за нормализирани и структурно вкоренети коруптивни практики.<sup>15</sup> Современата литература покажува дека во системи во кои корупцијата е дел од „очекуваното однесување“, граѓаните често се соочуваат со неформални плаќања како предуслов за пристап до услуги, особено кога услугите се дефицитарни или кога листите на чекање создаваат простор за неформални механизми.<sup>16</sup> Истражувањата, исто така, укажуваат дека во здравствените системи со ограничени ресурси, парите и подароците често се перципираат како израз на благодарност, при што ваквите практики лесно преминуваат од културни норми во коруптивни плаќања.<sup>17</sup> Податоците од ова истражување обезбедуваат јасна слика за конкретните форми, учесници и околности под кои се јавува корупцијата во македонскиот здравствен систем.

Меѓу граѓаните кои изјавиле дека имале искуство со корупција во здравствениот систем (графикон 6), најчесто побараниот или понуден облик на корупција бил паричен надомест (62,7 %), што укажува дека директното давање пари и понатаму претставува доминантен начин на остварување неправедна предност. Една петтина од испитаниците (20,3 %) навеле дека од нив бил побаран или дека дале подарок пред обезбедување на услугата, а 13,6 % споменале упатување на преглед во приватна установа или барање за купување специфични лекови или препарати. Помал дел од испитаниците изјавиле дека корупцијата се манифестирала преку неформални плаќања за услуги кои формално треба да бидат бесплатни (6,8 %), или преку обврска за одреден вид лична услуга или помош (5,1 %). Дополнително, 8,5 % одговориле „друго“, опфаќајќи индивидуални случаи кои не припаѓаат на ниту една од наведените категории.

---

<sup>15</sup> Mungiu-Pippidi, Alina. 2015. *The Quest for Good Governance: How Societies Develop Control of Corruption*. Cambridge: Cambridge University Press.

<sup>16</sup> Persson, Anna, Bo Rothstein, and Jan Teorell. 2013. “Why Anticorruption Reforms Fail: Systemic Corruption as a Collective Action Problem.” *Governance* 26 (3): 449–471.

<sup>17</sup> Huss, E., S. Said, and M. Vian. 2024. “Untangling the Corruption Maze: Exploring the Complexity of Corruption in the Health Sector.” *International Journal of Health Policy and Management*. Advance online publication.

**Графикон 6. Прашање 7. Каков вид на корупција Ви беше побарана/понудивте? (n = 59)**



Овие искуства укажуваат на постоење на различни нивоа на корупција, кои се вкоренети во секојдневната практика, и ја нагласуваат потребата од зајакнување на контролата, отчетноста и интегритетот во здравствениот сектор.

Кога станува збор за подароци (по добивањето на здравствени услуги), наодите од фокус-групите укажуваат на две тенденции. Првата се однесува на чувството на обврска или должност кај граѓаните да дадат подарок по завршената услуга како знак на благодарност за истата. Ова особено беше истакнато при користењето на гинеколошко-акушерски услуги, при што според испитаниците, ваквите практики не се сметаат за корупција. Втората тенденција се однесува на давање подарок по добивањето на услугите, но по иницијатива и барање на здравствените работници. Според испитаниците, ваквите барања често се искажуваат неформално, односно преку сугерирање дека пациентот треба „да ги почести“ работниците. Овие неформални барања се особено проблематични, бидејќи пациентите може да се почувствуваат принудени да дадат подарок со цел да обезбедат подобар пристап до здравствена услуга во иднина, доколку им биде потребна, или за да избегнат негативни социјални последици. Ова е особено изразено во помалите населени места, каде личните контакти имаат позначително влијание врз пристапот до јавни услуги. Ваквите практики не се изолирани и се евидентирани и во други земји од Централна и од Источна Европа, особено во Унгарија, Латвија, Литванија, Словачка, Романија и во Бугарија.

Според податоците прикажани во графикон 7, корупцијата најчесто се појавува при контакт со доктори специјалисти (59,3 %), што укажува дека овие услуги, кои често бараат упат и подолги листи на чекање, се најподложни на неформални плаќања. Висока застапеност на корупција има и при оперативни или хируршки зафати (33,9 %) и болничко лекување (32,2 %), што дополнително потврдува дека корупцијата најчесто се јавува во ситуации каде здравствените услуги се посложени или потешко достапни. Помал, но значаен дел од испитаниците пријавиле коруптивно искуство при гинеколошки услуги (11,9 % - 21,9 % од жените) и услуги поврзани со бременост и породување (3,4 %), додека итната помош и матичниот лекар (по 1,7 %) се најретко спомнувани во овој контекст.

Важно е да се напомене дека една четвртина од жените (25,3 %) пријавиле коруптивно искуство при користење на гинеколошко-акушерска здравствена заштита, од кои 21,9 % при користење на гинеколошки услуги, а 3,4 % при користење услуги поврзани со бременост и породување. Овие наоди укажуваат дека корупцијата претставува дополнителна системска бариера во пристапот до гинеколошко-акушерска здравствена заштита, покрај веќе утврдениот недостиг на гинеколози и нивната нееднаква географска дистрибуција. Овие состојби особено негативно влијаат врз жените од руралните средини и жените кои живеат во неповолни социоекономски услови.

#### Графикон 7. Прашање 8. За која здравствена услуга Ви била побарана или сте понудиле корупција? (n = 59)



Во најголем дел од случаите, лекар специјалист бил лицето поврзано со корупција (74,6 %), што ја потврдува ранливоста на специјалистичките услуги на коруптивни практики (графикон 8). Значително помал процент се однесува на барањето или нудењето корупција на медицинска сестра/техничар (8,5 %), болничар/ка за матичен лекар или специјалист (8,5 %) и друго лице вработено во институцијата матичен лекар (8,5 %). Поретко се пријавуваат случаи во кои корупцијата е поврзана со медицинска сестра/техничар за матичен или лекар

специјалист (5,1 %), болничар/ка (5,1 %), друго лице надвор од институцијата (5,1 %) или случаи во кои не е познато за кого била наменета корупцијата (5,1 %). Најмал удел имаат случаи поврзани со друго лице вработено во институцијата (3,4 %). Оваа распределба укажува дека корупцијата не е рамномерно распространета низ целиот систем, туку најчесто се поврзува со специјалистички услуги, каде граѓаните имаат поголема потреба од стручна или од приоритетна медицинска интервенција, додека другите здравствени профили и посредници учествуваат значително поретко.

### Графикон 8. Прашање 9. Кој побарал корупција / кому му понудивте? (n = 59)



Резултатите од фокус-групите укажуваат на слични коруптивни форми. Во најнеповолна ситуација се граѓаните кои имаат потреба од брзо обезбедување термини, дијагностички услуги и хоспитализација и оперативни зафати. Ваквите услуги често не се добиваат, или не се обезбедуваат во соодветен временски ток, сè додека не се плати поткуп. Иако директното барање корупција е ретко, учесничките ги опишуваат овие практики како „јавна тајна“, при што давањето пари или подарок значително го забрзува обезбедувањето на услугата, додека пациентите без „личен придонес“ со месеци чекаат термин. Овие искуства создаваат чувство на несигурност и страв кај пациентите, кои истакнуваат дека често „се плашат да одат на лекар“, бидејќи не знаат колку ќе ги чини услугата, и дали, без дополнително плаќање ќе добијат навремена и квалитетна грижа.

*„Не даваат конкретни термини... кога има, ќе ви јават. А кога ќе дадеш подарок, место ќе се најде за два дена. Од лично искуство зборувам. Директно никој не бара. Ама за да добиеш услуга, треба да си платиш. Јавна тајна е дека има одредена сума за одредени лекари.“*

18

*„Во мојот случај беше отворено. Ми побараа 20 евра за да ме вметнат на листа за ултразвук.“* 19

*„Колку е поголем проблемот толку е поголема корупцијата. Ако гледа дека ти имаш тешкотија и мисли дека може да земе повеќе од тебе ќе навлезе повеќе во муабет за да ти докаже. Зашто јас имав случај со свекор ми во време на короната, беше во Штип 7 дена во болница со сонда во носот и му кажуваат, ти имаш корона, а он добил преплет на црева и ние ќе го носиме дома за викенд па оттука за Куманово на приватно, човекот вика вие сте за операција каква корона нема никаква корона. Директно во Скопје, точно за операција е ама ние не смееме тука да правиме. Мито дадовме, до вечер до 11 часот операцијата беше направена. Кажаа ако не се направела ноќта операција дека до утре ќе починел. Дадовме пари инаку ќе го вратеа во болница во Штип.“* 20

*„Да секако, ако му дадам 100 евра под рака секако дека одма ќе ме прими. Без пријател или пари не може да завршиш работа.“* 21

---

Ова укажува дека еден од главните проблеми е корупцијата поврзана со обезбедувањето услуги кои на граѓаните законски им следуваат. Освен операции, испитаниците посочија конкретни ситуации во кои се побарал поткуп за добивање одобрение за инвалидска пензија, иако, според здравствената состојба, лицето имало право на таква пензија. 22 Илустративен е случајот во Куманово, каде што беа обвинети 36 лица за корупција при добивање инвалидски пензии, при што се злоупотребувале службени позиции за обезбедување незаконски права на одредени лица. 23

Наодите од фокус-групите се во целосна согласност со компаративната литература која укажува дека корупцијата во здравствените системи најчесто се манифестира преку неформални плаќања за да се забрза пристапот до услуги кои инаку им следуваат на граѓаните. Емпириските студии за земјите од

---

<sup>18</sup> Фокус-група Куманово.

<sup>19</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>20</sup> Фокус-група Свети Николе.

<sup>21</sup> Фокус-група Прилеп.

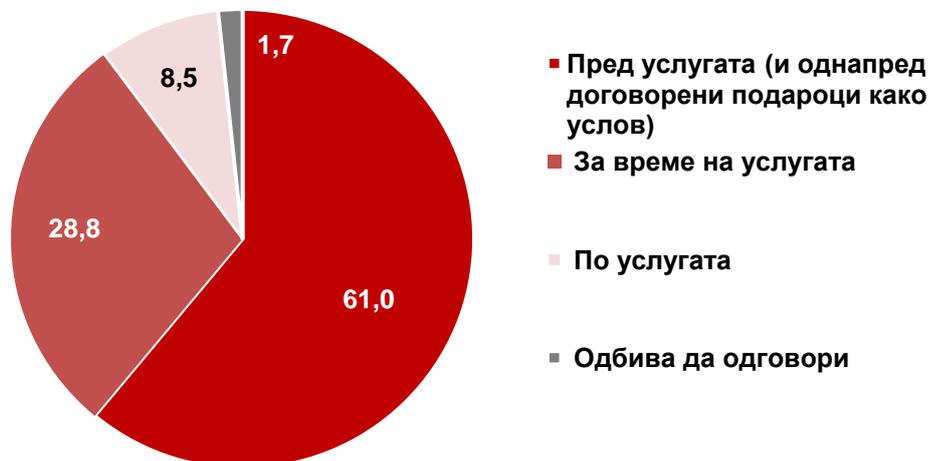
<sup>22</sup> Фокус-група Штип.

<sup>23</sup> *KumanovoNews*. 2025. „Обвинение против 36 лица за корупција со инвалидски пензии.“ 22 јули 2025. <https://kumanovonews.mk/vesti/obvinenie-protiv-36-lica-za-korupcija-so-invalidski-penzii>

Централна и од Источна Европа покажуваат дека оперативните зафати, дијагностиката и услугите кои зависат од ограничени ресурси често се забрзуваат преку поткуп, а листите на чекање создаваат простор за незаконско посредување од страна на здравствени работници.<sup>24</sup> Дополнително, добивањето инвалидски пензии е идентификувано како една од најранливите точки за корупција, бидејќи административните комисији имаат дискреционо право во утврдувањето на степен на инвалидитет, што овозможува барање поткуп за донесување позитивни решенија.<sup>25</sup>

Најчесто, корупцијата била побарана или понудена пред да се обезбеди здравствената услуга (61 %), што укажува дека во најголем дел од случаите неформалните плаќања или подароци биле однапред договорени како услов за добивање на услугата (графикон 9). Кај 28,8 % од испитаниците, корупцијата се случила за време на пружањето на услугата, додека 8,5 % изјавиле дека корупцијата била побарана или дадена по завршувањето на услугата. Мал дел (1,7 %) одбиле да одговорат на ова прашање. Овие резултати укажуваат дека коруптивните практики во здравството најчесто се иницираат во фазата пред реализацијата на услугата, како предуслов за нејзино обезбедување.

**Графикон 9. Прашање 11. Кога беше побарана / понудена корупцијата? (n = 59)**



Меѓу граѓаните кои изјавиле дека дале корупција за да обезбедат здравствена услуга, 59,3 % потврдиле дека целосно ја добиле услугата што им била ветена, што укажува дека во најголем дел ваквите неформални трансакции

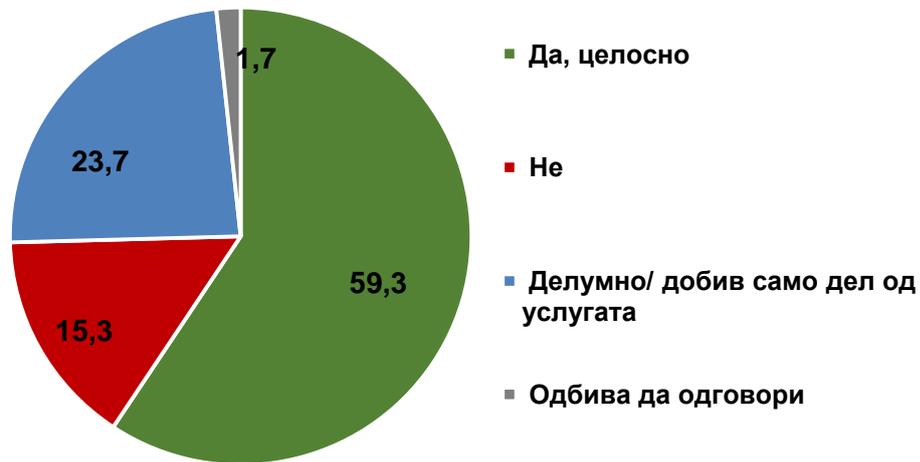
<sup>24</sup>Stepurko, Tetiana, Milena Pavlova, Bernd Rechel, and Wim Groot. 2015. "Informal Payments for Health Care Services: The Case of Lithuania, Poland and Ukraine." *Journal of Eurasian Studies* 6(1): 46–58.

<sup>25</sup>Chr. Michelsen Institute / U4 Anti-Corruption Resource Centre. *Corruption and anti-corruption within social protection systems in low- and middle-income countries (LMICs)*. U4 Helpdesk Answer 2024:10. Bergen: U4, 2024

резултирале со очекуваниот исход. Сепак, 23,7 % добиле само дел од ветената услуга, додека 15,3 % воопшто не ја добиле, што покажува дека и покрај давањето поткуп, корупцијата не секогаш гарантира исполнување на договореното. Мал дел од испитаниците 1,7 % одбиле да одговорат на ова прашање.

Податоците покажуваат дека ваквите неформални практики, покрај тоа што се незаконски, се и непредвидливи и ризични. Ова дополнително ја нагласува потребата од создавање здравствен систем во кој пристапот до здравствените услуги ќе се темели исклучиво на законитост, професионализам и еднаков третман за сите граѓани.

**Графикон 10. Прашање 12. Дали откако дадовте корупција, ја добивте услугата која Ви беше ветена? (n = 59)**



Недавањето корупција има конкретни последици врз пристапот до здравствени услуги за дел од испитаниците. Од вкупниот број на испитаници на кои им била побарана некаков вид корупција, 10,2 % дале корупција, додека 89,8 % одбиле да дадат.

### Графикон 11. Прашање 15. Како се одрази не-давањето корупција врз вашето здравје? (n = 59)



Кај речиси половина од испитаниците на кои им била побарана корупција, а не дале (49,2 %), не-давањето се одразило негативно врз нивното здравје. Односно, 27,1 % биле принудени да побараат здравствена услуга во приватна здравствена установа, што укажува на создавање на дополнителни трошоци за граѓаните. Дополнително, 13,6 % изјавиле дека целосно се откажале од здравствената услуга, додека 8,5 % ја одложиле потребната здравствена интервенција или преглед. Само 35,6 % од испитаниците кои не-дале корупција немале никакви последици.

Ваквите резултати укажуваат дека коруптивните практики не само што се разновидни по форма, туку се и структурно предвидливи, бидејќи најчесто се појавуваат токму таму каде што граѓаните се најзависни од здравствените услуги, а пристапот до нив е ограничен. Ваквата динамика е во согласност со поновите студии кои укажуваат дека корупцијата е поизразена кога институционалните правила не се применуваат доследно и кога граѓаните очекуваат дека услугите може да се добијат побрзо преку неформални канали.<sup>26</sup> Истовремено, релевантната литература укажува дека нормализираните неформални плаќања ја еродираат довербата во здравствениот систем и создаваат средина во која ниту оние што нудат, ниту оние што бараат корупција, можат со сигурност да предвидат дали ветената услуга навистина ќе биде обезбедена.<sup>27</sup> Имајќи го предвид наведеното, резултатите недвосмислено укажуваат на потребата од системски пристап кон јакнење на интегритетот и на институционалната отчетност, како и создавање услови во кои здравствените

<sup>26</sup>Bauhr, Monika, and Nicholas Charron. 2020. "Corruption and the Role of Government." In *The Oxford Handbook of the Quality of Government*, edited by Andreas Bågenholm et al., 431–448. Oxford: Oxford University Press.

<sup>27</sup>Klitgaard, Robert. 2017. *Ward off corruption: strengthen institutions, improve governance*. Oakland: ICS Press.

услуги ќе зависат исклучиво од професионални стандарди, а не од неформални трансакции.

### Родови разлики во искуствата со корупција во здравството

Корупцијата во здравствените системи не се доживува подеднакво од сите граѓани и се манифестира со различни ефекти врз различни општествени групи, при што полот и социоекономските околности играат значајна улога. Жените, особено помладите и оние со специфични потреби како бременост или грижа за дете, често се поранливи на неформални плаќања и притисоци за побрз пристап до здравствени услуги.<sup>28</sup> Корупцијата може да се манифестира преку директни парични плаќања, давање подароци или користење на лични врски за обезбедување услуги, а родовата динамика и перцепцијата на ранливост влијаат на тоа како пациентите ги доживуваат овие практики. Наодите од ова истражување ја потврдуваат потребата од систематско вклучување на родовата перспектива при анализата на ризиците од корупција во здравствените системи, како и при развојот на механизми за заштита и поддршка на ранливите групи.<sup>29</sup>

Иако најголемиот дел од граѓаните не го поврзуваат полот со начинот на кој го доживуваат здравствениот систем или со распределбата на финансискиот товар поврзан со корупцијата, подлабоката анализа на податоците покажува дека родовите разлики постојат и се значајни во одредени сегменти. Овие разлики не се секогаш видливи на прв поглед, бидејќи општата перцепција за корупцијата е дека таа е универзален товар кој подеднакво ги погодува сите членови на домаќинството. Сепак, деталното разгледување на одговорите според пол и возраста, како и увидите од фокус-групите, откриваат родови разлики по однос на чувството на лична ранливост и начинот на кој граѓаните се соочуваат со коруптивни практики во здравството. Особено кај жените, а најмногу кај помладите, полот на здравствениот работник, природата на здравствената услуга и специфичните околности како бременост или грижа за дете, создаваат дополнителен притисок и влијаат врз одлуките и искуствата поврзани со корупцијата. Овие наоди укажуваат дека, иако корупцијата претставува системски проблем, нејзините последици не се доживуваат еднакво од сите, што ја нагласува потребата од подлабоко и посистематско разбирање на родовата димензија во пристапот до здравствените услуги.

---

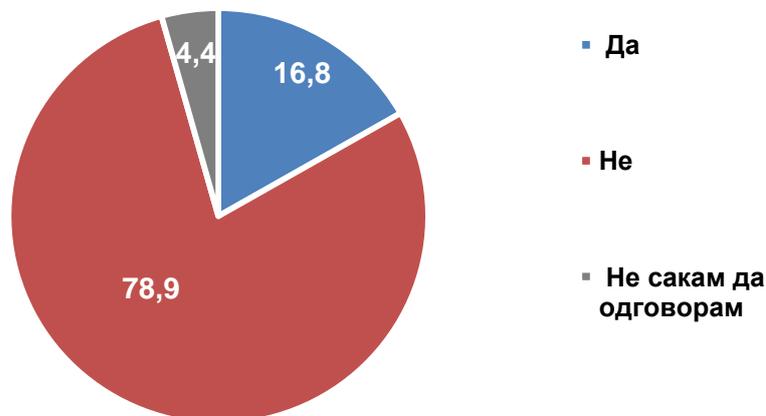
<sup>28</sup>Stensöta, Helena, and Lena Wängnerud, eds. 2018. *Gender and Corruption: Historical Roots and New Avenues for Research*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.

<sup>29</sup>Stensöta, Anna, and Wagnerud, Sofia. 2024. *Untangling the Corruption Maze: Exploring the Complexity of Corruption in the Health Sector*. Stockholm: Swedish Institute for Health Policy.

Кога беа прашани за диспропорционалното влијание на корупцијата во здравството врз жените, испитаниците истакнаа дека полот не е единствената карактеристика што негативно влијае, туку дека финансискиот, социјалниот и брачниот статус дополнително придонесуваат за степенот на пристап до здравствените услуги.

Полот на здравствениот работник при користењето здравствени услуги претставува еден од аспектите поврзани со коруптивните ризици во здравството. Сепак, за најголемиот дел од граѓаните (78,9 %), полот на здравствениот работник не влијаел на чувството на безбедност или достоинство при добивањето на здравствена услуга. Истовремено, 16,8 % од испитаниците изјавиле дека полот на докторот или на медицинскиот персонал имал влијание врз нивното чувство на достоинство и безбедност, што укажува дека за дел од граѓаните постои чувствителност кон овој аспект. Мал процент (4,4 %) одбиле да одговорат на ова прашање.

**Графикон 12. Прашање 4. Дали полот на здравствениот работник (маж/жена) влијаеше на чувството за безбедност/достоинство при добивањето на здравствената услуга? (n = 913)**

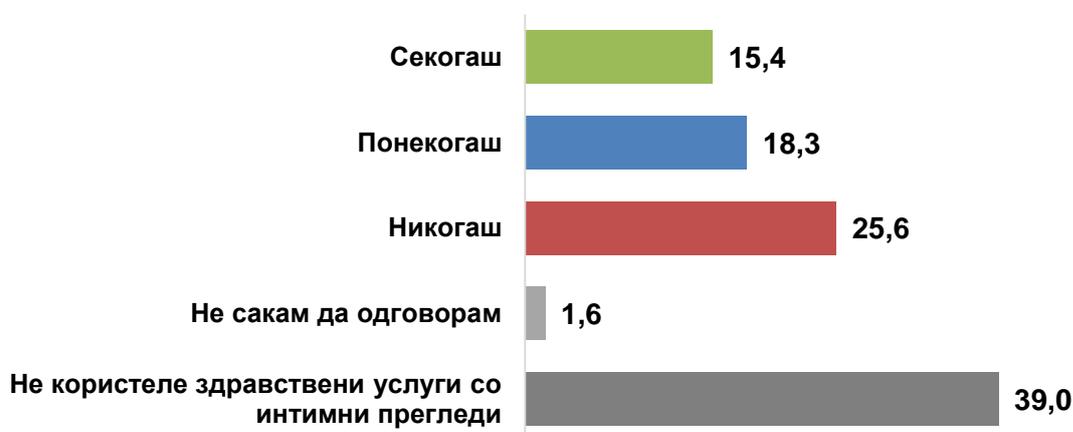


Анализата на податоците според полот покажува дека жените значително почесто од мажите чувствуваат дека полот на здравствениот работник влијае врз нивното чувство на безбедност и достоинство при добивање здравствена услуга. Така, речиси една четвртина од жените (24,1 %) изјавиле дека полот на давателот на услугата имал влијание врз нивното искуство, наспроти 8,7 % од мажите. Поголемиот дел од испитаниците, и кај двата пола, сметаат дека полот на здравствениот работник немал влијание, 84,6 % од мажите и 73,6 % од жените.

Деталната анализа на одговорите на жените испитанички покажува дека влијанието на полот на здравствениот работник врз чувството на безбедност и достоинство е најизразено кај помладите жени, а со зголемување на возраста постепено се намалува. Така, една третина од жените на возраст 18–24 години (33,3 %) изјавиле дека полот на здравствениот работник влијаел врз нивното

чувство на безбедност, додека овој процент се намалува на околу 26 % кај жените 25–44 години и продолжува да опаѓа кај повозрасните групи — до 16,3 % кај жените постари од 65 години. Овие резултати укажуваат дека полот на здравствениот работник повеќе влијае кај помладите жени, кои чувствуваат поголема воздржаност во ситуации кои подразбираат физички прегледи, додека кај повозрасните жени овој фактор има помало значење. Ваквиот наод е интересен, бидејќи во постојните студии нема значајни наоди кои укажуваат дека повозрасните жени или оние кои почесто користеле здравствени услуги, се „адаптирале“ на ваквите ситуации бидејќи им била потребна услуга.

**Графикон 13. Прашање 3. При користење на здравствени услуги од интимна природа, интимни/репродуктивни делови од телото) дали можевте да изберете пол на давателот (доктор/ка)? (n = 913)**

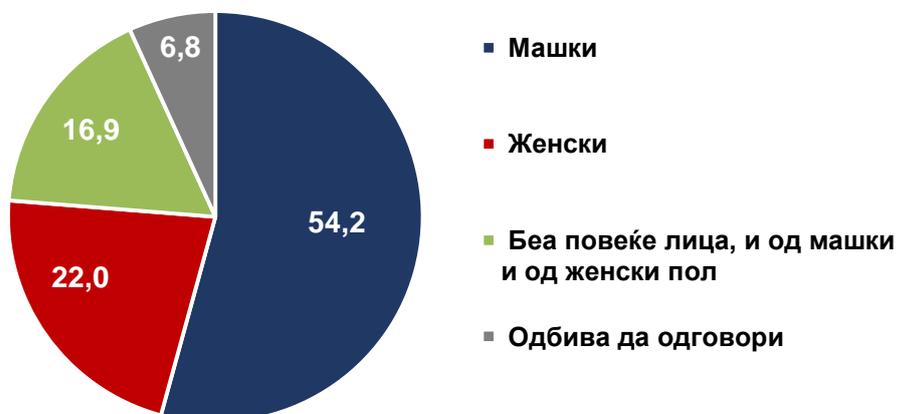


При користење здравствени услуги од интимна природа (интимни/репродуктивни делови од телото), од испитаниците кои имале искуство со ваков тип здравствени услуги и дале валиден одговор, 15,4 % изјавиле дека секогаш можеле да изберат пол на давателот на услугата, додека 18,3 % навеле дека тоа било можно понекогаш. Од друга страна, 25,6 % изјавиле дека никогаш немале можност да изберат пол на давателот, што укажува дека кај значителен дел од пациентите оваа опција не е достапна.

Овие податоци покажуваат дека можноста за избор на пол на давателот при интимни здравствени прегледи зависи од конкретната здравствена установа, типот на услуга и организацијата на здравствениот систем.

Во повеќето случаи на корупција во здравствениот систем идентификувани преку телефонското истражување, лицето поврзано со побарувањето или примањето на корупцијата било од машки пол (54,2 %), додека 22 % од испитаниците навеле дека се работело за жена (графикон 12). Во 16,9 % од случаите биле вклучени повеќе лица од двата пола, што укажува на ситуации во кои во коруптивната практика биле вклучени здравствени работници од различен пол. Мал дел од испитаниците, 6,8 % одбиле да одговорат на ова прашање.

**Графикон 14. Прашање 10. Пол на лицето кое побарало/или сте му понудиле корупција (n = 59)**



Иако повеќето граѓани не го поврзуваат полот на здравствениот работник со чувството на безбедност и достоинство, податоците покажуваат дека за одредени групи, особено за помладите жени, тој има значајно влијание врз начинот на кој го доживуваат здравствениот систем. Зголемената чувствителност кај жените на возраст од 18 до 44 години укажува дека довербата во здравствената услуга е тесно поврзана со перцепцијата на лична ранливост и интимност при прегледите. Ова не се однесува на професионалната компетентност на здравствените работници, туку на начинот на кој пациентките го перципираат однесувањето, комуникацијата и пристапот на персоналот. Токму овие аспекти ги прават жените поранливи на чувство на непријатност или недоверба доколку здравствениот работник не одговара на нивните очекувања за безбедна и почитувачка интеракција, што индиректно може да влијае и врз нивната подготвеност да пријават неправилности или коруптивни барања.

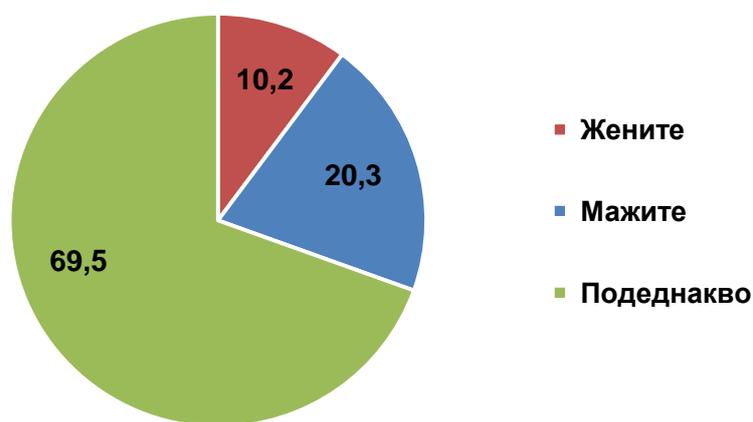
Кога овие наоди ќе се споредат со податоците за корупцијата, станува јасно дека лицата што најчесто се идентификуваат како вклучени во коруптивни практики се мажи. Оваа распределба не укажува дека полот е пресуден фактор за корупција, туку дека мажите почесто се наоѓаат во позиции коишто ја овозможуваат или олеснуваат злоупотребата. Во таков контекст, постојната родова динамика може да влијае врз перцепцијата на пациентите за тоа каде се наоѓа моќта во здравствениот систем и кај кого постои поголема веројатност да се појават барања за неформални плаќања. Така, чувството на ранливост кај жените и доминацијата на мажи меѓу лицата вклучени во корупција создаваат пресек во кој довербата во здравствениот систем се поткопува и преку личната интеракција и преку поширокиот контекст на нормализирани неформални практики.

Кога станува збор за тоа кој најмногу го почувствувал финансискиот товар од корупцијата во здравствениот систем, мнозинството граѓани (69,5 %) сметаат дека тој подеднакво ги погодува сите членови на домаќинството, без разлика на полот. Сепак, една петтина (20,3 %) изјавиле дека корупцијата претставува поголем товар за мажите, додека 10,2 % сметаат дека најмногу ги погодува жените. Овие податоци укажуваат дека јавноста корупцијата ја доживува како заеднички економски товар, што влијае врз целото домаќинство, но сепак се понаклонети да сметаат дека мажите почесто го носат финансискиот товар во вакви ситуации.

Анализата на податоците според полот покажува дека перцепцијата за тоа кого најмногу го погодува финансискиот товар од корупцијата во здравството е слична кај двата пола. И кај мажите и кај жените доминира ставот дека корупцијата подеднакво ги погодува сите членови на домаќинството, при што така сметаат 70,4 % од мажите и 68,8 % од жените.

Сепак, мажите почесто од жените сметаат дека токму тие го носат поголемиот финансиски товар (29,6 % наспроти 12,5 %). Од друга страна, жените почесто (18,8 %) изјавиле дека финансискиот товар повеќе ги погодува токму нив. Ниту еден интервјуиран маж не изјавил дека финансискиот товар од корупцијата повеќе ги погодува жените.

#### Графикон 15. Прашање 13. Финансискиот товар во домаќинството од корупцијата најмногу ги погоди? (n = 59)



Меѓу жените кои лично имале искуство со корупција во здравствениот систем (вкупно 32 испитанички), речиси секоја петта (19 %) изјавила дека бременоста или грижата за мало дете создале дополнителен притисок да побараат побрз пристап до здравствена услуга, дури и доколку тоа значело давање корупција (графикон 14). За повеќето испитанички (53 %) овие околности не претставувале фактор што би влијаел на нивната одлуката, додека 16 % не биле сигурни, а 12 % одбиле да одговорат.

**Графикон 16. Прашање 14. Дали бременоста или грижа за мало дете создадоа дополнителен притисок да барате побрз пристап до услуга, дури и ако тоа значеше корупција? (n = 59)**



Овие резултати укажуваат дека, иако мнозинството жени не го поврзуваат родителството со зголемена подготвеност за коруптивно однесување, постои значаен дел од жените кој чувствува институционален притисок или страв дека без неформални плаќања не би можеле навремено да ја добијат потребна здравствена грижа. Ова ја нагласува ранливоста на оваа група, особено во ситуации кога здравствените услуги се перципираат како недоволно достапни или неефикасни.

#### **Незаконски наплаќања од матични гинеколози**

Податоците од телефонското анкетирање покажуваат дека жените не доволно ја перципираат како коруптивна практика незаконската наплата од страна на матичните гинеколози за услуги кои, согласно подзаконските акти на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија (ФЗОРСМ), се бесплатни за пациентките, како што се гинеколошки преглед, ехографски преглед и колпоскопија. Имено, само 6,8 % од сите испитаници ги навеле неформалните плаќања како вид на корупција која им била побарана. Додека претходните истражувања на Здружението ЕСЕ покажаа дека 94 % од жените од руралните средини<sup>30</sup> и 95 % од жените Ромки<sup>31</sup> изјавиле дека матичниот гинеколог им ги наплатил прегледите при нивната последна посета. Оваа состојба укажува на нормализација на незаконските наплати и на недоволна информираност

<sup>30</sup> Павловски Б., Фришчиќ Ј. „Кога местото на живеење го одредува здравјето – Пристап до примарна здравствена заштита за руралното население во Република Северна Македонија“. Здружение ЕСЕ. 2022.

<sup>31</sup> Павловски Б., Фришчиќ Ј. „Кога животот на маргините го одредува здравјето – Пристап до примарната здравствена заштита за ромското население во Република Северна Македонија“. Здружение ЕСЕ. 2022.

на жените за нивните здравствени права.

Појавата на незаконско наплаќање од страна на матичните гинеколози е јасно потврдена и преку квалитативните наоди од фокус-групите, како што илустрираат следните изјави на учесничките:

*„Сите викаат дека преглед кај гинеколог е бесплатен, зошто нашиот гинеколог ни зема пари, брис 700 денари, друг пат друга сума. Едноставно се плашиш да одиш на доктор, оти не знаеш колку пари ќе ти побара. Секој преглед си го наплаќа.“<sup>32</sup>*

*„Има пример од Куманово, пријава до гинеколог, со фискална сметка. Го казнија 1.000 евра. Но тоа не е доволно, потребна е подобра практика.“<sup>33</sup>*

*„Матичниот гинеколог ми наплаќа 300 денари за секој преглед, а ми ги наплаќа и сите дополнителни испитувања.“<sup>34</sup>*

*„Во текот на бременоста кај матичниот гинеколог правев испитување ‘приска’, на кое резултатите покажаа дека сè е во ред, низок ризик. Матичната ми се јави и ми вика дека треба да направам дополнителни испитувања, кои чинат околу 700 евра.“<sup>35</sup>*

Особено загрижувачки е исказот на учесничка од фокус-групата во Прилеп, која наведе дека не е во можност да ги изврши сите потребни медицински испитувања за време на бременоста поради финансиски причини. Имајќи предвид дека, согласно подзаконските акти на Министерството за здравство и ФЗОРСМ, сите прегледи поврзани со бременост се бесплатни, очигледно е дека станува збор за неформални плаќања. Ваквите искуства јасно укажуваат на системска пракса на незаконско наплаќање од страна на давателите на здравствени услуги, матичните гинеколози, со директни последици врз здравјето и безбедноста на жените.

Учесничките укажуваат дека коруптивни практики постојат во целата вертикала на гинеколошко-акушерските одделенија — од бабици и медицински сестри, до хигиеничарки и лекари - каде „почастувањето“ за добар третман и пород често се смета за очекувано.

<sup>32</sup> Фокус-група Свети Николе.

<sup>33</sup> Фокус-група Куманово.

<sup>34</sup> Фокус-група Битола.

<sup>35</sup> Фокус-група Прилеп.

Како што беше претходно наведено, операциите **претставуваат една од најкритичните области** поврзани со корупцијата во здравството. Ова се однесува и на оние кои се грижат за други лица, вклучително и за деца. Една од учесничките во фокус-групите посочи дека нејзиниот сопруг бил принуден да плати одредена сума пари, која му ја предал на назначениот доктор во кафе бар во Битола. По примањето на материјалната корист, докторот веднаш обезбедил термин и операциона сала за операцијата на детето. Ученичката наведе дека пред тоа, тие биле информирани дека нема слободна сала, анестезиолози и општи услови за изведување на оперативниот зафат. Меѓутоа, веднаш по исплатата, бараната здравствена услуга била добиена.<sup>36</sup>

Податоците од телефонското истражување и сведоштвата од фокус-групите укажуваат дека жените, особено помладите и оние кои се грижат за дете или се бремени, во одредени ситуации се соочуваат со дополнителен притисок и повисок ризик од изложеност на коруптивни практики во здравствениот систем. Овие практики, вклучително и побарувања за пари или подароци за побрз пристап до услуги, создаваат чувство на несигурност и страв, и ја поткопуваат довербата во здравствениот систем. Истражувањата во регионален и меѓународен контекст потврдуваат дека родот и ранливоста влијаат врз искуствата со корупција, при што жените се почувствителни на непрофесионално или дискриминаторско однесување од страна на здравствениот персонал.<sup>37</sup> Овие наоди укажуваат на потребата од политики и механизми кои ќе ја зголемат транспарентноста, отчетноста и родово чувствителниот пристап во здравствениот систем, со цел да се заштитат ранливите групи и да се намали ризикот од корупција.

---

<sup>36</sup> Фокус-група Битола.

<sup>37</sup> Stensota, Anna, and Wagnerud, Sofia. 2024. *Untangling the Corruption Maze: Exploring the Complexity of Corruption in the Health Sector*. Stockholm: Swedish Institute for Health Policy.

## ДЕЛ 4: ПРИЈАВУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈА ВО ЗДРАВСТВОТО

### Општи согледувања

Пријавувањето на корупција во здравствениот сектор е клучен индикатор за институционална доверба и ефективност на механизмите за контрола и санкционирање на злоупотребите. Ова истражување укажува дека здравството е еден од секторите со најизразена разлика меѓу доживеаната и пријавената корупција. Непријавувањето на коруптивни практики најчесто е резултат на страв од негативни последици, губење на пристап до услуги или одмазда, што ја поткопува довербата во институциите и овозможува одржување на системот на неказнивост.<sup>38</sup> Концептот на принудна корупција (coercive corruption) дополнително објаснува зошто пациентите, како корисници зависни од здравствените услуги, ретко се одлучуваат да пријават неправилности. Лицата кои се наоѓаат во позиција на моќ можат директно или индиректно да го ограничат пристапот до основни здравствени услуги, со што се создава структурна ранливост кај пациентите и се зајакнува нивната воздржаност од пријавување на корупција.<sup>39</sup>

Родовите разлики играат значајна улога во одлуката за пријавување на корупција. Жените почесто избегнуваат пријавување поради страв од стигматизација, одмазда или недоверба во институциите, особено во контекст што подразбира почести интеракции со здравствениот систем, како што се гинеколошко-акушерските услуги.<sup>40</sup> Литературата за родови засновани коруптивни ризици укажува дека жените генерално имаат помала институционална моќ и се соочуваат со поголем социјален ризик, што дополнително ја намалува нивната подготвеност за пријавување коруптивни практики.<sup>41</sup> Овој комплексен контекст придонесува за одржување на културата на молчење, во која граѓаните почесто избираат „да платат и да завршат работа“ отколку да се соочат со неизвесност и со потенцијални негативни последици.

Ниту еден од испитаниците кои изјавиле дека им била побарана корупција не ја пријавил случката (100 %). Овој наод е во согласност со анализата на Transparency International, според која здравствениот сектор е меѓу најподложните на корупција, а токму во здравството се забележува најголема разлика меѓу доживеаната и пријавената корупција.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> Transparency International. 2020. *Global Corruption Report: Health*. Berlin: Transparency International. <https://www.transparency.org/en/publications/global-corruption-report-health>.

<sup>39</sup> Hutchinson, Paul, Jennifer W. Davis, Michael J. Smith, and Carla M. Lewis. 2020. “Coercive Corruption and Patient Vulnerability in Healthcare Systems.” *Health Policy and Planning* 35 (4): 451–63.

<sup>40</sup> UN Women. 2021. *Gender and Corruption: Challenges and Good Practices*. New York: UN Women. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications>.

<sup>41</sup> UNDP (United Nations Development Programme). 2016. *Gender and Corruption: Overview of Key Issues*. New York: UNDP. <https://www.undp.org/publications/gender-and-corruption>.

<sup>42</sup> Transparency International. 2020. *Global Corruption Barometer: Asia 2020 – Citizens’ Views and Experiences of Corruption*. Berlin: Transparency International.

Непријавување на случаите на побарана корупција укажува на длабока недоверба во институциите и на перцепцијата дека пријавувањето не води до реални последици. Оваа „толеранција“ кон корупцијата, дополнително го поткопува интегритетот на системот и ја отежнува борбата против оваа појава. Ваквиот модел на однесување е добро документиран во литературата за институционална доверба: кога граѓаните не веруваат дека институциите ќе постапат ефективно или фер, рационалниот избор е непријавување. Seligson укажува дека ниската институционална доверба создава циклус во кој корупцијата продолжува токму затоа што жртвите не очекуваат санкционирање на извршителите.<sup>43</sup> Наодите од ова истражување целосно го рефлектираат овој модел.

Стравот од пријавување корупција исто така претставува сериозен општествен проблем кој ја поддржува неказнивоста. Граѓаните често се воздржуваат од пријавување поради страв од негативни последици, губење на пристап до здравствена заштита или можни форми на одмазда, што дополнително ја поткопува довербата во здравствениот систем. Во литературата која го истражува феноменот на заробувањето на државата во здравствениот сектор се истакнува дека пациентот се наоѓа во структурно потчинета позиција: тој повторно ќе има потреба од услуги, зависен е од здравствените работници, а здравствената штета е потенцијално поголема од финансиската.<sup>44</sup> Тоа ја објаснува и причината поради која испитаниците наведуваат страв дека нема да ја добијат услугата доколку пријават корупција. Ваквите наоди се во согласност со концептот на принудна корупција (coercive corruption), при која лицата во моќна професионална позиција можат да условуваат пристап до основни услуги, создавајќи трајна ранливост кај корисните, односно пациентите. Овој ризик е особено изразен во гинеколошко-акушерската здравствена заштита, бидејќи недостигот од матични гинеколози<sup>45</sup>, во речиси сите региони надвор од Скопје ги прави жените зависни од ограничен број даватели на услуги и ја намалува нивната подготвеност за пријавување корупција. Дополнително, во одредени градови се бележи сериозен недостиг од гинеколози и на секундарно ниво на здравствената заштита.<sup>46</sup>

Ова укажува дека, покрај јакнењето на институционалните капацитети, неопходно е да се воспостават безбедни и доверливи канали за пријавување на

---

<sup>43</sup> Seligson, Mitchell A. 2002. “The Impact of Corruption on Regime Legitimacy: A Comparative Study of Four Latin American Countries.” *Journal of Politics* 64 (2): 408–433.

<sup>44</sup> Hutchinson, Elizabeth, David McCoy, Sophie Maat, and Gavin Yamey. 2020. “Health Systems, Corruption and State Capture: A Review.” *Globalization and Health* 16 (1): 1–12.

<sup>45</sup> Извор: Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Шифрарник на лекари од Примарна здравствена заштита, во кој се заведени 173 матични гинеколози (пристапено на 30.12.2025 г.). Согласно на критериумите усвоени од Владата во Уредбата за мрежа на здравствени установи, потребно е да има 258 матични гинеколози на целата територија на Република Северна Македонија.

<sup>46</sup> Извор: ЈЗУ Институт за јавно здравје на РС Македонија. Кадар во здравствени установи во Република Северна Македонија 2024 година. Во општите болници во Кочани, Кичево и Дебар има само 1 (еден) доктор специјалист по гинекологија и акушерство, во Гевгелија има само 2 (два), додека во Кавадарци има 3 (три).

корупцијата, како и да се спроведат јавни кампањи кои ќе охрабрат отвореност и заштита на оние што ќе одлучат да го пријават коруптивното однесување.

Овие наоди се потврдуваат и во дискусиите на фокус-групите. Речиси сите учеснички нагласуваат дека корупцијата во здравствениот систем многу ретко се пријавува. Како главни причини се наведуваат стравот од одмазда, како и стравот дека би можеле да останат без потребната здравствена услуга. Дополнително, жените имаат почести контакти со здравствениот систем и се изложени на поголем ризик повторно да се сретнат со истите здравствени работници, што ја намалува нивната подготвеност за пријавување.

---

*„Пак ќе треба да одите кај доктор, не мора да е тој - ти си веќе на црна листа. Они се заштитени, па ќе ти измислат, па ќе те тужи одозгора, виновен ќе те направат тебе и оштета треба да му платиш.“<sup>47</sup>*

*„Луѓето не знаат каде да пријават, институциите не делуваат. Јас кога лежев со моето дете на болница фати болничка бактерија, му правеа бројни испитувања, никогаш не ги добивме резултатите од истите. Овој случај не го пријавив и сметам дека многу згрешив бидејќи детето ја доби бактеријата на болница.“<sup>48</sup>*

---

Овие наоди се во согласност со релевантната литература, која укажува дека родот игра значајна улога во одлуката за пријавување корупција. Според UNODC<sup>49</sup> и UN Women<sup>50</sup>, жените почесто се воздржуваат од пријавување поради страв од стигматизација, одмазда и недоверба во институциите. Дополнително, литературата за родово условени коруптивни ризици (*gendered corruption risks*) укажува дека пониската институционална моќ и повисокиот социјален ризик кај жените претставуваат значајна бариера за пријавување коруптивни практики.<sup>51, 52</sup> Се забележува изразена недоверба во државните институции и во органите надлежни за вршење контрола врз обезбедувањето на здравствените услуги. Присутно е и чувство дека корупцијата е длабоко вкоренета во менталитетот, дека „ништо нема да се промени“, при што жените дополнително се воздржуваат поради можноста да бидат исмеани, уценувани или игнорирани.

---

<sup>47</sup> Фокус-група Штип.

<sup>48</sup> Фокус-група Прилеп.

<sup>49</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2020. *Gender and Corruption: Thematic Paper*. Vienna: United Nations.

<sup>50</sup> UN Women. 2021. *Addressing Gendered Impacts of Corruption*. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.

<sup>51</sup> Jain, Arvind K. 2001. “Corruption: A Review.” *Journal of Economic Surveys* 15 (1): 71–121.

<sup>52</sup> UNDP. 2016. *Gender and Corruption in Development Cooperation*. New York: United Nations Development Programme

*„Немаме правен систем, на пример ако не заштитува правниот систем и ако оди сè според законот ќе си дадеме сила и волја и храброст да пријавеш, јас ќе пријавам, ти ќе видиш случај па ќе пријавиш, друг трет и така ќе се искорени, ама нас правниот систем не ни функционира па после ќе треба и отштета да му платам, нервозата е плус па ќе те мавтаат со години, па ќе те враќаат наназад, наназад, па со стресови тоа чини и пари и време и нерви и стресови. Само ќе се навлечеш во проблеми.“<sup>53</sup>*

*„Недоверба во правниот систем, страв и недоверба. Имаше една жена што сакаше да пријави, но ниту еден адвокат не се нафати за корупцијата. Адвокатот си вика - канцеларијата ќе ми ја затворат, жена ми ќе ја избркаат од работа, адвокатите се ограничени кои делови ќе ги застапуваат.“<sup>54</sup>*

*„Луѓето не сакаат да пријават бидејќи знаеме дека нема ништо да се промени. Државата е свесна на кој начин функционира здравството и ништо не презема.“<sup>55</sup>*

---

Дополнително, се нагласува и недостаток на информации — повеќето учеснички не знаат каде формално би можеле да пријават корупција. Иако мал број учеснички наведуваат дека би пријавиле, особено преку невладини организации кои обезбедуваат заштита и поддршка, практичното искуство покажува дека ретко се одлучуваат на ваков чекор.

Комбинацијата од страв, недовербата во институциите и недостатокот на јасни механизми создаваат култура на молчење, во која жените почесто избираат „да платат и да завршат работа“ наместо да се сочат со ризик и неизвесност поврзана со пријавување на корупцијата.

---

*„Сум размислувала, но се плашам. Пријателка пријави, па потоа имаше проблеми кога отиде следниот пат.“<sup>56</sup>*

*„Жената може да биде исмејувана, уценувана, на секој начин или било како, а кај мажот е друго кога ќе пријави. Мажите се посилни и вика ако биде нека биде.“<sup>57</sup>*

*„Да, жените молчат за сè, и за проблеми во здравството.“<sup>58</sup>*

---

<sup>53</sup> Фокус-група Штип.

<sup>54</sup> Фокус-група Штип.

<sup>55</sup> Фокус-група Прилеп.

<sup>56</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>57</sup> Фокус-група Свети Николе.

<sup>58</sup> Фокус-група Куманово.

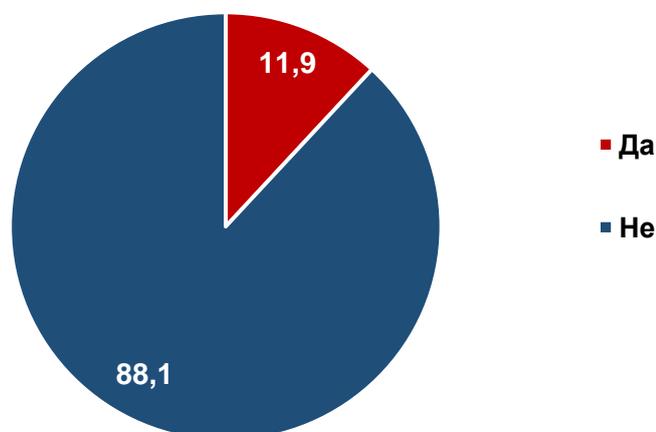
*„Јас го имав, но каде ќе пријавиш, кога сите се исповрзани меѓусебно, не знаеш каде да пријавиш, го нема народниот правобранител да те упати каде треба да пријавиш.“<sup>59</sup>*

*„Јас да ти кажам сакав да ги пријавам, не сакав пари да им дадам. Но мажот ми ми вели кај кој доктор ќе одиш потоа. Јас ако го пријавев, потоа докторот немаше да ја изврши операцијата.“<sup>60</sup>*

---

Меѓу испитаниците кои не ја пријавиле корупцијата (сите 59 испитаници кои имале искуство со истата), 88,1 % изјавиле дека полот на лицето што ја побарал не влијаел врз нивната одлука да не ја пријават, додека 11,9 % сметаат дека полот имал одредено влијание (графикон 15). Овие резултати укажуваат дека одлуката за непријавување на корупцијата најчесто е поврзана со други фактори како недоверба во институциите, страв од можни последици или уверувањето дека пријавата е бесцелна, а не со полот на лицето вклучено во коруптивната практика.

**Графикон 17. Прашање 19. Дали полот на лицето што Ви побара корупција, влијаеше на Вашата одлука да не пријавите корупција? (n = 59)**



Најчеста причина поради која граѓаните не ја пријавиле побараната корупција е недовербата дека проблемот би бил решен, став што го делат повеќе од половина од испитаниците (55,9 %). Речиси една четвртина (23,7 %) се воздржале од пријавување поради страв дека нема да ја добијат здравствената услуга, а 20,3 % навеле страв од други негативни последици. Овие резултати укажуваат дека непријавувањето најчесто произлегува од комбинација на недоверба во институциите и перцепција на ризик (графикон 16), при што граѓаните не веруваат дека пријавата би довела до конкретна заштита или ефективно решение.

---

<sup>59</sup>Фокус-група Битола.

<sup>60</sup>Фокус-група Битола.

**Графикон 18. Прашање 20. Зошто не ја пријавивте корупцијата? (n = 59)**



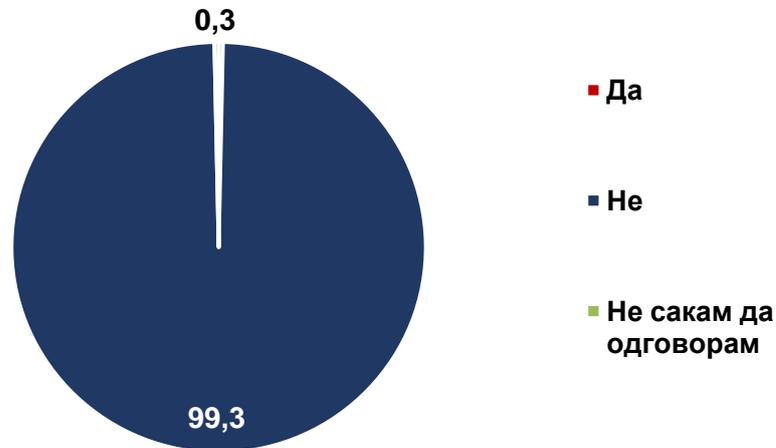
Наодите од истражувањето укажуваат на системски модел на непријавување корупција во здравствениот сектор, при што доминираат недовербата во институциите и стравот од негативни последици, вклучително и губење на здравствена услуга. Жените се особено ранливи поради почестите контакти со здравствениот систем и повисоката перцепција на ризик од одмазда. Овој контекст ја нагласува потребата од безбедни и доверливи механизми за пријавување, како и од мерки за заштита на граѓаните, со посебен фокус на жените како ранлива група.

### **Барање и пријавување сексторција**

Во изминатите дванаесет месеци, речиси сите испитаници (99,3 %) изјавиле дека од нив не била побарана интимна или сексуална услуга како услов за добивање здравствена услуга, преглед или подобра здравствена грижа. Само 0,3 % од анкетираниите лица (3 испитаници - две жени и еден маж) пријавиле вакво искуство, додека ист процент (0,3 %) одбиле да одговорат на прашањето (графикон 17).

Меѓу тројцата испитаници кои изјавиле дека од нив била побарана интимна или сексуална услуга како услов за добивање здравствена грижа, секој случај се однесувал на различен тип на услуга – еден при посета на матичен лекар, еден при специјалистички преглед и еден во рамки на гинеколошка услуга. Во однос на лицето кое го побарал ваквиот вид на услуга, во еден случај станувало збор за гинеколог, во еден случај за матичен лекар, а во еден случај за лекар специјалист.

**Графикон 19. Прашање 21. Во последните 12 месеци, дали директно или индиректно од Вас беше побарана интимна лична (сексуална) услуга како услов за преглед/здравствена услуга/термин/подобра грижа? (n = 912)**



Во сите три случаи во кои испитаниците пријавиле побарување на интимна или сексуална услуга, лицето кое побарало било од машки пол. Начинот на побарување најчесто бил невербален, преку алузии или недвосмислени насоки (два случаи), додека во еден случај побарувањето било изразено вербално. Две лица одбиле да одговорат за последиците од одбивањето, додека едно лице изјавило дека не следеле никакви последици. Сите тројца испитаници потврдиле дека не го пријавиле случајот. Сите учеснички во квалитативното истражување изјавија дека досега лично не се соочиле со случаи на сексторција, но дел изразија уверување дека вакви случаи веројатно постојат, особено во делови од здравствениот системот каде жените се поранливи, како гинеколошки услуги, болнички одделенија и итни служби.

---

*„Во гинекологија и во болнички услуги каде пациентката е сама.“<sup>61</sup>*

*„И во итни служби, кога жените се под стрес и не можат да се спротивстават.“<sup>62</sup>*

---

Случаите на сексторција, иако ретки по број, се исклучително важни за анализа, бидејќи се совпаѓаат со глобалните трендови за недоволно пријавена сексторција при пристапот до јавните услуги.<sup>63</sup> Во литературата, сексторцијата се опишува како „најмалку пријавената форма на корупција“, токму поради

---

<sup>61</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>62</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>63</sup> International Association of Women Judges (IAWJ). 2012. *Stopping the Abuse of Power Through Sexual Exploitation: Naming, Shaming, and Ending Sextortion: A Tool Kit*. Washington, DC: International Association of Women Judges.

комбинацијата на срам, страв и чувство на беспомошност, особено кај жените. Наодите од фокус-групите се во согласност со овие теории: жените често го избегнуваат лекарот, но не пријавуваат, што е типично однесување во случаи кога жртвата сака да ја минимизира личната штета без да се изложи на ризик од институционална одмазда или социјална стигма:

---

*„Да, слушнав за случаи во градот. Една жена рече дека еден лекар ѝ испратил пораки со алузии.“<sup>64</sup>*

*„Ако се случи, жените се чувствуваат посрамени и се обвинуваат себеси, а не системот.“<sup>65</sup>*

*„Жените обично не зборуваат за ова, од срам и страв.“<sup>66</sup>*

---

Воедно податокот дека еден од трите пријавени случаи на сексторција при телефонското анкетирање се случил од страна на лекар гинеколог, ги потврдува изјавите во фокус-групите дека жените се особено ранливи при обезбедување на гинеколошко-акушерска здравствена заштита.

Иако учесничките едногласно изјавија дека би ја пријавиле сексторцијата доколку им се случи, нивните одговори истовремено ја откриваат длабоката културна бариера на срам, страв и самообвинување, која ја спречува вистинската реакција или пријавувањето. Жените често ја перципираат моќта на лекарот како доминантна и се чувствуваат дека немаат заштита ниту доверлив механизам за пријавување.

---

*„Некои го избегнуваат тој лекар, но не пријавуваат. Стравично е, затоа што лекарот има моќ.“<sup>67</sup>*

---

Во суштина, сексторцијата се препознава како ретко пријавен, но иако редок, сепак реално присутен феномен, кој бара системска заштита, јасно дефинирани протоколи и ефективна поддршка за жртвите. Иако бројот на евидентирани случаи е исклучително мал, самото нивно постоење претставува сериозен сигнал за можни поединечни злоупотреби на довербата и професионалната позиција од страна на здравствените работници. Податоците од телефонското истражување и сведоштвата од фокус-групите укажуваат дека ваквите случаи најчесто не се пријавуваат, што е во согласност со глобално забележаната тенденција за недоволно пријавена сексуална корупција.<sup>68</sup> Жените често се

---

<sup>64</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>65</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>66</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>67</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>68</sup> UN Women. 2021. *Gender and Corruption: Challenges and Good Practices*. New York: UN Women. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications>.

воздржуваат од пријавување поради чувство на срам, страв од институционална одмазда и перцепција дека нема да добијат заштита. Повторните интеракции со истите здравствени работници дополнително ја зголемуваат ранливоста и ја намалува нивната подготвеност за формална реакција.<sup>69</sup>

Овие наоди ја потврдуваат потребата од воспоставување јасни протоколи за пријавување, доверливи канали и системска поддршка за жртвите, особено во домени каде жените се најранливи, како гинеколошки и акушерски услуги, болнички одделенија и итни служби. Особено е важно да се воспостават јасни процедури за задолжително присуство на придружник или трето лице при обезбедувањето на гинеколошко-акушерска здравствена заштита. Дури и мал број на вакви случаи треба да се третираат како сериозен сигнал за можни злоупотреби на довербата и непрофесионалното однесување од страна на здравствените работници.

---

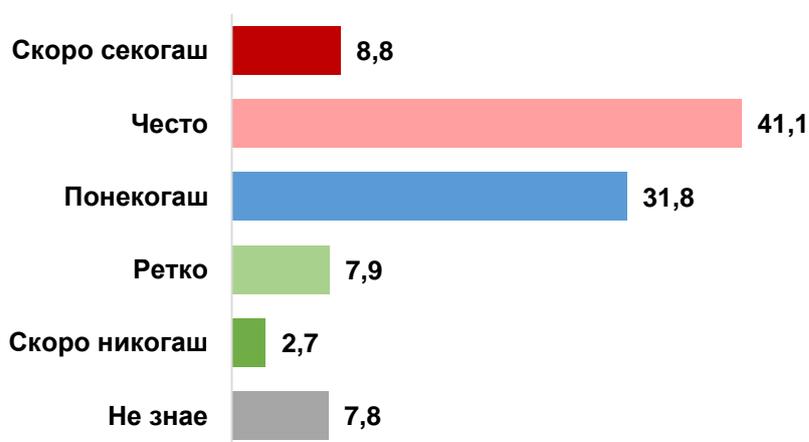
<sup>69</sup> Hutchinson, Paul, Jennifer W. Davis, Michael J. Smith, and Carla M. Lewis. 2020. “Coercive Corruption and Patient Vulnerability in Healthcare Systems.” *Health Policy and Planning* 35 (4): 451–63.

## ДЕЛ 5: СТАВОВИ И МИСЛЕЊА НА ГРАЃАНИТЕ ПО ОДНОС НА КОРУПТИВНИТЕ ПРАКТИКИ ВО ЗДРАВСТВОТО

### Општи согледувања

Во перцепцијата на граѓаните, корупцијата во здравствениот систем се доживува како широкораспространета појава (графикон 18). Според податоците од истражувањето, 41,1 % сметаат дека граѓаните често се соочуваат со потребата да дадат поткуп за да добијат здравствена услуга, а дополнителни 31,8 % веруваат дека тоа се случува понекогаш. Уште 8,8 % од испитаниците оценуваат дека тоа се случува скоро секогаш. Наспроти тоа, релативно мал дел од испитаниците (7,9 %) оценуваат дека ваквите ситуации се ретки или 2,7 % дека речиси никогаш не се случуваат, додека 7,8 % не знаеле или не можеле да проценат колку е чест овој проблем. Овие податоци укажуваат на доминантна јавна перцепција дека корупцијата е длабоко вкоренет и често присутен феномен во здравството.

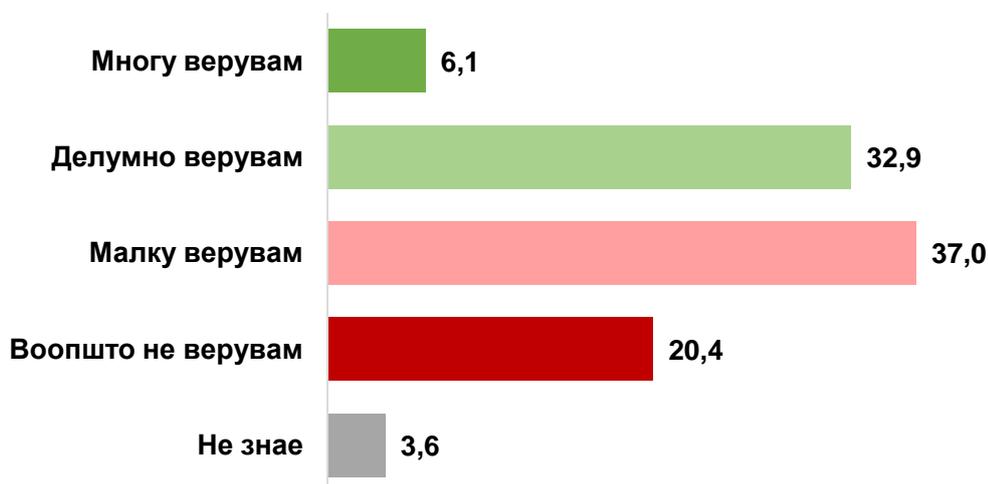
**Графикон 20. Прашање 29. Колку често граѓаните, според Вас, се соочуваат со потребата да дадат корупција за да добијат здравствена услуга? (n = 1.028)**



Анализата открива дека перцепцијата за распространетост на корупцијата во здравството е висока и меѓу оние граѓани кои лично не биле изложени на барање за поткуп. Меѓу оние на кои им било побарано поткуп, доминира уверувањето дека тоа се случува многу често или речиси секогаш (93,2 %), што е очекувано со оглед на нивното лично искуство. Сепак, загрижувачки е што и меѓу граѓаните кои не доживеале вакво барање, перцепцијата за корупција останува висока: речиси половина (49 %) сметаат дека корупцијата во здравството е честа или многу честа појава, а дополнителни 34,3 % веруваат дека таа се случува понекогаш.

Кога станува збор за довербата во правичноста и еднаквиот третман на граѓаните во јавниот здравствен систем, значаен дел од испитаниците изразуваат недоверба дека можат да добијат еднаков третман без познанства или корупција (графикон 19). Така, 37 % изјавиле дека малку веруваат, а 20,4 % воопшто не веруваат дека е можно да добијат услуга под еднакви услови. Третина од испитаниците (32,9 %) изразуваат умерено или делумно верување, додека само 6,1 % изразиле високо ниво на доверба. Дополнителни, 3,6 % не знаеле или не биле во можност да проценат. Овие резултати укажуваат на длабоко вкоренета недоверба во транспарентноста и правичноста на јавно здравствениот систем, при што само мал дел од населението верува во еднаков пристап до здравствени услуги.

**Графикон 21. Прашање 30. Во колкава мера верувате дека можете да добиете еднаков третман во јавниот здравствен систем без познанства, плаќање или кој било друг вид на корупција? (n = 1.028)**



Според перцепцијата на граѓаните, корупцијата во здравствениот систем најчесто се поврзува со обезбедување побрз или привилегиран пристап до специјализирани здравствени услуги (графикон 20). Така, 33,4 % од испитаниците сметаат дека најчесто се дава поткуп за да се добие болнички кревет или операција без чекање, а 26,8 % — за пристап или итен термин кај специјалист. Дополнителни 21 % веруваат дека поткупот најчесто се дава за подобар третман од страна на специјалист, додека 6,5 % ја поврзуваат со дополнителни болнички услуги. Помал дел од испитаниците сметаат дека корупцијата се дава за побрз преглед кај матичен лекар или упат до специјалист или 2,5 %. Многу мал дел од испитаниците ја поврзуваат корупцијата на следен начин: „за сè“ (1,7 %), „за сè освен за матичен лекар“ (0,9 %), за породување (0,3 %), или сметаат дека „не се дава за ништо“ (0,3 %). Дополнителни, 6,6 % не знаеле да одговорат или не можеле да проценат.

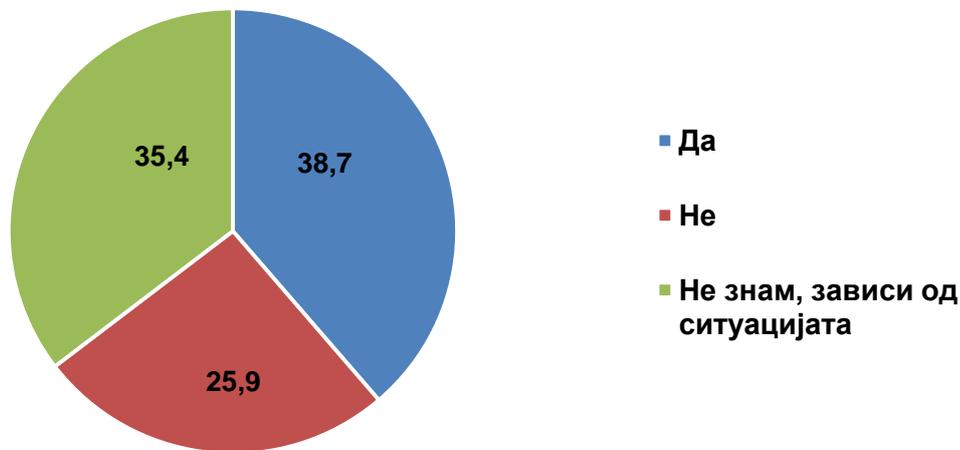
**Графикон 22. Прашање 31. Според Вас, за што најчесто се дава корупција?  
(n = 1.028)**



Овие резултати јасно укажуваат дека во јавната перцепција, корупцијата најчесто се доживува како средство за забрзување на пристапот до болничко лекување и специјалистички здравствени услуги.

Кога станува збор за можната реакција во идни случаи на побарување корупција, 38,7 % од граѓаните изјавиле дека би ја пријавиле таквата ситуација, што покажува одреден степен на подготвеност за институционално дејствување (графикон 21). Сепак, значаен дел или 35,4 % изјавиле дека не се сигурни и дека нивната одлука би зависела од конкретната ситуација, додека една четвртина од испитаниците (25,9 %) отворено признале дека не би пријавиле корупција. Овие резултати укажуваат дека, и покрај декларативната подготвеност, кај значаен дел од граѓаните сè уште постои воздржаност поврзана со недоверба, страв или уверување дека пријавата нема да резултира со конкретна заштита или промена.

**Графикон 23. Прашање 32. Доколку некој Ви побара корупција за здравствена услуга во иднина дали би пријавиле, без разлика дали некогаш веќе сте дале корупција или не? (n = 1.028)**



Податоците покажуваат дека подготвеноста за пријавување на корупција во иднина варира меѓу различни групи.

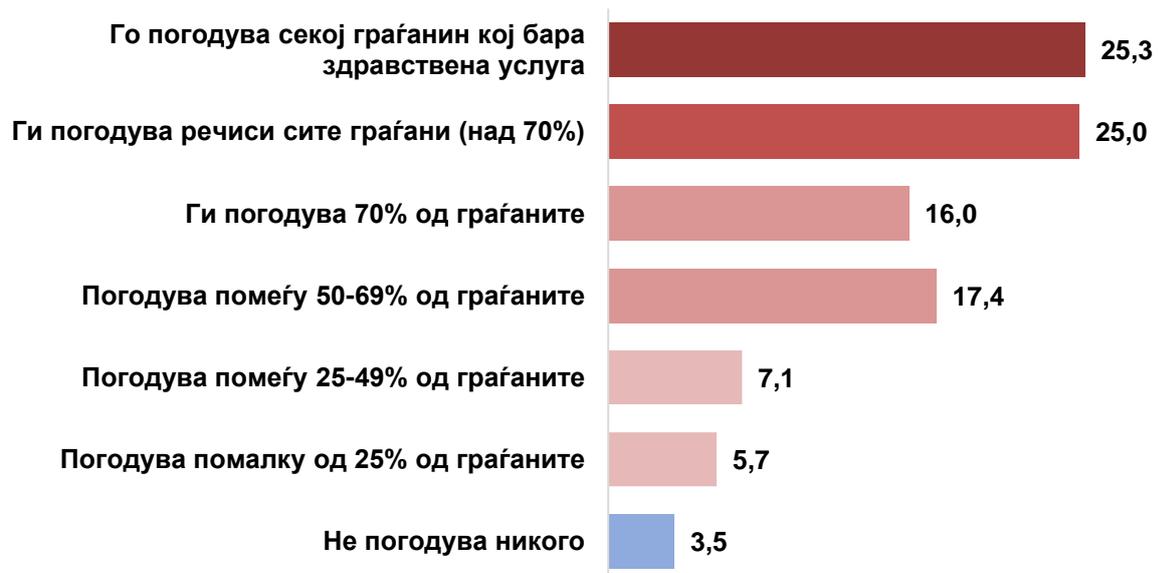
Според етничката припадност, етничките Македонци покажуваат највисока подготвеност за пријавување на корупцијата (44,5 %), додека етничките Албанци покажуваат значително помала подготвеност (24,6 %). Кај припадниците на другите етнички заедници таа изнесува околу 34,7 %. Истовремено, кај Албанците е повисок уделот на оние кои не би пријавиле (36,9 %) или би одлучиле според околностите (38,5 %), што може да укажува на поголема недоверба во институционалната заштита или страв од можни последици од пријавувањето.

Разлики се забележуваат и според местото на живеење. Жителите на урбаните населени места се посклони да пријават корупција (43,8 %) отколку жителите на руралните средини (30,6 %), кои почесто би се двоумеле или би реагирале зависно од ситуацијата (42,3 %). Овие податоци упатуваат дека во урбаните средини постои повисоко ниво на институционална доверба и подобар пристап до механизми за пријавување, додека кај руралното население преовладува претпазливост и недоверба кон институционалната заштита.

Перцепцијата на граѓаните јасно укажува дека корупцијата во здравството се доживува како широкораспространет и системски проблем (графикон 22). Мнозинството испитаници (83,7 %) сметаат дека корупцијата ги погодува повеќе од половина од граѓаните. Притоа, 25,3 % веруваат дека таа го засега секој граѓанин што бара здравствена услуга, додека 25 % дека ја чувствуваат речиси сите (над 70 %). Дополнителни, 16 % проценуваат дека корупцијата влијае на околу 70 % од населението, а 17,4 % дека корупцијата погодува помеѓу 50 % и 69 % од граѓаните.

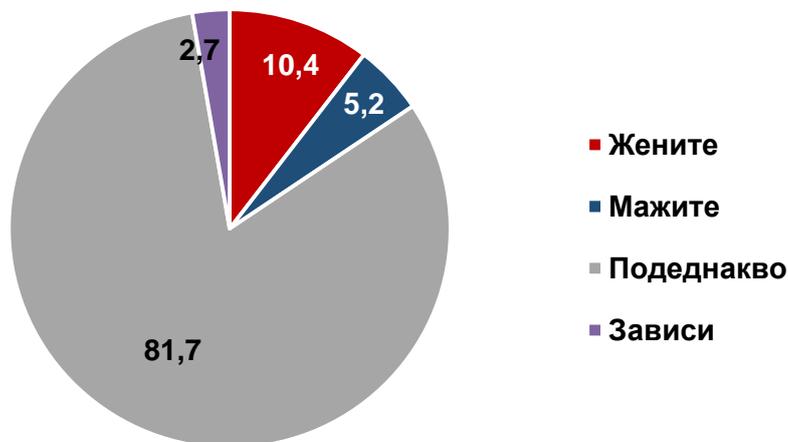
Од друга страна, единствено 12,8 % од испитаниците сметаат дека корупцијата има ограничен опфат, односно дека ги погодува помалку од половина од граѓаните, додека 3,5 % веруваат дека не погодува никого. Овие резултати потврдуваат дека во јавната свест корупцијата во здравството е перципирана како општоприсутна појава, којашто директно ги засега мнозинството граѓани што имаат контакт со здравствениот систем.

**Графикон 24. Прашање 33. Според Вас, колку корупцијата во здравството ги погодува обичните граѓани? (n = 1.028)**



Поголемиот дел од граѓаните (81,7 %) сметаат дека корупцијата во здравството подеднакво ги погодува и жените и мажите (графикон 23). Десет проценти од испитаниците (10,4 %) сметаат дека жените се повеќе погодени, додека 5,2 % веруваат дека поголем товар чувствуваат мажите. Мал дел (2,7 %) одговориле дека влијанието на корупцијата зависи од конкретната ситуација или околности. Овие наоди укажуваат дека јавноста ја перципира корупцијата во здравството како општ, а не како родово специфичен проблем, кој на еднаков начин ги засега сите граѓани што користат здравствени услуги.

**Графикон 25. Прашање 34. Според Вас, кого најмногу го погодува корупцијата во здравството? (n = 1.028)**



Ставот дека корупцијата во здравството подеднакво ги погодува сите без разлика на полот, е речиси идентичен кај мажите (83,2 %) и кај жените (80,3 %). Сепак, жените почесто од мажите (13,8 % наспроти 6,8 %) сметаат дека токму тие се повеќе погодени од корупцијата во здравствениот систем. Оваа разлика може да се објасни со нивната почеста улога во грижата за здравјето на семејството и нивните почести интеракции со здравствениот систем.

Анализата на дискусиите на фокус-групите укажува дека најголем дел од учесничките сметаат дека и мажите и жените се подеднакво изложени на корупција во здравствениот систем. Сепак, преовладува ставот дека жените почесто се соочуваат со корупција затоа што тие имаат почеста потреба од здравствени услуги – бременост, деца, редовни контроли. Дополнително, некои учеснички нагласуваат дека бремените жени, жените од руралните области, жените од ромска националност како и социјално загрозените жени, почесто се соочуваат со ризик од корупција.

---

*„Кога си бремена, не можеш да ризикуваш да не те примат.  
Затоа многумина плаќаат без збор.“<sup>70</sup>*

*„Ромските жени имаат поголеми тешкотии, затоа што не се третираат со почит.“<sup>71</sup>*

*„Имам сознание дека ние од Штип сме повеќе заштитени од корупција, но тие што доаѓаат од Источна Македонија од нив се бара голема сум, а ние пак во Скопје плаќаме.“<sup>72</sup>*

---

<sup>70</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>71</sup> Фокус-група Тетово.

<sup>72</sup> Фокус-група Штип.

Наодите покажуваат дека граѓаните ја перципираат корупцијата како системски проблем, кој најчесто се поврзува со обезбедување побрз или привилегиран пристап до специјализирани здравствени услуги. Иако поголемиот дел од граѓаните сметаат дека корупцијата подеднакво ги погодува жените и мажите, жените почесто отколку мажите сметаат дека токму тие се повеќе погодени, што е во согласност со теориите за родово базирани коруптивни ризици.<sup>73</sup> Подготвеноста да се пријави корупција варира, при што дел од граѓаните би пријавиле, дел би се двоумеле, а една четвртина би се воздржале, што се совпаѓа со механизмите на недоверба во институциите.<sup>74</sup> Генерално, резултатите од ова истражување укажуваат дека корупцијата се смета за општа, широкораспространета појава, која директно ги засега сите што имаат контакт со здравствениот систем.

## Правна заштита при пријавување корупција

Во правниот и институционалниот систем на Република Северна Македонија постојат повеќе механизми кои формално имаат за цел да ги заштитат пациентите кои ќе пријават случај на корупција во здравствениот систем. Овие механизми се предвидени за да овозможат пријавување на неправилности, да обезбедат заштита од одмазда и дискриминација, како и да овозможат одговорност за лицата кои побарале или примиле поткуп. Истите ги вклучуваат следниве механизми:

### 1. Механизми во рамки на здравствениот систем

Во рамки на здравствената установа каде што се обезбедува здравствената услуга корупцијата може да се пријави кај:

- **Советник за заштита на правата на пациентите**, кој е назначен од Министерството за здравство и е лоциран во самата здравствена установа во која се сместуваат пациенти. Тој претставува точка каде пациентите можат да се обратат за заштита на своите права, како и да пријават сомнежи за корупција и други неправилности поврзани со здравствените услуги (на пример барање поткуп, злоупотреба на положба или нееднаков третман).
- **Механизам за заштита на правата на пациентите** (во установи без хоспитализација), преку кој пациентите можат да поднесат усни и писмени поплаки, вклучително и пријави за сомнежи за корупција или

---

<sup>73</sup> United Nations Development Programme (UNDP). 2016. *Preventing Corruption through Gender-Responsive Policies*. New York: UNDP.

<sup>74</sup> European Commission, Directorate-General for Migration and Home Affairs, and ECORYS. 2017. *Updated study on corruption in the healthcare sector*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI:10.2837/68580.

неправилности поврзани со повреда на нивните права (на пример поткуп, злоупотреба на службена положба или нееднаков третман).

- **Директор на здравствената установа**, до кој може да се пријави сомнеж за корупција или други неправилности поврзани со здравствените услуги. Директорот е должен да ги испита наводите и писмено да го извести подносителот во рок од 15 дена од приемот на поплаката.
- **Болнички комисии за заштита на правата на пациентите** (во установи со хоспитализација), каде што може да се поднесе приговор лично, писмено или анонимно (каде што се достапни кутии за приговори).

Надвор од здравствените установи во која била побарана услугата корупцијата може да се пријави кај:

- **Државниот санитарен и здравствен инспекторат**, кој прима пријави за неправилности, злоупотреби и корупција во здравството, вклучително и со можност за анонимно пријавување.
- **Комисијата за унапредување на правата на пациентите**, формирана на општинско ниво (и во градот Скопје), претставува дополнителен механизам каде пациентите можат да поднесат поплаки и да пријават сомнежи за корупција или неправилности во здравството, особено кога тие влијаат врз остварувањето на правата на пациентите.
- **Министерството за здравство**, за пријавување системски проблеми, пропусти во функционирањето на здравствениот систем и непрофесионално однесување на здравствениот персонал;
- **Фондот за здравствено осигурување**, во случаи на незаконска наплата, злоупотреби поврзани со здравственото осигурување или наплата на услуги што треба да бидат покриени од осигурувањето;

## 2. Антикорупциски и институции за заштита на човековите права

- **Државната комисија за спречување на корупцијата**, како централно тело за превенција и борба против корупцијата, прима и постапува по пријави за мито, поткуп, судир на интереси и други злоупотреби, со можност за анонимно пријавување;
- **Народниот правобранител**, кога повредата на правата е резултат на незаконско или неправилно постапување на државни органи или институции со јавни овластувања;
- **Комисијата за спречување и заштита од дискриминација**, во случаи кога коруптивните или непрофесионалните практики резултираат со нееднаков третман, понижување или дискриминација врз основа на пол, етничка припадност, здравствена состојба, социјален статус или друга лична карактеристика.

## 3. Кривичноправни механизми

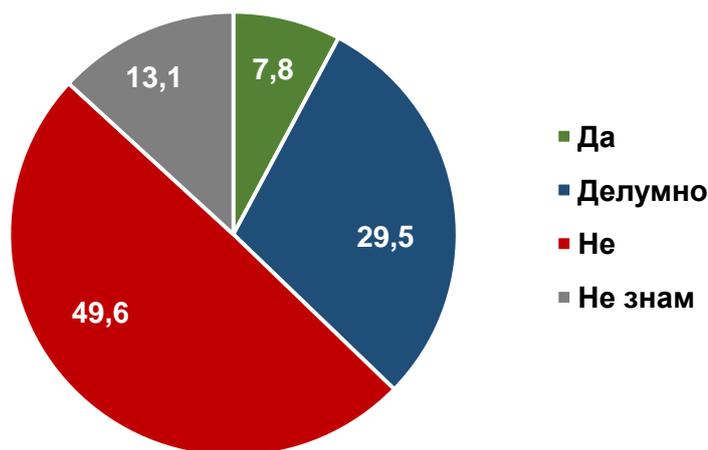
- **Полицијата** прима кривични пријави за корупција и е должна веднаш да го информира надлежниот јавен обвинител, при што пријавувањето може да биде и анонимно.

- **Основното јавно обвинителство и ОЈО за гонење на организиран криминал и корупција** се надлежни за примање и постапување по кривични пријави за корупција, кои можат да се поднесат писмено, усно, лично, телефонски или по електронски пат, при што секоја пријава доставена до друг орган задолжително треба да биде препратена до надлежниот јавен обвинител.

И покрај постоењето на законска и институционална заштита, истражувањата укажуваат дека граѓаните многу ретко се одлучуваат да пријават корупција. Недовербата во институциите, стравот од негативни последици и недостатокот од јасни и доверливи начини за пријавување ја поткопуваат ефективността на формалните механизми. Ова укажува дека борбата против корупцијата не може да се сведе само на законски решенија, туку бара и практични мерки насочени кон јакнење на институционалната доверба, обезбедување реална поддршка и заштита за укажувачите, како и едукација на јавноста за постојните права и процедури за пријавување.

Конкретно, во однос на довербата во правниот систем и неговата способност да ги заштити пациентите кои пријавуваат корупција, речиси половина од граѓаните (49,6 %) сметаат дека системот не обезбедува соодветна заштита (графикон 24). Нешто помал дел (29,5 %) веруваат дека заштита постои, но само делумно, додека единствено 7,8 % имаат доверба дека пациентите навистина би биле заштитени доколку пријават коруптивно барање. Дел, односно 13,1 % од испитаниците не знаеле да одговорат на ова прашање.

**Графикон 26. Прашање 35. Дали сметате дека правниот систем во РСМ ги заштитува пациентите ако пријават барање за корупција? (n = 1.028)**



Довербата во правниот систем и перцепцијата за неговата способност да ги заштити пациентите што пријавуваат корупција е генерално ниска, но со изразени разлики меѓу оние кои имале и оние кои немале директно искуство со корупција. Две третини од испитаниците што лично се соочиле со побарување поткуп (67,8 %) сметаат дека правниот систем не обезбедува заштита, наспроти 46,9 % од оние кои не се соочиле со такво барање. Единствено 9 % од

граѓаните кои немале искуство со корупција веруваат дека системот навистина ги штити пациентите, додека ниту еден испитаник на кој му била побарана корупција не го дели нивниот став.

Ваквата перцепција може да се објасни како резултат на долгогодишното чувство на неказливост, бавните и неефикасни институционални постапки, како и недостигот од конкретни јавни и видливи примери на санкционирани случаи на корупција. Во македонски контекст, овие наоди ја нагласуваат потребата од суштински реформи во правосудниот систем, јакнење на транспарентноста и воспоставување функционални и доверливи механизми за заштита на пријавувачите на корупција.

### **Спречување и намалување на корупцијата во здравството**

Министерството за здравство има клучна улога во спречувањето и намалувањето на корупцијата во здравствениот систем. Во согласност со Националната стратегија за спречување на корупцијата и судир на интереси, како и со релевантните закони и подзаконски акти, Министерството е обврзано да воспостави системски мерки кои овозможуваат етичко однесување, транспарентност, отчетност и заштита на граѓаните и вработените кои пријавуваат неправилности. Дејствувањето на Министерството опфаќа превентивни активности, меѓуинституционална соработка и ефективно постапување по пријавите за корупција, со цел да се зајакне довербата во здравствениот систем.

Конкретните обврски и мерки што Министерството за здравство треба да ги спроведува во насока на спречување и намалување на корупцијата во здравствениот систем вклучуваат:

- **Спроведување на Националната стратегија за спречување на корупцијата и судир на интереси**
  - Усогласување на политиките, процедурите и интерните акти со Националната стратегија и Акциониот план усвоени од Државната комисија за спречување на корупцијата (ДКСК);
  - Редовно следење и известување за спроведените активности, мерки и постигнати резултати.
- **Внатрешна контрола и етички надзор**
  - Основање и функционирање на **внатрешни комисии за етика и служби за контрола** во сите јавни здравствени установи;
  - Следење и санкционирање на случаи на злоупотреба на службена должност, поткуп и непрофесионално однесување.
- **Имплементација на Законот за заштита на укажувачи**
  - Обезбедување јасни и доверливи канали за пријавување на корупција;

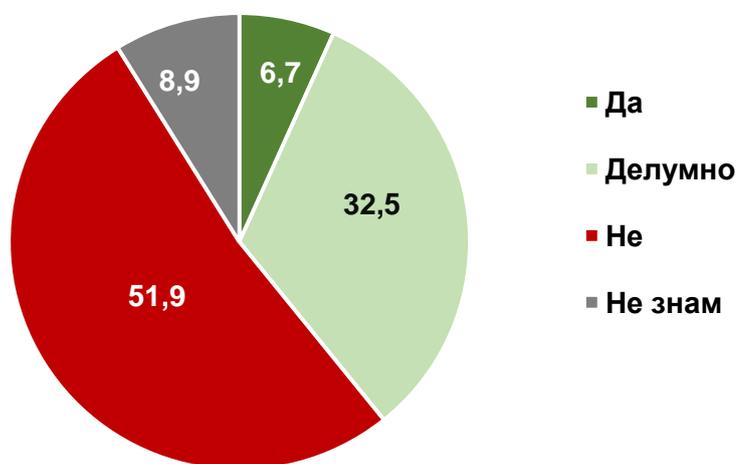
- **Заштита на вработените и на пациентите кои пријавуваат неправилности од одмазда**
- **Транспарентност и отчетност**
  - Објавување на податоци за јавни набавки, вработувања, договори и трошење на јавни средства;
  - **Јавен регистар на донатори и донации** во здравствените установи.
- **Образовни и превентивни програми**
  - Организирање **обуки за антикорупциска етика** за здравствените работници и за административниот кадар;
  - Подигнување на свеста кај граѓаните за нивните права и за постапките за пријавување на корупција.
- **Меѓуинституционална соработка**
  - Соработка со **Државната комисија за спречување на корупцијата (ДКСК)**, Комисија за спречување и заштита од дискриминација (КСЗД), надлежните **јавни обвинителства** и **Министерството за внатрешни работи** за откривање и санкционирање на коруптивни случаи;
  - Координација со Државниот санитарен и здравствен инспекторат и надзорните механизми за спроведувањето на законите.
- **Нормативна и институционална одговорност**
  - Подготовка на измени и дополненија во законите и во подзаконските акти за зголемување на транспарентноста и одговорноста на здравствените институции;
  - Следење на спроведувањето на Законот за здравствена заштита и Законот за јавни набавки во делот на спречување на злоупотреби.
- **Постапување по пријави и санкционирање**
  - Обврска да спроведува истраги и дисциплински постапки против лица вмешани во коруптивни дејствија;
  - Соработка со надлежните органи за казнување и јавно информирање за преземените мерки.

Преземените мерки и обврски од страна на Министерството за здравство се клучни за воспоставување на интегритет и зајакнување на довербата во здравствениот систем. Ефективната имплементација на стратегиите, етичките механизми за надзори, зголемената транспарентност и доследното санкционирањето на коруптивните дејствија не само што ги намалуваат можностите за злоупотреби, туку и го поттикнуваат граѓанското учество и ја зголемуваат подготвеноста за пријавување на неправилности. Во комбинација со континуирани едукативни програми и јасно воспоставени канали за пријавување, овие активности создаваат основа за одржлив систем кој обезбедува квалитетна и правична здравствена заштита. Сепак резултатите од

истражувањето укажуваат дека потребно е да се зголемат напорите од страна на надлежните институции, имајќи предвид дека голем дел од испитаниците сметаат дека постојните превентивни мерки се недоволни.

Повеќе од половина од испитаниците (51,9 %) сметаат дека Министерството за здравство не презема доволно активности за спречување или намалување на корупцијата, додека 32,5 % веруваат дека се преземаат одредени, делумни мерки (графикон 25). Само 6,7 % од граѓаните изразиле уверување дека Министерството за здравство навистина постапува соодветно, додека 8,9 % не знаеле или не можеле да дадат оценка.

**Графикон 27. Прашање 36. Дали мислите дека Министерството за здравство прави доволно за да се спречи/намали корупцијата? (n = 1.028)**



Податоците покажуваат дека перцепцијата за работата на Министерството за здравство во спречувањето на корупцијата е тесно поврзана со подготвеноста на граѓаните да пријават коруптивно однесување. Највисоко ниво на критичност изразуваат токму оние кои изјавиле дека не би ја пријавиле корупцијата — 64,3 % сметаат дека Министерството не прави доволно, што е значително повисок удел во споредба со вкупниот процент на испитаници кои го делат овој став (51,9 %).

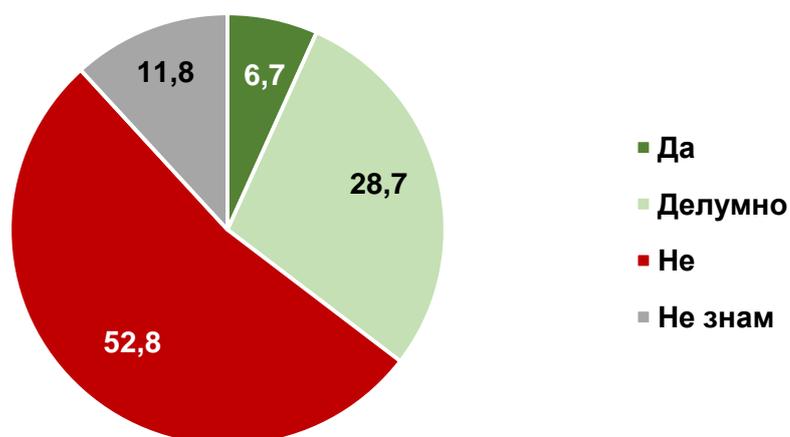
Меѓу испитаниците кои изјавиле дека би пријавиле корупција, речиси половина (46,7 %) исто така сметаат дека Министерството за здравство не прави доволно, но кај оваа група се забележува и повисок процент на граѓани кои сметаат дека Министерството презема барем делумни мерки (36,4 %), како повисоко ниво на оптимизам дека Министерството прави доволно (11,1 %, во споредба со само 5,6 % кај испитаниците кои не би пријавиле корупција. Ова укажува дека довербата во работата и капацитетите на Министерството за здравство директно влијае на подготвеноста за пријавување корупција, односно дека луѓето кои имаат поголема институционална доверба во Министерството се посклони активно да реагираат на корупцијата во здравството.

Од друга страна, граѓаните кои не се сигурни дали би пријавиле корупција најчесто сметаат дека Министерството делумно реагира (34,1 %) или не знаат да дадат оценка (14,6 %), што укажува на општа несигурност и недостаток на информации за постојните механизми за контрола и пријавување. Свкупно, резултатите потврдуваат дека ниската институционална доверба е една од клучните пречки за поактивна и поефективна борба против корупцијата во здравството.

Ова укажува на потреба од појасно изразена политичка волја, спроведување транспарентни и мерливи антикорупциски активности, како и јавно отчетно постапување, со цел да се зајакне довербата на граѓаните во здравствените институции.

Слично како и кај перцепциите за Министерството за здравство, испитаниците изразуваат ниско ниво на доверба и во Фондот за здравствено осигурување кога станува збор за борбата против корупцијата (графикон 26). Повеќе од половина од испитаниците (52,8 %) сметаат дека Фондот не прави доволно за спречување на корупцијата, додека 28,7 % веруваат дека се преземаат делумни, но недоволни мерки. Само 6,7 % од граѓаните изразиле став дека Фондот навистина прави доволно, додека 11,8 % не знаеле или не можеле да дадат оценка. Овие резултати укажуваат на континуирана недоверба во институциите задолжени за управување и контрола на здравствениот систем, како и на перцепција дека нивните активности против корупцијата се ограничени и недоволно видливи.

**Графикон 28. Прашање 37. Дали мислите дека Фондот за здравство прави доволно за да се спречи корупцијата? (n = 1.028)**



Слично како и кај перцепциите за работата на Министерството за здравство, меѓу оние кои изјавиле дека би ја пријавиле корупцијата, половина (47,7 %) сметаат дека Фондот не прави доволно. Сепак повеќе од една третина (32,9 %)

го оценуваат неговото делување како делумно ефективно, додека 10,6 % веруваат дека Фондот навистина презема доволно мерки.

Наспроти тоа, кај оние кои изјавиле дека не би пријавиле корупција, недовербата кон Фондот е значително поголема (63,2 %), а истовремено е понизок уделот на оние што сметаат дека институцијата делумно реагира (24,4 %). Исто како и во претходното прашање, ова укажува дека довербата во институциите е клучен предуслов за активна граѓанска реакција и дека пониската доверба во ефективност на институциите директно се поврзува со помала подготвеност за пријавување.

Јавната доверба во Министерството за здравство и во Фондот за здравство е клучен предуслов за ефективна борба против корупцијата. Недоволната видливост на превентивните мерки и недовербата во институционалната заштита директно ја намалуваат подготвеноста на граѓаните да пријавуваат неправилности. Резултатите недвосмислено ја потврдуваат потребата од засилени, транспарентни и мерливи активности од страна на надлежните институции, како и јавно одговорно постапување, со цел зајакнување на довербата во здравствениот систем и охрабрување на граѓаните за активно учество во спречувањето на корупцијата.

### **Мерки за спречување и намалување на корупцијата во здравството**

Мерките за спречување и намалување на корупцијата во здравството се од суштинско значење за зајакнување на довербата на граѓаните и за обезбедување правичен, еднаков и транспарентен пристап до здравствени услуги. Податоците од истражувањето покажуваат дека граѓаните најчесто ја истакнуваат потребата од посилна институционална контрола, санкционирање на коруптивни дејствија, зголемена транспарентност и анонимен систем за пријавување како клучни мерки (графикон 27). Дополнително, граѓаните истакнуваат дека заштитата на пациентките, особено на жените и девојките, бара конкретни практични решенија, како што се подобрен институционален надзор, можност за присуство на придружник или сведок при користење на здравствени услуги, јасни и јавно достапни ценовници и електронско закажување, како и обуки за интегритет и спречување на сексторцијата (графикон 28). Овие наоди се во согласност со меѓународните студии кои покажуваат дека институционалната контрола, транспарентноста и родово сензитивните политики претставуваат клучни механизми за намалување на корупцијата во здравствениот систем.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup>Vian, Taryn. *Anti-Corruption in the Health Sector: Preventing Abuse, Ensuring Accountability*. Cheltenham: Edward Elgar, 2017.

Голем дел од испитаниците посочија дека постојат големи разлики меѓу здравствените работници во однос на пристапот кон извршувањето на работните задачи и односот со пациентите. Во рамки на фокус-групите беа наведени примери во кои понудениот поткуп бил одбиен, но и ситуации во кои поткупот често се барал како услов за обезбедување на одредена здравствена услуга.<sup>76</sup> Ваквите податоци укажуваат дека личниот интегритет на здравствените работници е важен предуслов за спречување на корупцијата. Ова е во согласност и со меѓународни препораки (Конвенција за борба против корупцијата на Обединетите нации, Организација за економска соработка и развој), кои посочуваат дека е потребно да се работи на воспоставување и унапредување на принципите на интегритет во јавните организации, како и на унапредување на работното опкружување за да се поттикне работна средина во која корупцијата не е прифатлива. Ова е тесно поврзано и со воспоставувањето практики за заштита на укажувачите, односно лицата кои пријавуваат корупција, како и ефективност на репресивните мерки, односно санкции за оние кои бараат или прифаќаат корупција. Според испитаниците, овие мерки недоволно функционираат во државата (за подетални информации за пријавувањето на корупцијата како и проблемите во оваа област видете го делот 4).

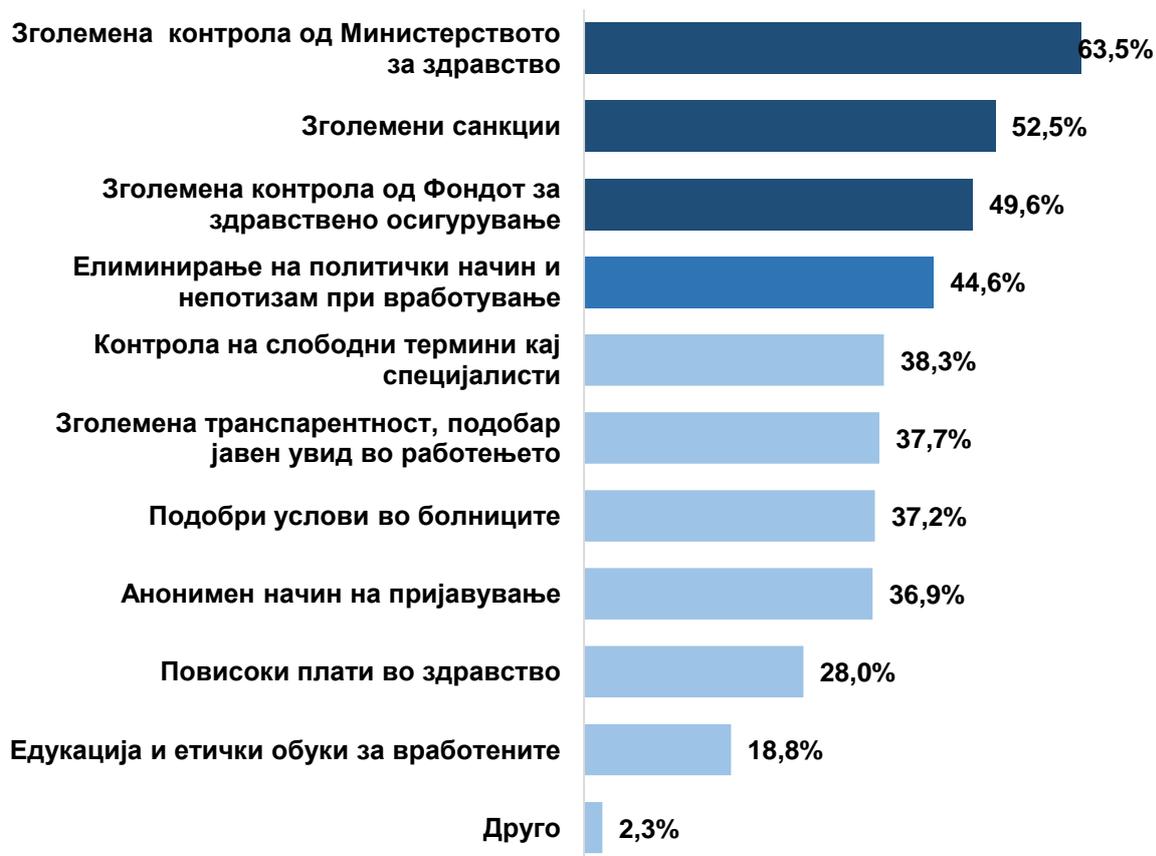
На прашањето кои мерки би придонеле за намалување на корупцијата во здравството, граѓаните најчесто ја посочуваат потребата од посилна институционална контрола и санкционирање на коруптивните практики (графикон 27). Најголем дел од испитаниците (63,5 %) сметаат дека е неопходно Министерството за здравство да ја зголеми контролата, додека 52,5 % бараат построги санкции за коруптивно однесување. Половина од граѓаните (49,6 %) сметаат дека Фондот за здравствено осигурување треба поактивно да ја следи и контролира работата во здравствените установи, додека 44,6 % ја нагласуваат потребата од елиминирање на политички влијанија и непотизам при вработување.

Покрај институционалната контрола, значителен дел од испитаниците сметаат дека до намалување на корупцијата може да се дојде преку поголема транспарентност и јавен увид во работењето на здравствените институции (37,7 %), подобрување на условите во болниците (37,2 %), како и воспоставување на анонимен систем за пријавување на корупција (36,9 %). Повеќе од една четвртина од граѓаните укажуваат и на потребата од повисоки плати во здравството (28 %), а 18,8 % препорачуваат поголем акцент на едукација и етички обуки за здравствените работници. Мал дел (2,3 %) навеле други мерки.

---

<sup>76</sup>Фокус-група Свети Николе.

### Графикон 29. Прашање 38. Наведете што според Вас треба да се преземе за да се намали корупцијата во здравството? (n = 1.028)



Кога се разгледуваат мерките што, според перцепцијата на граѓаните, би можеле најефикасно да ја спречат корупцијата насочена кон жените и девојките во здравството, најчесто се посочуваат потребата од поголема институционална контрола и подобра заштита на пациентките при користење здравствени услуги (графикон 28). Најчесто наведена мерка е подобрен надзор во административните простории на здравствените установи (49 %), проследена со можноста за присуство на придружник или сведок при преглед, каде што е соодветно (44,6 %) и јавни ценовници и електронско закажување (39,1 %), кои се гледаат како конкретни начини за зголемување на транспарентноста и намалување на ризикот од злоупотреби.

Значаен дел од испитаниците ја истакнуваат можноста за избор на пол на давателот на услуга при интимни прегледи (36,1 %) и обуки за интегритет и спречување на сексторцијата (23,5 %), што укажува на потребата од етичко зајакнување на системот и зголемена институционална чувствителност кон родовите прашања и ризици за појава на корупција. Од друга страна, многу мал број испитаници, спонтано, ја навеле потребата од построги контроли, санкции и казни (1,2 %), како и поддршка и заштита за жените кои пријавуваат корупција (0,8 %). Дополнителни 0,9 % предложиле други мерки, додека 5,4 % не знаеле да одговорат. Важно е да се напомене дека дел од наведените одговори (контроли, санкции и заштита при пријавување) биле спонтано наведени,

додека останатите опции беа понудени во анкетата, што го објаснува нискиот процент на нивно споменување.

### Графикон 30. Прашање 39. Кои три мерки според Вас најмногу би ја спречиле корупцијата меѓу жените и девојките? (n = 1.028)



Анализата на податоците според демографските карактеристики на испитаниците покажуваат дека не постои разлика во одговорите помеѓу мажите и жените.

Сепак, во однос на возраста, најголеми разлики се забележуваат кај можноста за избор на пол на давател за интимни прегледи. Оваа мерка ја поддржуваат 47 % од најмладите (18–24 години), наспроти околу 32–36 % кај средните и постарите возрасни групи, што покажува дека помладите жени се посензитивни на ова прашање.

Испитаниците од албанската етничка заедница почесто ја истакнуваат можноста за избор на пол на давателот на услуга (41,1 %) и присуство на придружник/сведок при преглед (51,2 %), што укажува на повисока чувствителност кон прашања од интимен и личен карактер. Наспроти тоа, Македонките почесто ја нагласуваат потребата од подобрен институционален надзор (54,3 %) и јавно достапни ценовници и електронско закажување (41,7 %), што упатува на поголем фокус на транспарентност и системски решенија за спречување на корупцијата.

Најголем дел од овие наоди се потврдуваат и преку фокус-групите. Учесничките едногласно се согласија дека системот на одговорност во здравствените установи не функционира и дека хиерархијата во здравствените институции, особено во болниците е неефикасна. И покрај тоа што постојат формални можности за поднесување претставки, реакцијата на институциите е бавна или воопшто ја нема, што дополнително ја зацврстува недовербата на граѓаните.

Институционалната контрола, санкционирањето, транспарентноста и родово сензитивните мерки се препознаваат како најефективни за намалување на корупцијата во здравството. Иако формално постојат механизми за поднесување претставки, нивната ограничена ефикасност и бавната реакција на институциите ја поттикнуваат недовербата на граѓаните и ја намалуваат нивната подготвеност да пријават неправилности. Овие наоди го потврдуваат значењето на комбиниран пристап кој ќе вклучува системски решенија, јасни процедури и едукативни програми, како и практични мерки за заштита на пациентките, со цел да се создаде здравствен систем со висок степен на интегритет и доверба.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Transparency International. *Global Corruption Report: Health*. London: Routledge, 2017.

## ДЕЛ 6: АНАЛИЗА НА ПРОБЛЕМИТЕ

### Проблеми при користењето здравствени услуги

Наодите од фокус-групите покажуваат дека учесничките најчесто го поврзуваат здравствениот систем со „долги редици“, „чекање“, „недостиг на термини“ и преоптоварени болници. Се нагласува недостатокот на здравствен кадар, особено на специјалисти, што создава притисок и за пациентите и за докторите, при што луѓето често „бараат врски“ за да добијат соодветна и навремена здравствена услуга. Иако постојат поединечни позитивни искуства со матичните лекари, генералниот впечаток е дека без лични контакти тешко се обезбедува здравствена услуга, особено во болниците. Ова го потврдуваат и други истражувања кои укажуваат дека ограничениот пристап до јавни здравствени услуги често го поттикнува неформалното посредување и клиентелизмот.<sup>78</sup>

Една од тенденциите што се забележува преку фокус-групите е дека проблемите со здравството се пошироки и не се сведуваат само на корупција, туку дека многу често немањето соодветни капацитети влијае врз квалитетот и достапноста на здравствените услуги. Голем дел од испитаниците кои побарале здравствени услуги за себе или за блиско лице, посочија проблеми поврзани со недостиг на капацитети во болниците. На пример, еден испитаник посочи дека од страна на службата за Итна помош им било кажано дека блиско лице треба да се пренесе во болница во Скопје за понатамошен третман, но дека не им бил обезбеден болнички превоз, односно им било кажано „снајдете се“. Испитаниците посочија и други случаи поврзани со недостиг на капацитети, вклучително и недостаток на персонал и опрема, како и долг период за чекање и во случаи кога итни операции се потребни. Овие состојби често резултираат со обраќање кон приватни здравствени установи, со цел побрзо добивање на потребната здравствена услуга, или со давање поткуп, бидејќи услугата - најчесто операција - не може да се обезбеди додека истиот не се даде:

---

*„Бев со девојчето, проблем со синусите. Отидов во Штип на доктор, но болничарот вика нема пижами нема чисти чаршави, отидомо во продавница купивме, кревет немало, син ми се симна од чаршија ја напуни торбата кафе, сокови, чоколадни бонбони на болничарот и нови пижами и чисти чаршави и мене ме оставија да седам цела ноќ во болница. И го оставија утрето на операција девојчето. Потоа два ноќа бев со девојчето, ништо не платив.“*

---

<sup>78</sup>Vian, Taryn. 2008. “Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods, and Interventions.” *Health Policy and Planning* 23 (2): 83–94; Transparency International. 2013. *Global Corruption Report: Education and Health*. London: Routledge.

Ова го потврдува моделот на т.н. „системска корупција“ во здравството, каде структурните слабости и недоволната транспарентност создаваат услови за неформални плаќања.<sup>79</sup>

Идентификуваните проблеми во фокус-групите укажуваат на системски слабости кои директно се поврзани со недостатоци во управувањето со јавните набавки и со зголемен ризик од коруптивни практики. Недостигот на основен потрошен материјал, како болнички пижами, чаршафи, средства за хигиена или медицинска опрема, како и хроничната недостапност на специјалисти, создаваат услови во кои пациентите се принудени да ги надоместуваат празнините со лични средства или со неформални плаќања. Овие ситуации често се јавуваат во контекст каде што јавните набавки не се спроведуваат навремено, не се планираат врз основа на реални потреби или се спроведуваат на начин што остава простор за фаворизирање, клиентелизам или ненаменско трошење.

Кога недостига материјална опрема што вообичаено треба да биде обезбедена преку централизиран или децентрализиран систем на јавни набавки, пациентите добиваат порака дека „државата не може да обезбеди“, што дополнително ги охрабрува паралелните механизми на снаоѓање. Во таков контекст, неформалните подароци, поткупите или директното купување материјали од страна на пациентите стануваат инструмент за обезбедување пристап до здравствената услуга. Примерите наведени од учесниците, каде семејствата носат сопствени чаршафи, пижами или пакување кафе и сокови за болничарите, ја потврдуваат оваа состојба. Овие појави укажуваат дека корупцијата не се јавува исклучиво како индивидуално однесување, туку како последица на структурни дефицити и недоволна транспарентност во функционирање на системот.

Во ситуации кога јавните набавки се спроведуваат со доцнење, без соодветна контрола за реализација или со ограничена конкуренција, здравствените установи често остануваат без минимални количини на неопходниот материјал. Ова создава дополнителен притисок врз медицинскиот персонал, кој во услови на недостиг на ресурси станува посредник меѓу пациентите и здравствената услуга. Таквата посредничка улога, намерно или ненамерно, го зголемува ризикот од корупција, бидејќи моќта да се одлучува кој ќе добие услуга и колку брзо се префрла од институционални процедури кон индивидуални договори и лични влијанија.

---

<sup>79</sup>Transparency International. 2013. *Global Corruption Report: Education and Health*. London: Routledge.

Јавните набавки во здравствениот сектор претставуваат една од најранливите точки за корупција, што се потврдува и преку наодите од фокус-групите. Испитаниците укажуваат дека недостигот на материјални ресурси, опрема и специјалисти создава услови во кои пациентите се принудени да користат лични врски или да обезбедуваат неформални плаќања за да добијат навремен пристап до здравствени услуги. Овие практики не се изолирани индивидуални случаи, туку резултат на системски слабости кои се поврзани со неефикасно управување со јавните набавки.

Истражувањата потврдуваат дека корупцијата во здравствените набавки најчесто се манифестира преку плаќање поткуп, колузија<sup>80</sup> и фаворизирање на одредени добавувачи, што директно влијае врз квалитетот и достапноста на здравствените услуги.<sup>81</sup> Од друга страна, кризни ситуации, како COVID-19, дополнително ја зголемуваат можноста за корупција при набавките, бидејќи итноста на обезбедување материјали создава услови за нерегуларности и фаворизирање.<sup>82</sup> Анализите на практики во земјите на Централна и на Источна Европа покажуваат дека ограничената конкуренција и недоволната контрола овозможуваат нетранспарентни и неефикасни тендерски постапки, со што се зголемува ризикот од колузија и фаворизирање.<sup>83</sup> Овие студии придонесуваат за подобро разбирање на состојбите во Република Северна Македонија, каде пациентите се соочуваат со ситуации во кои се принудени да носат сопствени болнички материјали или да користат лични врски за да добијат соодветна здравствена услуга. Недостатокот на капацитети и на транспарентност во јавните набавки ја поттикнува нормализацијата на корупцијата, при што здравствената услуга се трансформира од право на граѓаните во трансакција зависна од лични ресурси, влијание или познанства.

Истражувањата сугерираат дека решението не се состои само во санкционирање на поединечни случаи, туку реформа на планирањето, транспарентноста и надзорот на јавните набавки, како и во обезбедување стабилни кадровски и материјални капацитети во здравствените установи.<sup>84</sup> Мерки, како централизирани и транспарентни набавки, јавни тендери со

---

<sup>80</sup>Во економијата, **колузијата** претставува **таен договор меѓу конкурентски компании** со цел да се ограничи конкуренцијата и да се манипулира пазарот за заедничка корист. Ова најчесто се постигнува преку **договори за фиксни цени, поделба на пазари или ограничување на производството**, при што компаниите дејствуваа како **монопол на штета на потрошувачите**. Ваквите практики вообичаено се незаконски и забранети со законите за заштита на конкуренцијата.

<sup>81</sup>Schipperges, Johannes, Matthias Groh, и Eva Reiter. 2017. „Corruption in Health Care Systems: Mechanisms, Effects, and Preventive Measures.“ *BMC Health Services Research* 17, no. 1: 735.

<sup>82</sup>Bowra, Ankita, Daniel S. M. Bowles, и Lucy K. Manzi. 2023. „Corruption in Health Sector Procurement: Lessons from COVID-19.“ *Health Policy and Planning* 38, no. 2: 123–136.

<sup>83</sup> MDPI. 2020. „Transparency and Corruption Risks in Public Health Procurement: Evidence from Central and Eastern Europe.“ *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 12: 4456.

<sup>84</sup>Bowra, Ankita, Daniel S. M. Bowles, и Lucy K. Manzi. 2023. „Corruption in Health Sector Procurement: Lessons from COVID-19.“ *Health Policy and Planning* 38, no. 2: 123–136; Schipperges, Johannes, Matthias Groh, и Eva Reiter. 2017. „Corruption in Health Care Systems: Mechanisms, Effects, and Preventive Measures.“ *BMC Health Services Research* 17, no. 1: 735.

доволна конкуренција, објавување на договорите и анексите на договорите како и ревизија на тоа дали истите се адекватни, се дел од меѓународните препораки за намалување на ризикот од корупција. Овие механизми не само што ја зголемуваат транспарентноста и отчетноста, туку создаваат и услови за еднаков пристап до здравствените услуги, што директно придонесува кон зајакнување на довербата на граѓаните во институциите.

Од примерите наведени во фокус-групите се гледа дека недостигот на основен материјал како болнички пижами, чаршафи, средства за хигиена или медицинска опрема ги принудува пациентите да ги надоместуваат празнините со лични средства или со неформални плаќања. Овие ситуации, според литературата, се типичен пример за тоа како структурните дефицити во здравствениот систем создаваат услови за корупција.<sup>85</sup> Испитаниците дополнително укажуваат дека јавните набавки често се спроведуваат со доцнење, без планирање врз основа на реалните потреби, или на начин кој остава простор за фаворизирање, клиентелизам или ненаменско трошење, што ја потврдува тезата дека корупцијата во здравството не е само индивидуален проблем, туку системски феномен.

Во целина, наодите од ова истражување ја нагласуваат потребата од интегриран пристап во борбата против корупцијата, кој вклучува системски реформи во јавните набавки, подобрување на кадровските и на материјалните капацитети, како и развивање на механизми за транспарентност и отчетност. Ваквиот пристап ќе создаде услови во кои пациентите ќе имаат еднаков пристап до здравствените услуги и ќе ја намали потребата од користење на врски или неформални плаќања, со што директно ќе се зајакне довербата на граѓаните во здравствениот систем.

Недостатокот на капацитети, недостигот на опрема и долгиот период на чекање за интервенции, вклучително и итни операции, дополнително ги туркаат пациентите кон приватниот сектор, што создава длабока нерамнотежа и ја намалува довербата во јавните болници. Во вакви околности, неформалните плаќања или обраќањето до приватни здравствени институции се гледаат како единствен начин да се обезбеди брза и навремена услуга. Тоа го трансформира пристапот до здравствена заштита од право на граѓаните во трансакција зависна од лични ресурси, влијание или познанства.

Наодите од фокус-групите затоа не ги идентификуваат само непосредните проблеми на пациентите, туку и индиректно укажуваат на длабоки структурни недостатоци во системот на јавни набавки и управување со ресурси. Овие слабости создаваат услови во кои корупцијата се нормализира, а здравствената услуга зависи од фактори надвор од формалните правила. Искуствата на учесниците покажуваат дека решавањето на корупцијата не може да се сведе само на санкционирање на поединечни случаи, туку бара суштинска реформа

---

<sup>85</sup>Schipperges, Johannes, Matthias Groh, и Eva Reiter. 2017. „Corruption in Health Care Systems: Mechanisms, Effects, and Preventive Measures.“ *BMC Health Services Research* 17, no. 1: 735.

на планирањето, транспарентноста, надзорот и отчетноста на јавните набавки, како и обезбедување стабилни кадровски и материјални капацитети во здравствените установи.

## ЗАКЛУЧОК

Резултатите од националното репрезентативно истражување, спроведено на примерок од 1.040 полнолетни испитаници преку CATI-анкета и дополнето со шест фокус-групи во Прилеп, Битола, Штип, Свети Николе, Куманово и Тетово, покажуваат дека корупцијата во здравствениот систем се перципира како широко распространет и системски проблем, кој влијае на значителен дел од граѓаните. Истовремено, 88,8 % од граѓаните користеле здравствени услуги во последните 12 месеци, што укажува дека речиси целото население е директно изложено на функционирањето на системот и на потенцијалните коруптивни ризици.

Иако мнозинството испитаници (93,8 %) изјавиле дека лично не понудиле корупција, а 89,7 % дека од нив не била побарана корупција, сепак 4,1 % признале дека понудиле, а 6,5 % дека им била побарана корупција. Разликите се изразени кај одредени групи: етничките Албанци почесто пријавуваат побарување корупција (11,3 % наспроти 4,7 % кај етничките Македонци), како и жителите на руралните средини (8,2 % наспроти 5,4 % во урбани средини). Лицата со пониско образование почесто пријавуваат дека понудиле корупција (7,1 %) во споредба со оние со високо образование (1,8 %). Овие податоци укажуваат дека корупцијата има изразена социјална и територијална димензија.

Според перцепцијата на испитаниците, најчесто станува збор за корупција која овозможува побрз пристап до специјализирани здравствени услуги, болнички кревет или операција без чекање. Кај лицата што имале директно искуство со корупција, најчест облик бил паричен надомест (62,7 %), потоа подарок пред обезбедување услуга (20,3 %) и упатување кон приватна установа или купување специфични лекови (13,6 %). Корупцијата најчесто се јавува кај доктори специјалисти (74,6 %), при специјалистички прегледи (59,3 %), операции (33,9 %) и болничко лекување (32,2 %), односно токму таму каде што услугите се дефицитарни и листите на чекање подолги. Во 61 % од случаите поткуп бил побаран или понуден пред обезбедување на услугата, што укажува дека корупцијата функционира како предуслов за пристап.

Иако 59,3 % од оние што дале поткуп ја добиле ветената услуга, 23,7 % ја добиле само делумно, а 15,3 % воопшто не ја добиле, покажува дека овие практики се не само незаконски, туку и непредвидливи. Кај оние што одбиле да дадат поткуп, 31,4 % биле принудени да побараат услуга во приватна установа, 15,7 % целосно се откажале, а 9,8 % ја одложиле потребната здравствена интервенција. Овие наоди упатуваат дека недавањето поткуп често резултира со реални ограничувања во пристапот и дополнителен финансиски товар.

Квалитативните наоди дополнително покажуваат дека користењето „врски“, подароци и неформални плаќања е длабоко нормализирано и често не се препознава како корупција, туку како „снаоѓање“ или гест на благодарност. Ова создава замаглена граница меѓу културни практики и коруптивно однесување и

ја отежнува борбата против корупцијата. Разликите меѓу анкетата и фокус-групите укажуваат дека ваквите неформални практики се почести отколку што покажуваат формалните пријави.

Демографските податоци покажуваат дека чувствителноста кон одредени мерки варира според возраст, етничка припадност и место на живеење. На пример, помладите жени и припадниците на албанската етничка заедница посилно ја поддржуваат можноста за избор на пол на давател на услуга и присуство на придружник, што укажува на повисока свест и загриженост за родово чувствителни аспекти на здравствените услуги. Демографската и родовата анализа исто така покажува дека корупцијата во здравството не ги погодува сите граѓани подеднакво и дека жените се соочуваат со специфични и дополнителни ризици при користење на здравствените услуги. Жените имаат почести и поконтинуирани контакти со здравствениот систем, особено преку гинеколошко-акушерските услуги, што ја зголемува нивната изложеност на потенцијални коруптивни практики. Истражувањето покажува дека 25,3 % од жените пријавиле коруптивно искуство токму при користење на гинеколошко-акушерска здравствена заштита (21,9 % при гинеколошки услуги и 3,4 % при услуги поврзани со бременост и породување), што укажува дека овие услуги претставуваат особено ранлив сегмент на системот. Дополнително, значително поголем дел од жените во споредба со мажите изјавуваат дека полот на здравствениот работник влијае врз нивното чувство на безбедност и достоинство (24,1 % наспроти 8,7 %), при што ова чувство е најизразено кај помладите жени. Иако бројот на случаи на побарување на интимни или сексуални услуги (сексторција) е мал, тие се значајни за анализа бидејќи укажуваат на постоење на ретко пријавен, но сериозен феномен, кој го одразува глобалниот тренд на недоволно пријавена корупција во јавните услуги. Испитаниците во фокус-групите ја нагласуваат културната бариера на срам, страв и самообвинување, која го спречува пријавувањето и ја зајакнува недовербата кон здравствениот систем.

Податоците исто така укажуваат дека граѓаните имаат ниско ниво на доверба во институциите надлежни за контрола на корупцијата во здравството, како Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување. Повеќе од половина од испитаниците сметаат дека Министерството и Фондот не преземаат доволно мерки за спречување на корупција, додека релативно мал процент верува дека нивното постапување е навистина ефективно. Довербата во институциите се покажа како клучен фактор за подготвеноста на граѓаните да пријават корупција: оние кои сметаат дека институциите не прават доволно се понепоготвени да реагираат, додека оние со повисоко ниво на доверба се подготвени да пријават неправилности.

Граѓаните идентификуваат повеќе мерки за намалување на корупцијата, со акцент на зајакнување на институционална контрола, санкционирање на коруптивните практики, поголема транспарентност и јавен увид во работењето, како и воспоставување на анонимен систем за пријавување. Кога станува збор

за жените, посебно значајни се мерките за заштита при користење на здравствени услуги, вклучително подобрен надзор, присуство на придружник или сведок при преглед, можност за избор на пол на давател на услуга, јасни ценовници и електронско закажување. Овие мерки укажуваат на потребата од комбиниран пристап кој ги интегрира институционалните, административните и етичките механизми за намалување на корупцијата.

Севкупно, анализата покажува дека граѓаните ја перципираат корупцијата во здравството како сериозен и системски проблем, кој е поддржан од недоволна институционална контрола и ограничена транспарентност. Ефективната превенција бара комбинирани мерки: засилена контрола и санкции, транспарентност, јасни механизми за пријавување и етичко образование на здравствените работници, особено за заштита на жените и девојките. Истражувањето исто така укажува дека зголемувањето на довербата во институциите е предуслов за активна граѓанска реакција против корупцијата.



# НАМАЛУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО

ПАРТНЕРИ  
ВО ПРОЕКТОТ



France 



Проектот „Посилен систем за поправедна заштита: Намалување на корупцијата во здравството“ го спроведува Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ECE, со поддршка од Expertise France преку Agence française de développement.

Содржината презентирана во овој документ е исклучива одговорност на Здружението ECE и партнерските организации, и на никаков начин не може да се смета дека истиот ги одразува ставовите на Expertise France и на Agence française de développement.