

КОРУПЦИЈА ВО ЗДРАВСТВОТО

КОРУПЦИЈАТА ОДВНАТРЕ И ОДНАДВОР

СОГЛЕДУВАЊА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ И
СОРАБОТНИЦИ ЗА КОРУПЦИЈАТА ВО УСЛУГИТЕ,
ВРАБОТУВАЊЕТО, УНАПРЕДУВАЊАТА И ЈАВНИТЕ НАБАВКИ



Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ECE 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 ECE 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 на јавните политики на национално, регионално и меѓународно ниво. Преку подготовка на анализи, препораки и „извештаи во сенка“, ECE 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 – ECE.

За дополнителни информации обратете се на:

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ECE
ул. „Максим Горки“ бр. 20-1/4, Скопје
Тел. 389 2 3298 295
www.esem.org.mk

Овој документ е изготвен со финансиска поддршка од Agence Française de Développement и Expertise France. Содржината на овој документ е исклучива одговорност на Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените - ECE и под никакви околности не може да се смета дека ги одразува ставовите на Agence française de développement и Expertise France.

© ECE 2026. Сите права се задржани.

СОДРЖИНА

ВОВЕД	4
МЕТОДОЛОГИЈА	5
АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО	7
ДЕЛ 1 - ИСКУСТВА, ПЕРЦЕПЦИИ И РЕАКЦИИ ПОВРЗАНИ СО КОРУПЦИЈАТА.....	10
1.1. ИСКУСТВА	10
НУДЕЊЕ И БАРАЊЕ КОРУПЦИЈА.....	14
КАКВА КОРУПЦИЈА СЕ БАРА, ЗА ШТО, ОД КОЈ И КОГА?	15
РИЗИЧНИ ТОЧКИ ЗА НЕФОРМАЛНИ ПЛАЌАЊА И „ПОДАРОЦИ“	19
СЕКТОРЦИЈАТА КАКО ОБЛИК НА КОРУПЦИЈА	22
1.2. РЕАКЦИЈА И ПРИЈАВУВАЊЕ.....	28
1.3. ПОЗНАВАЊА И ПЕРЦЕПЦИИ	32
ОПШТИ СОГЛЕДУВАЊА.....	35
ПОСЛЕДИЦИ ОД КОРУПЦИЈАТА	40
РОДОВИ АСПЕКТИ	43
МЕРКИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈАТА.....	47
1.4. ПЕРСПЕКТИВА НА РАКОВОДИТЕЛИТЕ НА ЈАВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ ЗА КОРУПЦИЈАТА И ИНСТИТУЦИОНАЛНАТА РЕАКЦИЈА	49
1.5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА	51
ДЕЛ 2 - ОРГАНИЗАЦИСКАТА КУЛТУРА, ПОЛИТИКИ И МЕХАНИЗМИ КАКО ФАКТОРИ ЗА КОРУПЦИЈА ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ	55
2.1. СОГЛЕДУВАЊА ЗА КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО И ОДГОВОРОТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ.....	55
2.2. ОРГАНИЗАЦИСКА КУЛТУРА, ИНСТИТУЦИОНАЛНИ МЕХАНИЗМИ И ПОДГОТВЕНОСТ ЗА ПРИЈАВУВАЊЕ КОРУПЦИЈА.....	63
2.3. ПЕРСПЕКТИВА НА РАКОВОДНИТЕ СТРУКТУРИ И ИНСТИТУЦИОНАЛНИТЕ ОГРАНИЧУВАЊА	75
2.4. СЕКТОРЦИЈА И ЗЛОУПОТРЕБА НА МОЌ ВО РАБОТНАТА СРЕДИНА.....	77
2.5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА.....	82

ВОВЕД

Овој извештај е подготвен во рамките на проектот „Посилен систем за поправедна заштита: Намалување 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, насочени кон запознавање со правата од здравствената заштита и јакнење на капацитетите за препознавање и пријавување корупција. Паралелно, проектот опфаќа и обуки за здравствени работници, медиумско застапување и предлог-реформи на политики со цел долготрајно системско влијание.

Овој извештај се заснова на анализа на податоци од истражување со здравствени работници и соработници кои работат во гинеколошко-акушерската здравствена заштита на целата територија на Република Северна Македонија, како и на полуструктурирани интервјуа со раководители од јавни здравствени установи во кои се обезбедува овој вид на здравствена заштита. Истражувањето овозможува анализата да се прошири од прашањето „дали има корупција“ кон тоа каде и како се манифестира и под кои услови опстојува, од перспектива на оние што ја обезбедуваат услугата.

Овој извештај има за цел не само да ги прикаже клучните наоди, туку и да придонесе за подлабоко разбирање на механизмите преку кои корупцијата се одржува „одвнатре“, преку комбинација од структурни слабости, „нормализирани“ практики и недоволно доверливи механизми за реакција и пријавување. Анализата укажува дека корупцијата се засилува во услови на тесни грла во пристапот, недостиг на ресурси и асиметрија на моќ, при што ниската стапка на пријавување и недовербата во институционалниот одговор создаваат култура на молчење. Во таа смисла, извештајот претставува основа за информирање креирање политики и институционални реформи што треба да одат подалеку од поединечни санкции и да се насочат кон системски мерки за транспарентност и отчетност, безбедни механизми за пријавување и јакнење на правичноста и на довербата во здравствениот систем.

МЕТОДОЛОГИЈА

Во рамките на проектот „Посилен систем за поправедна заштита: Намалување на корупцијата во здравството“, беше спроведено истражување со комбиниран пристап, кое опфати квантитативно истражување помеѓу здравствени работници и соработници што работат во гинеколошко-акушерската здравствена заштита, дополнето со квалитативен елемент преку полуструктурирани интервјуа со раководители од јавни здравствени установи. Целта на истражувањето е да се обезбедат релевантни податоци за перцепциите, искуствата и практиките поврзани со корупцијата во овој сегмент на здравствената заштита, вклучително и сведочењето и пријавувањето на коруптивни случаи, организациската култура и постојните механизми за спречување на корупција, како и појави поврзани со сексторција. На тој начин, комбинираниот пристап овозможи квантитативните наоди да се надополнат со контекстуални објаснувања од перспектива на раководниот кадар и да се идентификуваат клучните точки за интервенции и препораки. Дел од активностите поврзани со подготовката на прашалникот и прибирањето податоци се реализираа во рамки на претходно договорена соработка со Македонската асоцијација на гинеколози и акушери (МАГО).

Квантитативно истражување помеѓу здравствени работници и соработници

Во периодот од 16-ти ноември до 23-ти декември 2025 година, беше спроведено квантитативно истражување со здравствени работници и соработници кои работат во гинеколошко-акушерската дејност.

Целта на истражувањето беше да се обезбедат релевантни податоци од здравствените работници и соработници за нивните перцепции, искуства и практики поврзани со корупцијата, вклучително и пријавувањето и сведочењето на коруптивни случаи, како и појави поврзани со сексторција врз пациенти. Истражувањето ги опфати и ставовите за организациската култура, внатрешните коруптивни практики и постојните антикорупциски механизми, како и перцепциите за последиците од корупцијата и можните решенија за нејзино намалување.

Истражувањето беше спроведено преку микс методологија, односно преку: телефонска анкета со компјутерска асистенција (CATI), теренска лице-в-лице анкета (CAPI) и онлајн анкета на примерок од 410 здравствени работници и соработници кои работат во гинеколошко-акушерската здравствена заштита на територија на Република Северна Македонија.

Прашалникот се состоеше од 58 главни прашања, како и сет на демографски прашања и прашања за работниот профил на испитаниците.

Онлајн анкетањето беше спроведено на Kobo Toolbox платформата, додека ТИМ Институт го програмираше прашалникот за телефонското и за теренското истражување 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
- можност за експорт на базата на податоци во Excel и во SPSS-формат

Овие функционалности обезбедија контрола на квалитетот во реално време, минимизирање на човечките грешки и почитување на утврдените истражувачки стандарди.

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

Полуструктурирани интервјуа со раководители

Во периодот од 30-ти декември до 9-ти јануари 2025 година, беше спроведено квалитативно истражување, кое се состоеше од серија на длабински интервјуа со директори и раководители на оддели во јавни здравствени установи каде што се обезбедува гинеколошко-акушерска здравствена заштита во Република Северна Македонија.

Целта на интервјуата беше подобро разбирање за тоа како корупцијата во здравствениот систем влијае врз пристапот до здравствени услуги, особено за жените, вклучувајќи и подобро разбирање на сексуалната експлоатација (сексторција) како вид на корупција, како и општите проблеми со корупцијата при користење на гинеколошко-акушерските здравствени услуги.

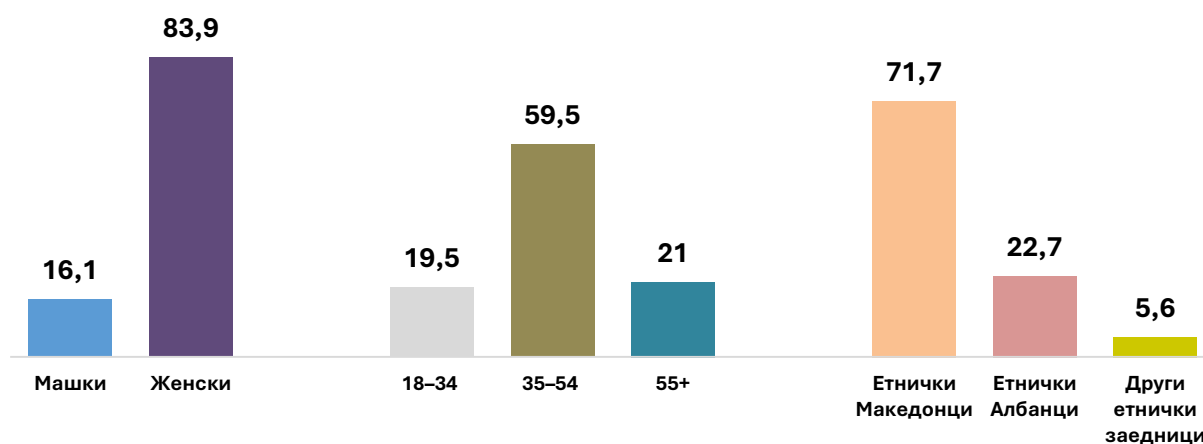
Истражувањето беше спроведено преку телефонско интервју со полуструктуриран прашалник кој се состоеше од 9 главни прашања, во чии рамки имаше неколку потпрашања со цел да се добијат подетални информации поврзани со темата, предмет на истражувањето.

Истражувањето беше спроведено на вкупно 21 директор или раководител на оддел во јавните здравствени установи каде што се обезбедува гинеколошко-акушерска здравствена заштита низ целата територија на Република Северна Македонија.

АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

ДЕМОГРАФСКА СТРУКТУРА И РАБОТЕН ПРОФИЛ НА ИСПИТАНИЦИТЕ

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

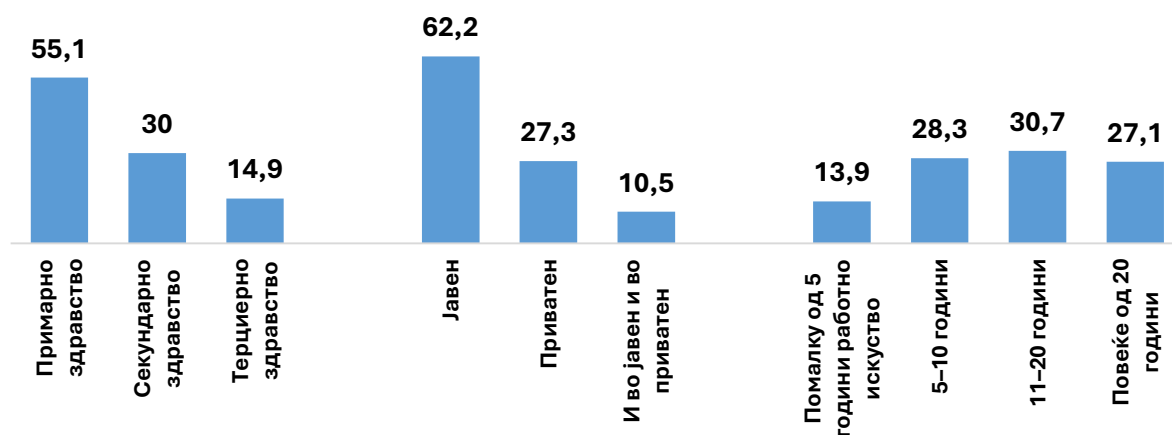


Демографската структура на испитаниците покажува дека жените здравствени работници и соработници сочинуваат 83,9 % од примерокот, наспроти 16,1 % мажи здравствени работници и соработници.

Во однос на возраста, најголем дел од испитаниците припаѓаат на возрасната група (35–54 години) - 59,5 %, 19,5 % се испитаници на возраст 18–34 години, додека 21 % се на возраст 55 години и повеќе.

Етничката структура покажува дека од испитаниците, речиси 72 % се етнички Македонци, 22,7 % се етнички Албанци, додека 5,6 % припаѓаат на други етнички заедници.

Графикон 2. Дистрибуција според ниво на здравствена заштита, сектор и работно искуство во здравството

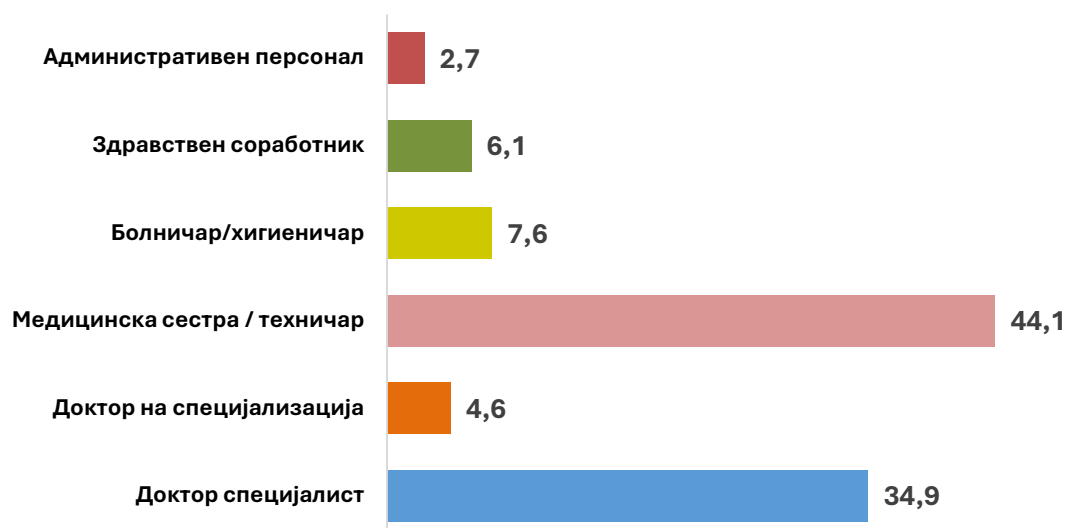


Податоците покажуваат дека најголем дел од испитаниците работат во примарното здравство (55,1 %), по што следуваат оние од секундарното здравство (30,0 %), додека 14,9 % се ангажирани во терцијарното здравство.

Во однос на секторот во кој работат, 62,2 % од испитаниците работат во јавни здравствени установи, 27,3 % во приватни, додека 10,5 % имаат искуство и во јавниот и во приватниот сектор.

Што се однесува до работното искуство, примерокот е составен претежно од искусен здравствен кадар. Најголем дел од испитаниците имаат 11–20 години работно искуство (30,7 %), по што следуваат оние со 5–10 години (28,3 %) и повеќе од 20 години искуство (27,1 %). Единствено 13,9 % од испитаниците имаат помалку од 5 години работно искуство.

Графикон 3. Дистрибуција според професионална улога



Професионалната распределба на испитаниците покажува дека најголем дел од испитаниците се медицински сестри и техничари (44,1 %), следуваат докторите специјалисти (34,9 %), кои имаат значајна одлучувачка улога во дијагностиката и третманот, а со тоа и во потенцијалните точки на ризик за корупција. Докторите на специјализација се застапени со 4,6 %, што овозможува и увид во перспективата на помладиот лекарски кадар.

Помал дел од примерокот го сочинуваат болничари и хигиеничари (7,6 %), како и здравствени соработници (6,1 %), додека административниот персонал (2,7 %) е најмалку застапен.

Податоците за личните месечни примања покажуваат дека повеќе од половина од испитаниците (54,4 %) изјавуваат дека имаат примања во износ од 30.000 до

50.000 денари. Дополнително, 9,3 % од испитаниците имаат примања под 30.000 денари.

20,2 % од испитаниците остваруваат месечни примања од 50.001 до 75.000 денари, додека 11,0 % примања од 75.001 до 100.000 денари. Единствено 4,1 % пријавуваат приходи од 100.001 до 130.000 денари, додека уделот на испитаници со примања над 130.000 денари е занемарлив (помалку од 1 %).

Збирно гледано, над 63 % од испитаниците имаат месечни примања до 50.000 денари, а повеќе од 83 % до 75.000 денари.

Во однос на професионалната улога, речиси 87 % од докторите специјалисти изјавуваат дека износот на нивните лични примања е над 50.000 денари, додека на 93,3 % од медицинските сестри и техничари месечните примања се под 50.000 денари.

Географската распределба на испитаниците покажува концентрација во Скопскиот Регион, од каде што доаѓаат 46,1 % од испитаниците. Ова е очекувано, имајќи предвид дека во Скопје е концентриран најголемиот број здравствени установи, специјализирани клиници и здравствен кадар на национално ниво. Останатите испитаници се релативно рамномерно распределени низ другите статистички региони во земјата. Најголем удел, не земајќи го предвид Скопскиот Регион има Полошкиот Регион (10,5 %), по што следуваат Вардарскиот (9,5 %) и Североисточниот Регион (9,3 %). Пелагонискиот Регион е застапен со 7,8 %, додека Источниот Регион учествува со 7,3 % од примерокот.

Помали удели на испитаници доаѓаат од Југоисточниот Регион (4,9 %) и од Југозападниот Регион (4,6 %), но сепак е обезбедено присуство на ставови и на искуства и од овие делови на државата.

ДЕЛ 1 - ИСКУСТВА, ПЕРЦЕПЦИИ И РЕАКЦИИ ПОВРЗАНИ СО КОРУПЦИЈАТА

1.1. ИСКУСТВА

Корупцијата во здравството не претставува изолиран феномен, туку е тесно поврзана со поширокиот институционален контекст и општото ниво на корупција во државата. Перцепцијата за корупција во здравствениот сектор е во директна корелација со перцепцијата за корупција во државата во целина, што укажува дека состојбите во здравството ги рефлектираат пошироките системски динамики (European Commission & Ecorys, 2017¹. Имено Специјалниот Евробарометар 397 покажува дека корупцијата воопшто во државата и корупцијата во здравството се во директна корелација (European commission and Ecorys, 2017)². Оттука, корупцијата во здравството треба да се разбере како дел од поширокиот институционален контекст и управувачки практики, а не како изолиран феномен на поединечни установи или актери.

Корупцијата на ниво на обезбедување на здравствени услуги (во интеракцијата здравствен работник – пациент/ка) се присутни насекаде во светот, широкораспространети се и во богати и во сиромашни земји и се забележуваат и во приватни и во јавни здравствени установи. Истражувањето спроведено на глобално ниво во 107 држави покажало дека 17 % од сите корисници на здравствени услуги „дале поткуп во која било форма“ во текот на минатата година (Transparency International, 2019)³.

Корупцијата во здравствената заштита е присутна во сите држави, меѓутоа претставува особено критичен проблем во земјите во развој и во економиите во транзиција, каде што јавните ресурси и онака се веќе ограничени. Во овие држави корупцијата го намалува квалитетот на здравствената заштита, ја нарушува еднаквоста во пристапот, и негативно влијае врз ефективноста на здравствените услуги. Воедно, корупцијата ги обесхрабува граѓаните да користат здравствени услуги, бидејќи треба да плаќаат за истите, што води кон нарушување на квалитетот на здравјето на населението (U4 Anti-corruption resource center, 2006)⁴.

Корупцијата на ниво на обезбедувањето на здравствени услуги опфаќа широк спектар на практики, вклучувајќи ги неформалните плаќања и подароци, упатувања на прегледи мотивирани од финансиска корист, спроведување непотребни процедури (вклучително и операции), наплата на превисоки цени,

¹ European Commission, Ecorys. Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector – Final Report. 2017. стр. 10.

² Ибид. стр. 10.

³ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens

Universal Health Coverage. 2019, стр. 9.

⁴ U4 Anti-corruption resource center. Corruption in the health sector. U4 ISSUE 1:2006. 2006. стр. 3.

обезбедување услуги со понизок квалитет и останати форми (Transparency International, 2019)⁵.

Како најчести форми на корупција на ниво на обезбедување здравствени услуги, во литературата се наведуваат неформалните плаќања и фаворизирањето односно „врските“ (Transparency International, 2019)⁶, како и двојната пракса на здравствените работници, проследена со пренасочување на пациентите од јавното во приватното здравство за остварување на лична корист (Sommersguter-Reichmann, Reichmann, 2024).⁷

Литературата упатува дека коруптивните практики на местото на услугата имаат двонасочен карактер, односно можат да бидат иницирани и од пациенти и од здравствени работници, во зависност од контекстот и од односот на моќ (Gonzalez-Aquines, 2021)⁸.

Воедно коруптивните практики најчесто се со цел да се обезбеди пристап до здравствена заштита, подобар третман, подобар квалитет на здравствените услуги, како и издавање на лажни документи за боледување (Alejandro Gonzalez-Aquines, 2021)⁹.

Корупцијата во мајчината и перинаталната здравствена заштита, конкретно во гинеколошко-акушерската здравствена заштита, може да влијае негативно врз здравјето на мајката и детето преку повеќе механизми: намалување на квалитетот на услугите, одвраќање на бремените жени со ниски приходи од редовни контроли и породување во здравствена установа, нарушување на довербата меѓу пациентката и лекарот, како и поттикнување непотребни интервенции (особено царски рез) од мотиви за профит. Овие практики најчесто се случуваат на „местото на услугата“, односно во непосредниот контакт меѓу бремените жени и давателите на здравствени услуги (Samacho, 2023)¹⁰.

По однос на видот на корупцијата, неформалните плаќања се особено застапени во мајчината и перинаталната здравствена заштита. Синтеза на студии укажува дека тие често се јавуваат во гинекологијата и акушерството, поради итноста и

⁵ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens

Universal Health Coverage. 2019, стр. 12.

⁶ Ибид. стр. 5.

⁷ Sommersguter-Reichmann M., Reichmann G. Untangling the corruption maze: exploring the complexity of corruption in the health sector. *Health Economics Review* (2024) <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00530-6>. стр. 8.

⁸ Alejandro Gonzalez-Aquines, Bassam Y. Mohamed, Iwona Kowalska-Bobko. Corruption in the health care sector: A persistent threat to European health systems. 2021. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2021; 19 (2): 60–67

www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zaradzanie, doi: 10.4467/20842627OZ.21.007.15761. стр. 62.

⁹ Ибид. стр. 63.

¹⁰ Samacho G. Corruption risks in maternal and perinatal health. 2023. U4 Helpdesk Answer 2023:29. стр. 1, 8.

ранливоста во моментот на користење на услугата, кога жените имаат ограничено време и простор за избор или „преговарање“ (Camacho, 2023)¹¹.

Во јавните здравствени системи, каде услугите формално треба да бидат бесплатни, неформалните плаќања се даваат за подобар третман и поквалитетна услуга за време на антенаталните прегледи и породување, пократко време на чекање и континуитет со давателот на услугата, особено за да се обезбеди конкретен лекар да ја следи жената низ бременоста и породувањето (Camacho, 2023)¹².

Иако понекогаш плаќањата се очекуваат имплицитно, тие може и директно да се бараат, вклучително и преку притисок или закани; во други случаи барањето е посуптилно и се претставува како „благодарност“. Истражувањата укажуваат дека во најголем дел од случаите иницијативата за неформални плаќања во гинеколошко-акушерската дејност доаѓа од здравствениот работник давател на услугата; пример за ова е и истражување во Грција, каде голем дел од жените пријавиле неформални плаќања, а дел навеле дека тоа им било побарано од страна на гинеколог-акушер (Camacho, 2023)¹³.

Феноменот дополнително се одржува преку т.н. „практични норми“, кога неформалните плаќања и подароци стануваат вообичаена рутина и почнуваат да се оправдуваат како „благодарност“. Тоа ја замаглува границата меѓу корупција и „нормална практика“, ја отежнува контролата и може да доведе до толеранција од институциите. Причините најчесто се комбинација од системски слабости (недостиг на услуги и ресурси) и лична финансиска корист, што ја продлабочува нееднаквоста во пристапот и штетата како за пациентките, така и за јавниот интерес (Camacho, 2023)¹⁴.

Друга опишана форма на коруптивна практика е обезбедувањето на непотребни здравствени услуги и процедури, односно интервенции кои не се медицински неопходни. Во гинеколошко-акушерската заштита, литературата ја истакнува прекумерната употреба на царски рез, епизиотомија и индуцирање на породувањето. Царскиот рез е најчестата интервенција која е прекумерно користена, а може да се изведува и без медицинска индикација. Истражувањата укажуваат дека финансиската корист и злоупотребата на моќ можат да бидат важни двигатели, особено каде давателите можат да остварат профит или полесно да го контролираат работниот распоред (Camacho, 2023)¹⁵. На потенцијалната поврзаност на корупцијата и изведбата на царски рез без индикација, укажува и научна студија со која е докажано дека во периодот на кампањи за намалување на

¹¹ Camacho G. Corruption risks in maternal and perinatal health. 2023. U4 Helpdesk Answer 2023:29. стр. 5.

¹² Ибид. стр. 6.

¹³ Ибид. стр. 6.

¹⁴ Ибид. стр. 7.

¹⁵ Ибид. стр. 8-9.

корупцијата се намалува и бројот на направени царски резови во јавните болници (Ya Sun et. al, 2024¹⁶). Кога царските резови се изведуваат без индикација, не само што немаат здравствен бенефит, туку можат да носат дополнителни краткорочни и долгорочни ризици по здравјето на мајките и на доенчињата (WHO, 2015¹⁷).

Покрај финансиските и материјалните форми, литературата укажува дека корупцијата може да се манифестира и како злоупотреба на моќ преку барање интимни услуги, што е особено релевантно во контексти на висока ранливост и зависност од давателот на услугата. Сексторцијата (сексуалната изнуда) е родово-специфична форма на корупција во која службената или хиерархиската моќ се злоупотребува за да се добие сексуална „корист“ или предност, наместо, или заедно со, класичните форми на поткуп. Меѓународното здружение на судии ја дефинира сексторцијата како „злоупотреба на моќ за да се обезбеди сексуална корист или предност“ и нагласува дека „сексуалната услуга, а не парите, е валутата на поткупот“ (International Association of Judges, 2012)¹⁸.

Во здравството, бременоста и честата грижа за здравјето на децата значи дека жените поминуваат повеќе време во системот, што ја зголемува нивната изложеност на изнуда; кога немаат средства за мито, може да бидат исклучени од услугите или условени да „платат“ со сексуални услуги (U4, 2015)¹⁹.

Врз основа на наведените согледувања од литературата, се наметнува потребата овие појави да се согледаат и низ призма на директните искуства на здравствените работници од гинеколошко-акушерската дејност во РС Македонија, кои секојдневно се наоѓаат на „местото на услугата“ каде коруптивните практики најчесто се манифестираат. Токму нивните искази овозможуваат да се утврди во кој обем корупцијата е присутна во периодот од изминатите 12 месеци, во кои форми се појавува, кој најчесто ја иницира и за кои цели се користи. Дополнително, податоците од здравствените работници даваат основа да се идентификуваат ризичните точки и условите во системот (листи на чекање, недостиг на ресурси, асиметрија на моќ и ранливост на пациентките) што ја поттикнуваат појавата на ваквите практики и ја отежнуваат нивната пријава. Во продолжение се презентирани клучните наоди од истражувањето за искуствата на здравствените работници по однос на коруптивните практики во релацијата пациент–здравствен работник во гинеколошко-акушерската здравствена заштита.

¹⁶ Ya Sun J., Huang J. Chen R., Qin N. & Kong D. Effects of anti-corruption campaigns on cesarean section rate: evidence from China. HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES COMMUNICATIONS | (2024) 11:954 | <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03488-2>. стр. 7.

¹⁷WHO. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015. стр. 4.

¹⁸ International Association of Judges. Toolkit, Naming Shaming, and Ending Sextortion, 2012, стр. 5.

¹⁹U4. The gendered impact of corruption: Who suffers more – men or women?“, 2015, стр. 2.

НУДЕЊЕ И БАРАЊЕ КОРУПЦИЈА

Податоците од истражувањето укажуваат дека, иако најголемиот дел од здравствените работници не се соочиле со корупција во релацијата пациент – здравствен работник во последните 12 месеци, оваа појава сепак не е занемарлива. Имено, 77,8 % од испитаниците изјавуваат дека не биле ниту директно вклучени, ниту сведочеле на коруптивен чин (графикон 4), сепак, значителен дел, односно речиси една петтина од здравствените работници (22,2 %) укажуваат на директна или на индиректна изложеност на корупција (графикон 4). Во оваа група се вклучени испитаници кои лично биле вклучени во коруптивен чин или им било понудено учество (3,7 %), како и оние кои сведочеле на ваков случај во својата установа (10,7 %). Дополнително, 7,8 % од испитаниците одбиле да одговорат на ова прашање, што може да се толкува како индикатор за чувствителноста на темата, но и за постоење на страв, недоверба или резервираност при јавно признавање или пријавување на вакви искуства.

Графикон 4. Прашање 18. Во последните 12 месеци, дали лично сте биле вклучени или сте сведочеле на коруптивен чин во вашата установа во релација пациент – здравствен работник/соработник?



Севкупно гледано, овие наоди укажуваат дека корупцијата е присутна во дел од здравствените установи, иако не е доминантна појава. Истовремено, значителниот процент на испитаници кои сведочеле на коруптивен чин или одбиле да одговорат, отвора прашања за институционалната култура, механизмите за заштита и подготвеноста на здравствените работници отворено да зборуваат за корупцијата.

Анализата според нивото на здравствена заштита покажува јасни разлики во изложеноста на коруптивни практики. При што може да се увиди дека изложеноста на коруптивни практики расте во повисоките нивоа на здравствена заштита. Во примарното здравство, 10,2 % од испитаниците наведуваат дека лично биле вклучени или сведочеле на коруптивен чин (2,7 % лично; 7,5 %

сведочеле), додека значително мнозинство од 79,6 % изјавуваат дека не се соочиле со вакви ситуации во последната година.

Во секундарното здравство, уделот на здравствени работници со директно или со индиректно искуство со корупција е нешто повисок и изнесува 15,5 % (4,9 % лично биле вклучени; 10,6 % сведочеле). И покрај ова зголемување, и тука доминира одговорот дека испитаниците не биле изложени на коруптивни практики (78,9 %).

Најизразена изложеност на коруптивни практики е забележана во терцијарното здравство. Дури 27,9 % од испитаниците од терцијарното ниво на здравствена заштита наведуваат дека лично биле вклучени или сведочеле на коруптивен чин (4,9 % лично; 23 % сведочеле). Истовремено, токму во терцијарното здравство е забележан и најнизок удел на испитаници кои изјавуваат дека не се соочиле со корупција во последните 12 месеци (68,9 %), што укажува на поголема видливост и зачестеност на ваквите појави во ова ниво на здравствена заштита.

Во примарното здравство услугите се поосновни, често станува збор за основни прегледи, советување и упатување. Овие услуги генерално вклучуваат помал број интеракции и помалку можности за формални или за неформални „договори“ меѓу пациентот и здравствениот работник. Како што системот се усложнува, во секундарното и особено во терцијарното здравство, услугите се поинтензивни, специјализирани, понекогаш ограничени и често вклучуваат повеќе меѓусебно поврзани здравствени услуги (дијагностика, интервенции, специјализирани процедури, третмани, контролни прегледи). Оваа состојба го зголемува бројот на контакти, интервенции и потенцијални пречки каде што пациентите може да се соочат со коруптивни практики (на пример: да добијат побрз термин, да добијат подобра услуга), што може делумно да ја објасни поголемата изложеност на коруптивни практики во секундарното и најмногу во терцијарното здравство.

КАКВА КОРУПЦИЈА СЕ БАРА, ЗА ШТО, ОД КОЈ И КОГА?

Наодите од истражувањето укажуваат дека корупцијата во релацијата пациент – здравствен работник најчесто се манифестира преку форми кои носат директна или индиректна финансиска корист (графикон 5). Најизразена и најпрепознатлива форма е директното примање пари, што го наведуваат речиси три четвртини од испитаниците (74,6 %) кои лично биле вклучени или сведочеле на коруптивен чин (59 испитаници). Овој податок укажува дека отворените парични трансакции и понатаму имаат централно место во коруптивните практики во здравството.

Графикон 5. Прашање 19. Во која форма се појавил коруптивниот случај?



Покрај тоа, значителен дел од корупцијата се одвива и преку практики кои иако не вклучуваат парични средства носат материјална корист, како и практики кои се доживуваат како „помалку формални“ форми на корупција, но имаат исто така јасна коруптивна содржина (графикон 5). Речиси половина од испитаниците (45,8 %) укажуваат на примање подароци или ваучери договорени пред извршување на услугата, како и на упатување на пациентите од страна на здравствените работници услугата да ја добијат во приватни термини. Овие појави укажуваат на постепена нормализација на корупцијата, каде злоупотребата на професионалната позиција често се прикрива зад привидно прифатливи или вообичаени практики, како што е на пример упатување на приватен термин за „услугата да се добие побрзо“. Дополнително, околу една третина од испитаниците пријавуваат препорачување конкретни лекови, лаборатории или аптеки поради лична корист, како и неформални плаќања за услуги кои формално треба да бидат бесплатни, што директно го нарушува принципот на еднаков пристап до здравствена заштита.

Кога станува збор за иницирањето на коруптивните практики, податоците укажуваат на нивен јасно изразен двонасочен карактер (графикон 6). Речиси половина од испитаниците (49,2 %) наведуваат дека коруптивниот чин бил инициран од пациентот или од член на неговото семејство, што укажува на

постоење на очекувања дека неформалните плаќања се средство за обезбедување побрз или подобар третман. Меѓутоа исто така укажува на состојба на неможност пациентите да добијат одредени здравствени услуги по редовен пат. Истовремено, кај речиси половина од случаите (44,1 %) иницирањето на коруптивниот чин се поврзува со здравствен работник или соработник. Притоа во најголем дел од случаите (33,9 %) иницијативата се поврзува со доктори специјалисти, а значително помалку се застапени останатите профили на здравствени работници и соработници, како што се болничарите, медицинските сестри, докторите на специјализација и останатите здравствени соработници. Фактот дека во најголем дел иницијацијата доаѓа од страна на доктори специјалисти, упатува на важната улога на позициите со поголема стручна и одлучувачка моќ во репродуцирањето на коруптивните практики. Помал, но сепак индикативен дел од испитаниците одбиле да одговорат кој го иницирал коруптивниот чин, што повторно укажува на чувствителноста на темата и на можна воздржаност при именување на одговорноста.

Графикон 6. Прашање 20. Ако сте се соочиле со таков случај, кој најчесто го иницирал коруптивниот чин?



Во однос на целите за кои се користи корупцијата, наодите покажуваат дека таа најчесто служи за обезбедување побрз или привилегиран пристап до здравствени услуги (графикон 7). Пристапот и побрзиот термин за преглед кај доктор специјалист или до посебни медицински услуги (магнетна резонанца, компјутерска томографија, биопсија и слично) се најчесто пријавен мотив за корупција, што го наведуваат речиси половина од испитаниците (49,2 %). Дополнително, корупцијата често се користи и за добивање болнички кревет или операција без чекање или со минимално чекање, што го наведуваат околу една третина од испитаниците (30,5 %). Што значи дека во 79,7 % од пријавените случаи на корупција, истата се користи за добивање на побрз преглед, дијагностичка процедура, третман, операција или лекување. Овие податоци укажуваат дека коруптивните практики директно се поврзуваат со структурни проблеми во пристапот и достапноста до специфичните здравствени услуги. Односно недостигот на термини за преглед, болнички кревети, долгите листи на чекање за одредени интервенции на директен начин влијаат врз појавата на коруптивните

практики. Воедно загрижува и податокот дека нешто повеќе од една третина од пријавените случаи на корупција (35,6 %) се за да се добие побрз преглед кај матичен лекар и/или упат од матичниот лекар, односно за побрз пристап до здравствени услуги на примарно ниво. Оваа појава е во директна спротивност со декларацијата на Светската здравствена организација (СЗО, 2018)²⁰ дека услугите од примарната здравствена заштита треба да бидат континуирано достапни за сите граѓани, на местото на кое им се потребни, во времето кога им се потребни, како и да бидат финансиски достапни за сите.

Воедно наодите укажуваат дека корупцијата често служи и за подобрување на квалитетот на услугата. Имено нешто повеќе од една третина на случаите на корупција се користат за подобар третман од страна на лекар специјалист (35,6 %), како и за добивање на услуга кај конкретен лекар или медицински тим (35,6 %).

Значително помал дел од случаите на корупција се користат за издавање на боледувања (или за други медицински документи) без индикација (13,6 %), за конзилијарно мислење без индикација (8,5 %), како и за препишување на лек или ортопедско помагало без индикација (5,1 %).

Сите овие податоци говорат дека најголемиот дел од случаите на корупција се со цел добивање на услуги и соодветен квалитет на здравствена заштита кои всушност им се загарантирани права на граѓаните, додека корупцијата во многу помал процент се користи за да се добијат услуги за кои граѓаните немаат право да ги добијат.

Графикон 7. Прашање 21. Со која цел беше побарана/понудена корупцијата? (МОЖНИ СЕ ПОВЕЌЕ ОДОВОРИ)



²⁰ Светска здравствена организација. Декларација од Астана. Глобална конференција за примарна здравствена заштита. 2018. стр. 3 - <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2211376b-d04d-4da8-bd99-8c5ffa2f426c/content>

РИЗИЧНИ ТОЧКИ ЗА НЕФОРМАЛНИ ПЛАЌАЊА И „ПОДАРОЦИ“

Додека претходниот дел ги опфати сите форми, иницијатори и цели на коруптивните практики, овој дел од извештајот се фокусира подетално на еден од најраспространетите облици на корупција – неформалните плаќања и „подароци“, и нивната конкретна манифестација во гинеколошко-акшерската здравствена заштита.

Наодите укажуваат дека неформалните плаќања и „подароци“ не се појава која се јавува случајно или рамномерно низ сите здравствени услуги и дејности, туку се концентрирани околу одредени услуги и ситуации, пред сè во областа на породувањето и акушерската грижа. Одговорите на испитаници кои лично биле вклучени или сведочеле на корупција (59 испитаници) јасно покажуваат дека токму пристапот до овие услуги е најчесто поврзан со ваков вид на корупција.

Најизразена зачестеност на неформални плаќања е забележана при избор на гинеколог-акушер или медицински тим при породување, каде што повеќе од половина од испитаниците (52,5 %) наведуваат дека ваквите барања се случуваат многу често, а дополнителни 28,8 % дека се случуваат повремено (графикон 8). Висока зачестеност се забележува и кај закажувањето царски рез без јасна медицинска индикација, каде што значителен дел од испитаниците укажуваат дека ваквите барања се редовна појава. Овие податоци укажуваат дека корупцијата е особено концентрирана во критични моменти на одлучување, кога пациентките се најранливи и зависни од стручната проценка и од одлуките на здравствениот персонал.

Графикон 8. Прашање 22. Во последните 12 месеци, колку често сте слушнале/сведочеле барања за неформални плаќања или „подароци“ за следново?



Покрај породувањето, релативно чести се и барањата за неформални плаќања поврзани со побрз термин за антенатални прегледи, како и за обезбедување епидурална анестезија (графикон 8). Иако овие барања се нешто помалку изразени во споредба со породувањето, нивната зачестеност укажува дека коруптивните практики се прошируваат и на услуги кои формално треба да бидат редовно достапни и еднакво обезбедени за сите пациентки. Особено земајќи предвид дека согласно протоколите, антенаталните прегледи е неопходно да се извршат во точно определена недела од бременоста. Односно во овој случај не станува збор за „прескокнување на ред“ туку за добивање на неопходен навремен преглед.

Кај услугите од областа на репродуктивната медицина и ИВФ, прекилот на бременост во законски рок без чекање, како и вградувањето интраутерини уреди за контрацепција, коруптивните барања се пријавуваат поретко, но не се целосно отсутни. Кај овие услуги доминираат одговорите дека ваквите појави се случуваат „ретко“ или „повремено“, што укажува дека иако ризикот е понизок, одредено ниво на изложеност сепак постои. Забележителен е и релативно високиот удел на одговори „не знам“, особено кај овие поспецифични услуги, што може да укажува и на ограничена директна изложеност на интервјуираните здравствени работници на овие услуги, но и на чувствителност или на недоволна транспарентност околу ваквите практики.

Наодите за тоа каде најчесто се случуваат ваквите барања дополнително ја зајакнуваат оваа слика (графикон 9). Испитаниците најчесто ги посочуваат токму ситуациите поврзани со закажувањето царски рез без јасна медицинска индикација, како и избор на лекар или медицински тим при породување, како клучни точки каде коруптивните барања се најчести. Оваа конзистентност меѓу одговорите укажува дека овие сегменти претставуваат зони со највисок ризик за појава на неформални плаќања. Забележително висок е и процентот на здравствени работници кои не знаат или не можат да одредат каде најчесто се случуваат коруптивните барања (27,1 %). Оваа состојба може да е резултат на сензитивноста на темата, но може и да укажува дека во одредени здравствени установи коруптивните барања претставуваат зачестена практика при поголем број на здравствени услуги од гинеколошко-акушерската дејност, така што испитаниците не можат да одредат каде најчесто се случуваат овие барања.

Графикон 9. Прашање 23. Каде најчесто се случуваат овие барања?



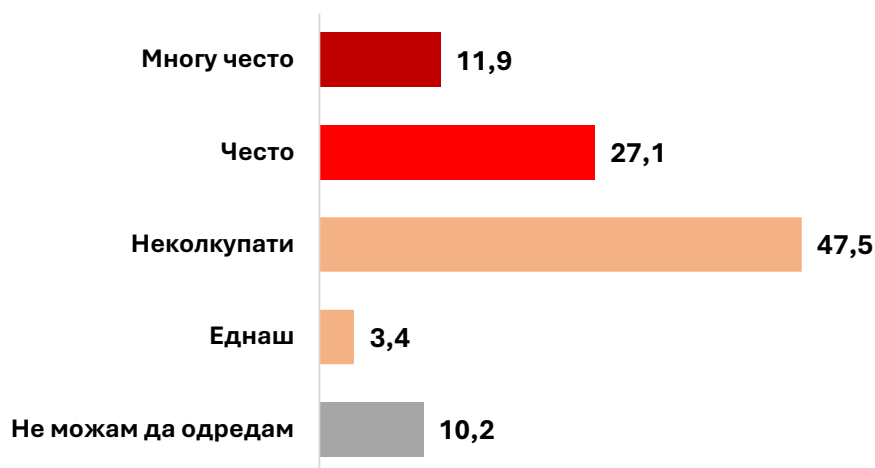
Во однос на иницирањето на ваквите барања, податоците укажуваат на јасно изразен двонасочен карактер. Најчесто како иницијатори се посочуваат докторите специјалисти (45,8 %), што упатува на поврзаност на неформалните плаќања со позиции кои располагаат со значајна стручна и одлучувачка моќ, особено во контекст на породувањето и специјалистичките гинеколошко-акушерски интервенции. Истовремено, значаен дел од испитаниците наведуваат дека иницијативата доаѓа и од пациентките или од членовите на нивните семејства (32,2 %), што укажува на постоење на вкоренети очекувања и неформални норми кај корисниците на здравствените услуги. Особено земајќи предвид дека овие здравствени услуги се обезбедуваат во моменти кога жените се доста чувствителни и ранливи, бидејќи освен за своето здравје и добросостојба се загрижени и за здравјето и добросостојбата на детето или плодот. Ова дополнително го потврдува двонасочниот карактер на корупцијата, како резултат и на „побарувачка“ и на „понуда“.

Графикон 10. Прашање 24. Кој најчесто ги иницира овие барања?



Конечно, наодите за зачестеноста на овие коруптивни практики укажуваат дека тие ретко се изолирани инциденти. Најголем дел од испитаниците наведуваат дека со вакви барања се соочиле неколкупати во текот на последните 12 месеци, додека значителен дел укажуваат дека тие се случуваат често или многу често (графикон 11). Збирно, дури 86,5 % од испитаниците посочуваат дека неформалните плаќања и „подароци“ се повторлива појава, што јасно укажува на нивна системска природа, а не на исклучоци или на поединечни случаи. Овој податок укажува дека во одредени здравствени установи неформалните плаќања и „подароците“ за наведените гинеколошко-акушерски услуги претставуваат „нормализирана“ практика.

Графикон 11. Прашање 25. Колку често сте се соочиле со претходно наведените коруптивни практики во последните 12 месеци?



СЕКСТОРЦИЈАТА КАКО ОБЛИК НА КОРУПЦИЈА

Наодите во овој дел укажуваат дека сексторцијата, односно барање или очекување интимни услуги во замена за здравствена услуга, не се перципира како честа или отворено присутна појава во здравството, но истовремено не се смета ниту за целосно непостоечка. Дел од испитаниците укажуваат дека ваквите практики постојат „во сенка“, со ограничена видливост и со висока чувствителност, што го отежнува нивното препознавање и јавно адресирање.

Иако најголемиот дел од испитаниците изјавуваат дека не слушнале за вакви случаи, речиси една петтина (19 %) наведуваат дека имаат директно или индиректно сознание за ситуации во кои здравствени работници побарале, сугерирале или очекувале интимна услуга од пациентка или пациент во замена за здравствена услуга или за издавање документ (графикон 12). Забележителниот удел на одбивање да се одговори (6,8 %) дополнително ја потврдува

чувствителноста на темата и можниот страв од последици доколку се пријави ваков вид на корупција.

Графикон 12. Прашање 31. Дали некогаш сте слушнале или дознале дека некој Ваш колега/колешка побарале, сугерирале или очекувале интимна услуга од пациентка или пациент во замена за здравствена услуга или за издавање на документ?



Реакциите на директорите и на раководителите во однос на застапеноста на секторцијата се карактеризираат со изразена резервираност, дистанца и во многу случаи отворено негирање на постоењето на ваква појава во здравствениот систем. Најчесто се наведува дека тие лично не слушнале за вакви случаи, дека „кај нас тоа го нема“ или дека темата воопшто не се отвора меѓу вработените. Дел од соговорниците истакнуваат дека прв пат се среќаваат со терминот „секторција“.

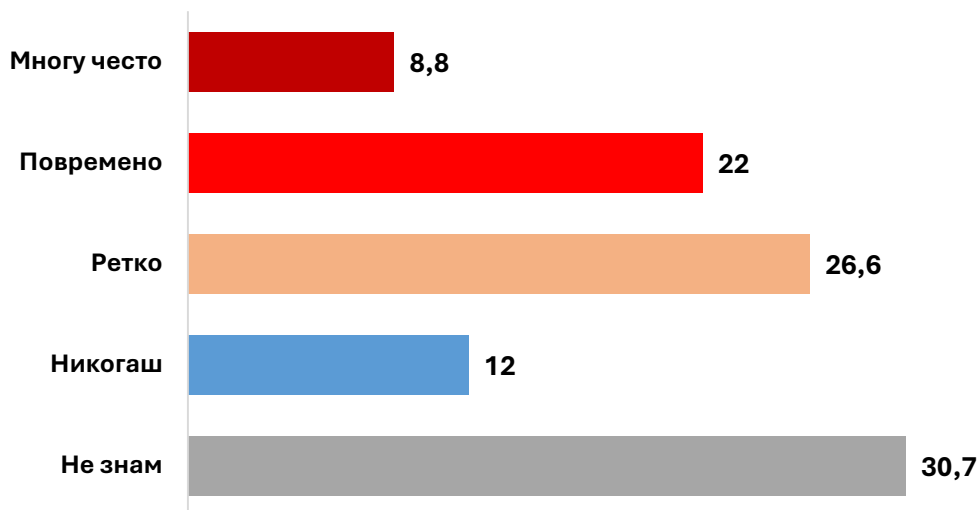
Неколку раководители ја објаснуваат перцепцијата за секторцијата како непостоечка појава во контекстот во кој работат, особено во помали средини каде „сите се познаваат“ и каде, според нив, ваквото однесување тешко би останало сокриено. Во овие наративи постои уверување дека социјалната блискост и локалниот притисок делуваат како природна бариера против вакви злоупотреби. Други, пак, ја нагласуваат итноста на гинеколошко-акушерската работа и сметаат дека природата на услугите, акутни состојби, породувања и операции, не остава простор за вакви практики.

И покрај негирањето, во дел од исказите се појавува и повнимателна, понијансирана позиција. Поединечни соговорници признаваат дека теоретски е можно вакви појави да постојат, особено во ситуации со изразена асиметрија на моќ меѓу здравствениот работник и пациентот, но истовремено нагласуваат дека немаат конкретни сознанија. Во неколку наврати тие изјавуваат дека „порано се зборувало“ за вакви случаи, без јасни информации дали тие биле пријавени или институционално процесуирани.

Значаен дел од директорите и раководителите ја релативизираат самата појава, интерпретирајќи ја како прашање на „приватни односи“ или злоупотреба на позиција која не секогаш ја препознаваат како форма на корупција. Овие ставови придонесуваат за нејзина табуизација и институционална невидливост. Сепак, во речиси сите интервјуа се повторува дека за оваа појава не се зборува отворено меѓу вработените. Дури и таму каде што постои сомнеж дека вакви случаи може да се случуваат, тие не се предмет на формални разговори, интерни дебати или не се уредени со јасни процедури. Ова молчење е тесно поврзано со поширокиот контекст на страв од пријавување и чувството дека чувствителните теми остануваат само предмет на неформална дискусија.

Перцепциите за зачестеноста на ваквите појави ја дополнуваат оваа слика. Најголем дел од испитаниците сметаат дека сексторцијата се случува ретко или повремено, меѓутоа сепак речиси една третина од испитаниците (30,8 %) сметаат дека се случува многу често или повремено, што упатува на постоење на сериозен континуиран ризик во одредени контексти или установи (графикон 13). Исто така една третина од испитаниците (30,8 %) изјавуваат дека не знаат колку често се јавува, што укажува на ниска видливост и затвореност на ваквите практики.

Графикон 13. Прашање 32. Според Вашето мислење, колку често се случуваат вакви ситуации во здравството?



Кога фокусот се насочува кон гинеколошките и акушерските услуги, податоците покажуваат дека најголемиот дел од испитаниците не слушнале или не сведочеле на вакви ситуации во последните 12 месеци. Сепак, 16 % од испитаниците пријавуваат искуства со недолични коментари со сексуална содржина за време на преглед, недозволен физички контакт под превез на „медицински преглед“, како и барање или договарање приватна или интимна средба во замена за побрза здравствена услуга (графикон 14). Пријавениот број на ваков вид на искуства не е за занемарување, а нивната природа укажува на

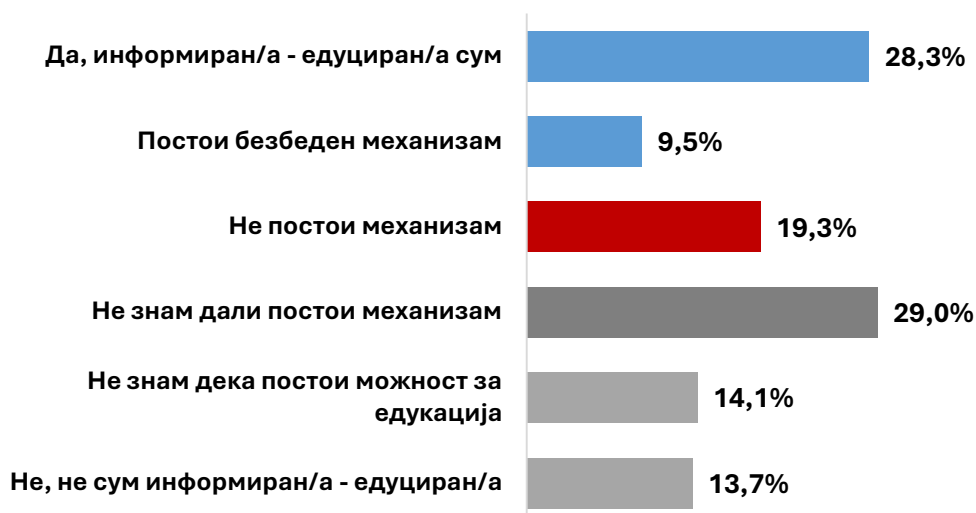
сериозни прекршувања на професионалната етика и на особено висока ранливост на пациентките во овој сегмент на здравствената заштита.

Графикон 14. Прашање 34. Во контекст на гинеколошки или акушерски услуги, дали во последните 12 месеци сте слушнале/сведочеле на:



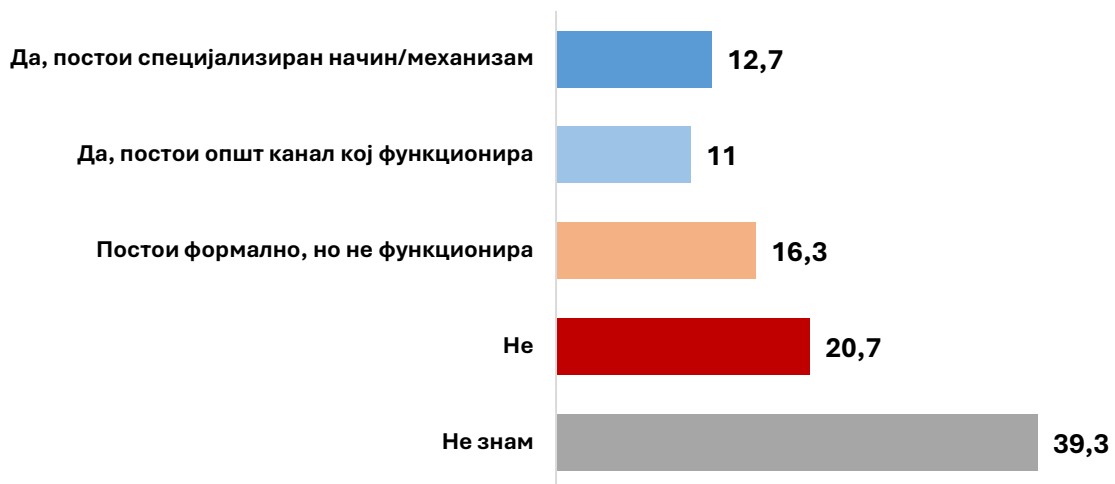
Дополнителна загриженост произлегува од ниското ниво на информираност и институционална подготвеност за справување со сексторција. Само околу една четвртина од испитаниците (28 %) изјавуваат дека се информирани или едуцирани за овој феномен, додека значителен дел наведуваат дека не се информирани или не знаат дека постои можност за едукација (графикон 15). Ова укажува на отсуство на систематски пристап во нашиот здравствен систем кон препознавање и превенција на сексторцијата во здравствените установи.

Графикон 15. Прашање 33. Дали сте информирани/едуцирани за сексторција и дали во вашата установа постои безбеден механизам за пријавување вакви случаи (доверливо лице, анонимна линија, комисија)?



Перцепциите за постоењето на безбедни механизми за пријавување дополнително ја нагласуваат оваа институционална празнина. Најголем дел од испитаниците не знаат дали во нивната установа постои јасен и безбеден механизам за пријавување вакви случаи (39 %), додека значителен дел сметаат дека таков механизам воопшто не постои (21 %) или постои само формално, без да функционира во пракса (графикон 16). Само една десеттина од испитаниците препознаваат постоење на специјализиран функционален и доверлив механизам за пријавување, што укажува на ниска институционална видливост, доверба и заштита на пациентките од ваков вид на злоупотреба.

Графикон 16. Прашање 36. Дали постои јасно објавен и безбеден начин/механизам за пријавување случаи на сексторција специфично во гинеколошко/акушерската област (антенатална/породилна/постпартална грижа)?



Ставовите на испитаниците за тоа што би помогнало во спречување на вакви случаи укажуваат на јасна ориентација кон системски решенија. Најчесто се посочуваат засилен надзор, контроли и инспекциски механизми, како и строги санкции и казнена политика (графикон 17), што укажува дека сексторцијата се перципира како последица на слабата контрола и недоволната одговорност. Истовремено, значаен дел од испитаниците ја истакнуваат важноста од постоење на безбедни и анонимни механизми за пријавување, информирање и охрабрување на пациентите, како и на едукацијата и јакнењето на професионалната етика.

Графикон 17. Прашање 37. Што мислите дека најмногу би помогнало за да се спречат вакви случаи во вашата установа?



Подготвеноста за пријавување на вакво однесување останува поделена. Иако значителен дел од испитаниците изјавуваат дека би пријавиле и би се чувствувале безбедно притоа (42 %), сепак речиси исто толку наведуваат дека би пријавиле, но се плашат од можни последици или пак не би пријавиле (графикон 18). Овој страв, заедно со релативно високиот удел на неодлучни одговори (17 %), укажува на недоволна доверба во заштитата на пријавувачите и недоволната институционална поддршка, што претставува сериозна бариера за откривање и санкционирање на ваквите злоупотреби.

Графикон 18. Прашање 38. Доколку посведочите на вакво однесување, дали би го пријавиле и дали би се чувствувале безбедно да го сторите тоа?



1.2. РЕАКЦИЈА И ПРИЈАВУВАЊЕ

Во достапната литература е препознаено значењето на активното вклучување на здравствените работници во напорите за борба против корупција. Притоа наведено е дека здравствените установи, особено оние кои обезбедуваат здравствена заштита за мајчино здравје, неопходно е да воспостават механизми за укажувачи/пријавувачи (whistleblowers) на неправилности што ќе бидат прилагодени на специфичниот контекст во кој ќе се применуваат. Воедно се препорачува болниците да формират тимови за антикорупција со вклучен персонал од болницата, како и здравствените работници или останатиот персонал од болницата да им обезбедува на пациентите/пациентките материјали за антикорупција, вклучувајќи и информации како да пријават корупција. Исто така препорачано е болниците да формираат медицински експертски комисии во гинеколошко-акушерските болници, каде пациентките би можеле да се обратат со цел да се избегне изведувањето на непотребни медицински процедури. Со тоа се обезбедува механизам преку кој медицинската комисија прави проценка дали има реална потреба од одредена медицинска процедура (Camacho, 2023)²¹.

Европската комисија ја препознава потребата од вклучување на здравствените работници во напорите за намалување на корупцијата на ниво на обезбедување здравствена услуга. Пример за држава која работи во таа насока е Литванија која препорачува три клучни мерки, меѓу кои подготовка на кодекс на однесување, обуки на здравствените работници и воспоставување на посебна телефонска линија на која здравствените работници можат да пријават случаи на неформални плаќања. По воведувањето на овие механизми во Литванија е забележано дека бројот на повици од страна на здравствени работници и соработници на телефонската линија за пријавување расте во периодот од 2013 до 2017 година (European commission and Ecorys, 2017)²².

Важноста од вклучувањето на медицинскиот персонал во напорите за намалување на корупцијата, може да се согледа и од примерот во Украина, каде доктори специјалисти по гинекологија и акушерство анонимно пријавувале случаи каде нивни колеги вршеле индуцирано породување без притоа да ги информираат жените (Camacho, 2023)²³.

Во однос на факторите кои влијаат врз здравствените работници да прифатат коруптивни практики во литературата е наведено дека постојат значајни докази

²¹ Camacho G. Corruption risks in maternal and perinatal health. 2023. U4 Helpdesk Answer 2023:29. стр. 15-16.

²² European Commission, Ecorys. Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector – Final Report. 2017. стр. 60.

²³ Camacho G. Corruption risks in maternal and perinatal health. 2023. U4 Helpdesk Answer 2023:29. стр. 10.

дека неформалните плаќања се пораспространети во земји каде што јавните здравствени установи се недоволно финансирани, а платите и квалитетот на здравствената заштита се на ниско ниво. Дополнителни поттикнувачки фактори за корупција се културните норми и навики, прекумерна или недоволна кадровска екипираност, подготвеност на побогатите пациенти да платат „премија“ за да ги прескокнат долгите листи на чекање или да добијат подобра услуга, отсуство на ефикасни санкции, како и потребата персоналот кој ги „купил“ своите позиции да ја поврати почетната инвестиција (Transparency International, 2019)²⁴.

Иако литературата и меѓународните примери укажуваат дека активното вклучување на здравствените работници е клучно за намалување на корупцијата, емпириските податоци од ова истражување ја тестираат токму применливоста на овие принципи во домашниот контекст. Во продолжение се прикажуваат наодите за тоа како здравствените работници реагираат кога ќе се соочат со коруптивна практика, дали и каде пријавуваат, кои се причините за непријавување, и како ја перципираат институционалната (не)ефикасност. Дополнително, се анализираат и перцепциите за факторите што влијаат врз тоа дел од здравствените работници да прифатат коруптивни практики, односно кои системски и индивидуални поттикнувачи го одржуваат ваквото однесување. Овие наоди овозможуваат да се согледа јазот помеѓу формалните правила и реалната пракса, како и механизмите на страв, недоверба и нормализација кои директно влијаат врз ниската стапка на пријавување.

Наодите во овој дел јасно укажуваат дека, иако коруптивните практики често се препознаваат од страна на здравствените работници, тие во најголем дел не резултираат со формално пријавување. Напротив, доминираат реакции кои може да се опишат како пасивни или индивидуални, без институционално дејствување.

Најчеста реакција на здравствените работници кои лично биле вклучени или сведочеле на коруптивен чин (59 испитаници) е игнорирање на ситуацијата или „правење дека не се гледа“, што го наведуваат речиси половина (47 %) од испитаниците (графикон 19). Ова укажува на високо ниво на толеранција кон коруптивните практики, но и на страв од можни последици или чувство на немоќ да се реагира во рамки на институцијата.

Дополнително, околу една третина од испитаниците (34 %) наведуваат дека одбиле да учествуваат во коруптивната практика, но не го пријавиле случајот. Овој тип на реакција укажува на лична етичка позиција и индивидуален отпор, но истовремено и на недостиг на доверба во механизмите за пријавување или на

²⁴ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage. 2019, стр. 8.

перцепција дека пријавувањето нема да доведе до реални промени. Збирно, повеќе од четири петтини од испитаниците (81 %) реагирале пасивно или само на лично ниво, без формално пријавување.

Воедно една десеттина од испитаниците не сакале да одговорат на ова прашање, што повторно може да укажува и на сензитивноста на темата на пријавување на корупцијата, но и на страв од можни реперкусии на лицата кои пријавиле корупција.

Графикон 19. Q26. Како реагиравте во таква ситуација?



Само исклучително мал број здравствени работници презеле активни чекори и пријавиле корупција (7 %). Искуствата на оние кои се одлучиле на пријавување се мешани: додека во еден случај институциите реагирале и презеле мерки, во други случаи пријавувачите се соочиле со негативни последици или не забележале никаков конкретен исход. Овие искуства дополнително ја зајакнуваат перцепцијата дека пријавувањето не е безбедно и дека институционалната реакција е непредвидлива. Што секако долгорочно ќе влијае врз ниската стапка на пријавување на случаите на корупција во здравствените установи.

Кога се анализираат причините зошто здравствените работници не пријавиле коруптивен чин, јасно се издвојува недовербата дека нешто ќе се промени (55 %) (графикон 20). Оваа причина е најчесто наведена и укажува на длабоко вкоренет скептицизам кон институционалниот одговор и ефективноста на механизмите за пријавување. Стравот да не се замерат со колегите или со претпоставените, како и стравот од лични и професионални последици претставуваат причини за непријавување на коруптивните случаи за 56 % од здравствените работници (графикон 20). Овие наоди упатуваат на силни хиерархиски и колегијални притисоци кои го обесхрабруваат пријавувањето и создаваат култура на молчење. Покрај тоа, повеќе од една третина од испитаниците (36 %) наведуваат дека

недостигот од докази бил главната причина што не го пријавиле случајот, што укажува на потребата од дополнително информирање и едукација на здравствените работници како да постапат кога ќе се соочат со случај на корупција. Една четвртина од испитаниците сметаат дека случаите „не се доволно сериозни“ за да бидат пријавени, што укажува на нормализација и релативизирање на одредени коруптивни практики. Воедно, дел од здравствените работници не знаеле каде да пријават, што укажува на недоволна информираност за постојните канали и процедури за пријавување на корупција.

Графикон 20. Q29. Доколку не сте пријавиле, која беше причината?



Перцепциите за тоа зошто дел од здравствените работници прифаќаат коруптивни практики дополнително ја продлабочуваат оваа анализа (графикон 21). Испитаниците најчесто ја поврзуваат корупцијата со недостатокот на контрола и надзор (59 %), што укажува дека слабата институционална отчетност создава простор за појава и одржување на ваквото однесување.

Покрај системските фактори, значајно место има и нормализацијата на корупцијата, односно перцепцијата дека „сите тоа го прават“ (49 %). Ова укажува на култура на прифатливост на коруптивните практики во одредени здравствени установи. Ниските плати и финансискиот притисок (46 %), како и алчноста (42 %), се препознаени како важни индивидуални мотивациски фактори, додека притисокот од надредените (24 %) укажува на постоење на хиерархиски механизми кои можат активно да го поттикнат коруптивното однесување во здравствените установи. Во помал обем, како фактор се посочува и влијанието на фармацевтски и на други приватни компании (15 %). Воочлив е податокот дека многу мал дел не знаат кои се причините за прифаќање на коруптивни постапки, што укажува дека здравствените работници имаат релативно јасни перцепции за причините кои стојат зад коруптивните практики во здравствената заштита.

Графикон 21. Прашање 30. Според Вас, кои се причините поради кои некои колеги (или Вие) прифаќаат вакви постапки?



1.3. ПОЗНАВАЊА И ПЕРЦЕПЦИИ

Здравствените работници секојдневно се присутни во средината во која се обезбедуваат здравствени услуги и во која постојат ризици од коруптивни практики на ниво на обезбедување на услугите. Во литературата се наведува дека вклучувањето и на корисниците и на здравствените работници во истражувањата за корупција во здравството овозможува соодветно вкрстување на наодите, што е особено корисно за нивно преточување во ефективни политики за намалување на корупцијата (Stepurko et al., 2010)²⁵. Овој пристап е препознаен и од страна на здравствените системи и здравствените установи кои спроведуваат истражувања помеѓу здравствените работници со главна цел да добијат препораки за добро управување со здравствените установи (Chen et al., 2022)²⁶.

Во претходното поглавје беа наведени најчестите форми на корупција на ниво на обезбедување на здравствени услуги кои се опишани и истражувани во релевантната литература. Граѓаните најчесто го пријавуваат и препознаваат неформалното плаќање како форма на корупција во здравството. Меѓутоа здравствените работници, кои работат во здравствениот систем имаат поголем

²⁵ Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Irena Gryga, Wim Groot. Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. 2010. Stepurko et al. BMC Health Services Research 2010, 10:273. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/273>. стр. 10.

²⁶ Yan Chen, Xinyu Cui, Jiahuan Zhuoma, Fang Zhu, Li Luo, Juan Xie, Yongzhong Cheng. How Employees in a Comprehensive Public Hospital Perceive Corruption Risks: A Survey Study in China. Risk Management and Healthcare Policy 2022:15 299–309. стр. 299.

увид во динамиките и случувањата на ниво на здравствена установа и имаат поголема можност да ги препознаат и посуптилните форми на корупција.

Граѓаните доаѓаат во контакт со здравствениот систем само во одредени моменти, кога за тоа имаат потреба, додека здравствените работници се секојдневно во системот и имаат поголема можност да ги забележат можните коруптивни дејствија на ниво на обезбедување здравствени услуги.

Корупцијата на ниво на обезбедување здравствени услуги е често занемарен јавно здравствен проблем, но има далекусежни последици како за поединците, така и во целото општество. Имено, иако навидум индивидуалните акти на корупција на ова ниво изгледаат мали, кумулативно тие имаат големо негативно влијание и можат да ги поткопаат напорите за проширување и унапредување на пристапот до виталните здравствени услуги. На индивидуално ниво, коруптивните практики може да доведат до страдање, па дури и до смртен исход кај поединците. Воедно коруптивните практики го оневозможуваат пристапот до универзалната здравствена заштита. Имено, корупцијата го нарушува континуитетот и квалитетот на здравствената грижа, што може да резултира и со индиректни јавно-здравствени и социоекономски последици, како: 1. Децата почесто се разболуваат, поради што често отсутуваат од училиште, што има негативно влијание врз нивното ниво на образование и правилен раст и развој. 2. Забавување на економскиот развој, поради ненавремено третирани помали здравствени проблеми, кои со текот на времето можат да прераснат во сериозни хронични заболувања, поради кои лицата нема да бидат работоспособни. 3. Продлабочување на сиромаштијата, поради тоа што семејствата со ниски примања се принудени да се задолжуваат или да го продаваат имотот за да платат поткуп и да добијат здравствена заштита, која всушност бесплатно им следува (Transparency International, 2019)²⁷.

Воедно, корупцијата не е „родово неутрална“ појава: иако го нарушува квалитетот и правичноста на системот за сите, истражувањата покажуваат дека може непропорционално да ги погодува жените и други маргинализирани групи, продлабочувајќи ги постојните нееднаквости и исклученост (UNODC, 2023)²⁸.

Поврзаноста меѓу родот и корупцијата често станува највидлива таму каде што граѓаните се најмногу зависни од државата, односно при обезбедување на основните јавни услуги (здравство, образование итн.). Вообичаен заклучок е дека „ситната“ корупција, односно корупцијата во секојдневното обезбедување на јавните услуги особено ги погодува сиромашните жени. Нивната зависност од системот го зголемува ризикот услугите да се условуваат, да се одложуваат или да се „продаваат“ наместо да се обезбедат како право на ваков вид на услуги (UNDP

²⁷ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens

Universal Health Coverage. 2019, стр. 2-3.

²⁸UNODC. The Gender Dimensions of Corruption, 2023, стр. 1.

& UNIFEM, 2010²⁹. Дополнително, жените - особено сиромашните и социјално исклучените почесто плаќаат корупција што изнесува поголем дел од нивните приходи и почесто се соочуваат со злоупотреби што ја користат нивната послаба економска и институционална позиција (UNDP & UNIFEM, 2010)³⁰.

Корупцијата не се сведува само на „пари под рака“, таа може да вклучува и сексуална изнуда и сексуални услуги за возврат (U4, 2015)³¹. Во однос на здравствената заштита, бременоста и честата грижа за здравјето на децата значи дека жените поминуваат повеќе време во системот, што ја зголемува нивната изложеност на изнуда; кога немаат средства за мито, може да бидат исклучени од услугите или условени да „платат“ со сексуални услуги (U4, 2015)³².

Во литературата поврзана со корупцијата во здравството се предлагаат низа на мерки и активности за намалување на корупцијата. Покачувањето на платите на здравствените работници често се споменува како една од мерките за намалување на корупцијата во здравството. Меѓутоа во литературата е евидентирано дека не во сите случаи поголемата плата на здравствените работници води кон намалување на коруптивните практики, а воедно не сите држави можат да си дозволат значително зголемување на платите на здравствените работници (Transparency International, 2019³³; U4 Anti-corruption center, 2006³⁴). Сумираните наоди од истражувањата водат до заклучок дека зголемувањето на платите на здравствените работници може да придонесе кон намалување на коруптивните практики, само доколку се проследени со ефективни механизми за мониторинг на нивната работа и соодветни санкции (Transparency International, 2019)³⁵. Друга мерка којашто се препорачува за намалување на корупцијата во здравството е обезбедување на финансиски стимулации за здравствените работници, кои остваруваат подобри перформанси во своето работење или ја запазуваат редовноста на работното место. Меѓутоа, наведено е дека постои можност овој систем да биде злоупотребен, со тоа што здравствените работници ќе се стремат кон обезбедување на поголем број на услуги, без притоа да обрнат внимание на квалитетот на истите. Имено, во развиените држави финансиските стимулации поврзани со број на интервенции функционираат успешно поради софистицираните механизми за мониторинг и евалуација на работата, меѓутоа помалку развиените држави не се во можност да воспостават ваков вид на механизми (Transparency International, 2019)³⁶. Во одредени држави и околности е опишано дека и преку нефинансиски мерки може да се постигне намалување на коруптивните практики во здравството, пред сè преку обезбедување на соодветни услови за работа, подобрувања во работната средина

²⁹UNDP & UNIFEM. Corruption, Accountability and Gender: Understanding the Connections, 2010, стр. 5.

³⁰Ибид, стр. 23-24.

³¹U4. The gendered impact of corruption: Who suffers more – men or women?, 2015, стр. 2.

³²Ибид, стр. 2.

³³ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens

Universal Health Coverage. 2019, стр. 26.

³⁴ U4 Anticorruption resource center. Corruption in the health sector. U4 ISSUE 1:2006. 2006. p. 13.

³⁵ Transparency International. THE IGNORED PANDEMIC - How corruption in healthcare service delivery threatens

Universal Health Coverage. 2019, стр. 27.

³⁶ Ибид, стр. 27.

и на меѓучовечките односи, како и примање на платата навреме (Transparency International, 2019)³⁷.

Воедно во литературата постои консензус дека постоењето на доверливи и анонимни механизми за пријавување на коруптивните практики е клучно во напорите за намалување на коруптивните практики. Но клучно е граѓаните и заедниците да бидат соодветно информирани за нивните права и за можностите за пријавување на прекршувањето на правата. Меѓутоа за тоа да функционира граѓаните мора да се чувствуваат безбедни кога пријавуваат и кога бараат остварување на нивните права, што е особено важно за ранливите групи од населението, како што се жените или лицата кои живеат во сиромаштија, и кои можеби не сакаат да се „замерат“ со единствените здравствени работници кои се во нивна близина и кои им се достапни. Воедно не е доволно само да се обезбеди анонимноста, туку да се осигура дека истата на јасен начин им е објаснета на лицата од ранливите заедници, со цел да стекнат доверба дека за нивната пријава нема да дознаат здравствените работници. Конечно, механизмите треба да осигураат дека поднесените жалби ќе резултираат со истраги кои ќе го испитуваат не само однесувањето на поединците, туку и пропустите во надзорот и управувањето (Samacho, 2023)³⁸.

Врз основа на согледувањата од постоечката литература наодите од перспективата на здравствените работници се важни за нивно преточување во изводливи антикорупциски политики. Воедно корупцијата во секојдневното обезбедување на здравствени услуги има сериозни јавно-здравствени, системски и родово нееднакви последици. Согласно на тоа наодите презентирани во делот I.3 се значајни затоа што овозможуваат да се разбере како корупцијата се препознава и артикулира „одвнатре“, не само низ очигледните форми, туку и низ посуптилните и „нормализирани“ практики, како се перципира нејзината распространетост и нејзиниот карактер, кои штети се препознаваат врз пациентите и функционирањето на системот, и во кои услови мерките за спречување (вклучително и безбедното пријавување и институционалната отчетност) се сметаат за реално применливи од страна на здравствените работници и соработници.

ОПШТИ СОГЛЕДУВАЊА

Овој дел ја прикажува сликата како здравствените работници ја препознаваат корупцијата, колку ја сметаат за распространета и дали ја гледаат како индивидуална или организирана појава. Наодите покажуваат дека, иако постои висок консензус околу најочигледните форми на корупција, постојат и области каде што коруптивното однесување се препознава понијансирано, особено кога е „прикриено“ зад секојдневни практики или институционални процеси.

³⁷ Ибид, стр. 27-28.

³⁸ Samacho G. Corruption risks in maternal and perinatal health. 2023. U4 Helpdesk Answer 2023:29. стр. 16.

Здравствените работници имаат јасен и речиси униформен став дека примањето пари пред или за време на здравствена услуга претставува корупција, ова го препознаваат речиси сите испитаници (97,1 %) (графикон 22). Овој висок степен на согласност укажува дека најдиректните форми на поткуп се јасно препознаени од страна на здравствената заедница.

Но, кога корупцијата не се појавува како примање пари, туку во форма на подароци, услуги или посредан корист, препознавањето станува помалку униформно (графикон 1). Половина од испитаниците како корупција го идентификуваат примањето подароци со повисока вредност, а значителен дел препознава и неформални плаќања за услуги кои треба да бидат бесплатни (44 %). Во речиси ист степен (43 %) здравствените работници го препознаваат упатувањето на пациентите за преглед во приватни термини кај истиот или кај друг лекар за лична корист, како форма на корупција. Ова укажува дека речиси половина од здравствените работници корупцијата ја согледуваат и како „сива зона“, односно практика која не секогаш се именува отворено, но сепак носи неправична корист и создава нееднаквост во пристапот до здравствена заштита.

Иако во нешто понизок степен, сепак значителен дел од здравствените работници како корупција ја препознаваат и практиката на „преферирање“ пациенти со лични врски и добивање лични услуги или непарична корист од пациенти (двата аспекта се препознаени од околу 40 % од испитаниците). Овие наоди укажуваат дека здравствените работници имаат чувствителност за злоупотреба на позицијата и кога нема директна парична трансакција.

Во помал процент здравствените работници како коруптивна практика ја препознаваат праксата за препорака на конкретни лекови, помагала, лаборатории и аптеки (37 %). Додека добивањето на интимни услуги од пациенти/пациентки е речиси најмалку препознаена како форма на коруптивна пракса, што укажува на недоволната информираност и сензитивност на здравствените работници кон оваа доста специфична и сензитивна форма на корупција.

Дополнително, значајно е што здравствените работници ја препознаваат корупцијата и надвор од релацијата пациент – лекар. Тие ја поврзуваат корупцијата и со институционални процеси и злоупотреби на моќ, како непотизам и фаворизирање при вработување или унапредување (43 %). Ова укажува на свест дека корупцијата може да се вгради и во организациските правила, рутините и одлуките, а не само во поединечни интеракции со пациентите.

Севкупно, речиси и да нема испитаници кои сметаат дека ниту една од наведените практики не претставува корупција, што покажува дека корупцијата е широко препознаена како сериозен проблем и дека постои основна согласност помеѓу здравствените работници околу тоа што е неприфатливо однесување.

Графикон 22. Прашање 12. Што според Вас претставува корупција во здравството?

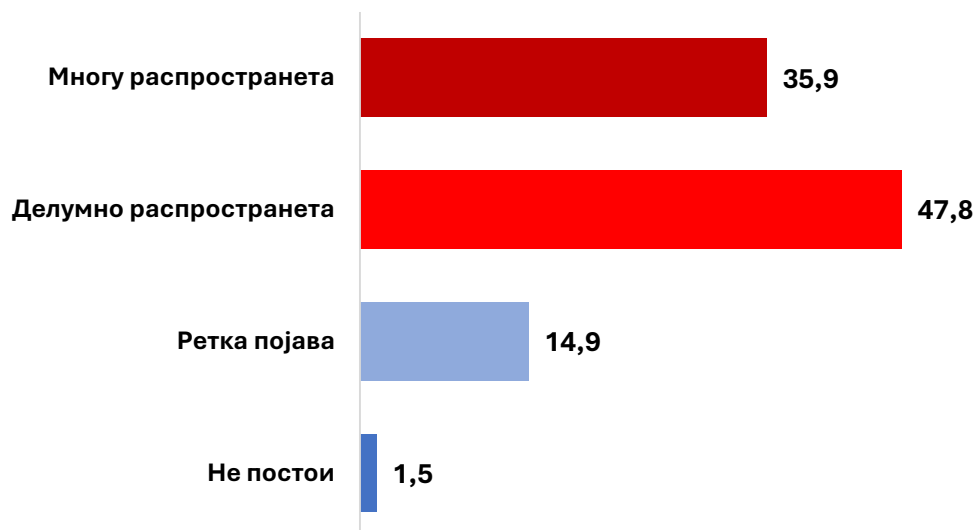


Перцепциите за распространетоста на корупцијата се изразено критички. Здравствените работници во голема мера ја доживуваат корупцијата како присутна и системска: мнозинството од нив (83,7 %) сметаат дека таа е „делумно“ или „многу“ распространета. Ова укажува дека корупцијата не се гледа како маргинален проблем, туку како појава што влијае врз довербата во системот и врз секојдневното обезбедување на здравствените услуги.

Интересно, оваа перцепција е висока кај сите професионални групи и на сите нивоа на здравствена заштита, но има и нијанси. Најкритична е перцепцијата во терцијарното здравство, каде најголем дел од испитаниците сметаат дека корупцијата е распространета, што се поклопува и со претходните делови од извештајот каде токму таму се регистрира поголема изложеност на коруптивни ситуации. Слично, медицинските сестри и техничари покажуваат особено висока перцепција за распространетост, што може да се поврзе со нивната секојдневна близина до практиките на системот и контактот како со пациентите, така и со останатите здравствени работници.

Дополнително, перцепцијата за корупцијата расте со работното искуство. Оваа состојба укажува на можноста дека со подолг престој во системот, здравствените работници стекнуваат поширока слика за „начинот на кој функционираат работите“ и почесто препознаваат коруптивни обрасци во установата, а не само поединечни изолирани случаи.

Графикон 23. Прашање 13. Како го оценувате нивото на корупција во здравството во нашата држава?



Кога се бара проценка за тоа колкав дел од здравствените работници се корумпирани, одговорите повторно ја рефлектираат перцепцијата за висока распространетост. Најголем дел од испитаниците (30 %) сметаат дека корупцијата опфаќа помеѓу една четвртина до половина од здравствениот кадар, а речиси половина проценуваат дека корупцијата зафаќа повеќе од половина од здравствените работници. Притоа од испитаниците кои проценуваат дека корупцијата е присутна кај повеќе од половина од здравствените работници, најзастепни се оние кои сметаат дека помеѓу 50 до 69 % од здравствените работници се корумпирани, а најмалку се застапени оние кои сметаат дека се корумпирани речиси сите здравствени работници, односно над 90 %. Овие проценки не треба да се читаат како точна мерка, туку како индикатор за довербата и моралната клима во системот, односно колку здравствените работници веруваат дека корупцијата е исклучок, а колку дека е правило.

Графикон 24. Прашање 14. Според Вашето мислење, колкав процент од здравствените работници и здравствените соработници во нашата држава се корумпирани?

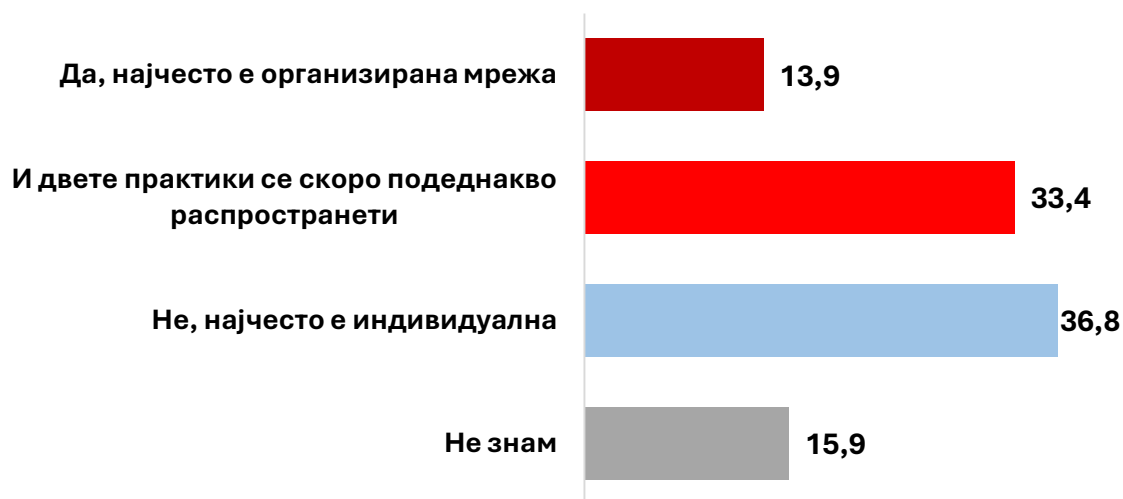


Во однос на прашањето дали корупцијата е „солидарна“ практика (во смисла на соработка меѓу повеќе лица), ставовите се понијансирани и поделени. Најголем дел од испитаниците сметаат дека корупцијата најчесто е индивидуална појава (37 %), што може да укажува на перцепција дека највидливите коруптивни случаи се врзани за поединци.

Сепак, значителен дел укажува дека индивидуалната и организираната корупција се подеднакво присутни (33 %), а дел сметаат дека корупцијата функционира и како организирана мрежа (14 %). Ова покажува дека здравствените работници не ја гледаат корупцијата само како „личен морален пропуст“, туку и како појава што може да биде вградена во неформални структури, односи и хиерархии.

Релативно високиот удел на одговори „не знам“ (16 %) може да се толкува како сигнал за ограничена видливост на начинот на кој функционира корупцијата „зад сцената“, но и како претпазливост при одговарање на прашање што имплицира организирано делување и одговорност.

Графикон 25. Прашање 15. Дали сметате дека корупцијата е солидарна практика меѓу медицинскиот персонал (односно вклучува повеќе лица кои соработуваат при спроведувањето)?



ПОСЛЕДИЦИ ОД КОРУПЦИЈАТА

Овој дел од извештајот го поместува фокусот од препознавањето на корупцијата кон нејзините конкретни последици, врз пациентите, врз установите и врз целиот здравствен систем. Наодите покажуваат дека здравствените работници ја согледуваат корупцијата не само како индивидуален морален проблем, туку како појава што создава директна штета за пациентите и истовремено ја поткопува довербата, правичноста и функционалноста на системот.

Во перцепцијата на испитаниците, најголемата „цена“ од корупцијата ја плаќаат пациентите. Мнозинството од здравствените работници (82 %) сметаат дека токму пациентите се најпогодени, што јасно ја нагласува свеста дека коруптивните практики директно го нарушуваат пристапот до здравствените услуги, квалитетот на грижата и достоинството на пациентите.

Но корупцијата не се доживува како проблем ограничен само на релацијата пациент – здравствен работник. Висок удел од испитаниците (63,2 %) ја посочуваат и штетата за општеството во целина, (графикон 26 што упатува на поширока слика: корупцијата ја поткопува довербата во институциите, ја нарушува правичноста и создава чувство дека здравствениот систем „не е еднаков за сите“. Воедно корупцијата го отежнува пристапот до здравствени услуги, што има долгорочни негативни последици по здравјето на населението, особено на ранливите групи.

Значаен дел од испитаниците сметаат дека последици трпат и самите установи и здравствениот систем. Имено околу една третина од здравствените работници препознаваат дека последици од корупција трпат: здравствената установа (36 %), државата/здравствениот систем (35 %), како и самите здравствените работници и соработници (31 %). Ова е важен сигнал дека корупцијата се гледа и како фактор што ја нарушува работната атмосфера, професионалниот интегритет и моралот во

колективот. Уште повеќе од овие податоци може да се увиди дека здравствените работници препознаваат дека корупцијата го нарушува и функционирањето на здравствените установи, како и на целиот здравствен систем во државата.

Речиси никој од здравствените работници не смета дека корупцијата „никому не му штети“ (0,7 %), што покажува речиси целосен консензус дека корупцијата има реални и негативни ефекти.

По однос на перцепциите за последиците од корупцијата постојат одредени разлики меѓу здравствените работници вработени во јавниот и во приватниот сектор. Во јавниот сектор доминира ставот дека најпогодени се пациентите (90 %). Во приватниот сектор пациентите и натаму се најчесто наведени (65 %), но уште повисоко се нагласува штетата за општеството (74 %). Ова може да упати дека во приватниот сектор корупцијата не се перципира само како индивидуална злоупотреба, туку почесто се гледа како поширок проблем што ги нарушува довербата и функционирањето на здравствениот систем, и претставува бариера во пристапот до услугите.

Графикон 26. Прашање 64. Кој најмногу трпи последици од корупцијата во здравството?



Кога се зборува за последиците врз пациентите, здравствените работници најсилно ја истакнуваат финансиската тежина (графикон 27). Речиси две третини (63 %) ја рангираат како најголема последица, што покажува дека корупцијата се доживува како директен товар врз пациентите во форма на дополнителни трошоци, неформални плаќања, задолжување или одложување на лекувањето поради неможност да се покрие „неофицијалната цена“.

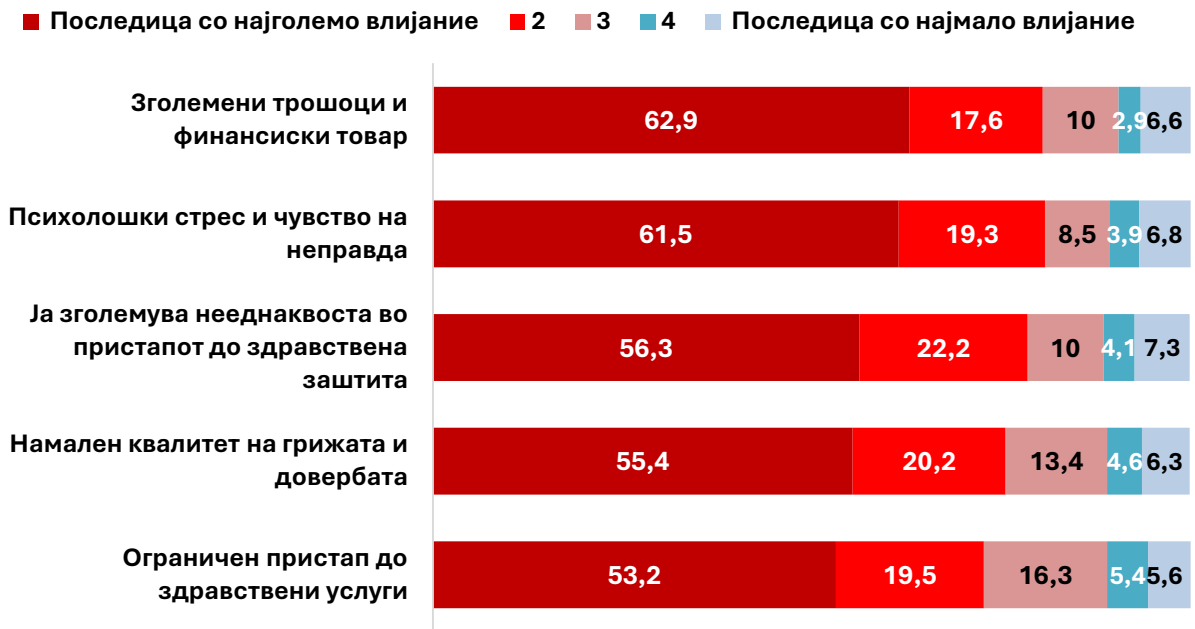
Речиси ист процент од здравствените работници (62 %) го рангираат психолошкиот стрес и чувството на неправда како најголема последица. Ова е важен наод, бидејќи корупцијата не е само финансиски товар за пациентите, туку и искуство што го разорува чувството на безбедност, достоинство и доверба, особено кај пациенти кои се веќе во ранлива состојба.

Како треторангиран негативен ефект од страна на здравствените работници е продлабочувањето на нееднаквоста во пристапот (56 %). Овде испитаниците

практично ја опишуваат корупцијата како механизам што создава две групи на пациенти во здравствениот систем: оние што можат да платат или имаат врски и ќе обезбедат навремени и соодветни здравствени услуги, и оние што не можат да платат и ќе се соочат со одложување или со необезбедување на здравствена заштита.

Паралелно, корупцијата се поврзува и со намален квалитет на грижа и нарушена доверба во системот (55 % ја оценуваат како највлијателна последица), како и со ограничен пристап до услуги (53 %). Свкупно, овие наоди ја градат сликата дека корупцијата влијае истовремено врз финансиската состојба, достоинството, шансите за еднаков третман и врз реалната достапност и квалитетот на здравствените услуги.

Графикон 27. Прашање 65. Какви последици, според Вас, има корупцијата врз пациентите?



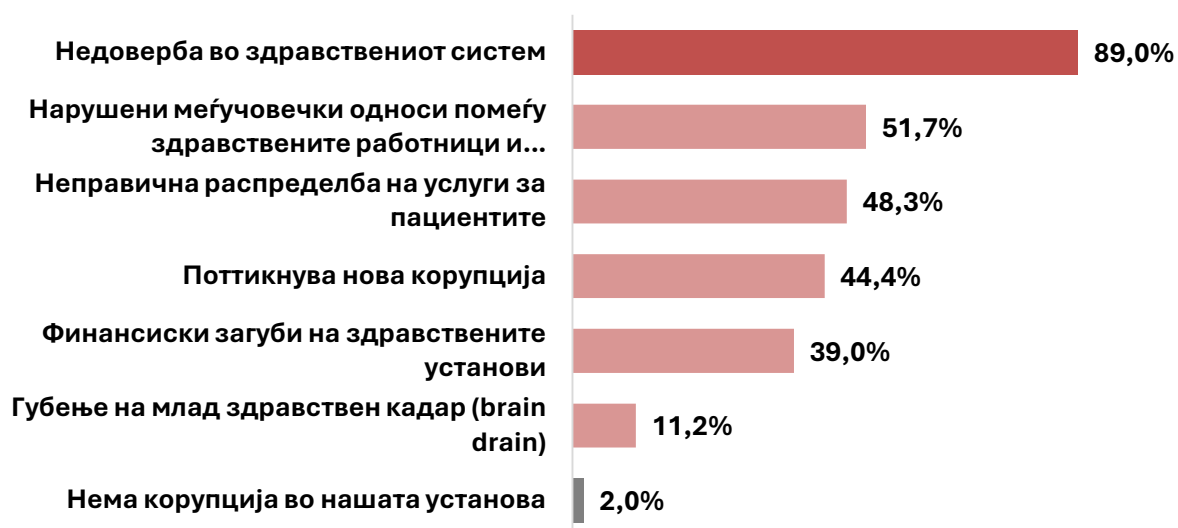
На институционално ниво, најдоминантна последица според мислењата на здравствените работници е недовербата во здравствениот систем (за 89 % од испитаниците) (графикон 28). Тоа укажува дека здравствените работници корупцијата ја доживуваат како појава што го подрива самиот темел на системот, односно ја подрива довербата дека услугите се правични, дека правилата важат за сите и дека здравствените институции го штитат јавниот интерес.

Понатаму, испитаниците препознаваат дека корупцијата ја нарушува и внатрешната динамика на установите. Имено, повеќе од половина од здравствените работници (52 %) наведуваат дека коруптивните практики резултираат си влошени меѓучовечки односи, што значи дека корупцијата создава конфликти, сомнеж и демотивација, а со тоа ја слабее тимската работа и професионалната солидарност.

Речиси половина од здравствените работници (48 %) посочуваат дека корупцијата води до неправична распределба на услугите, додека 44 % сметаат дека таа „раѓа нова корупција“, односно создава круг во кој коруптивното однесување се нормализира и се репродуцира. Ова е суштински индикатор дека испитаниците ја гледаат корупцијата како самоодржлив систем, а не само како серија на изолирани инциденти.

Воедно за здравствените работници значајна е и економската димензија на корупцијата. Поточно 39 % од нив наведуваат финансиски загуби за установите како резултат на корупцијата, што упатува на неефикасност и на непотребно трошење на ресурси, што би требало да одат за услуги, опрема и за подобрување на условите за работа. Иако со понизок удел, индикативно е и тоа што 11 % ја препознаваат загубата на млад здравствен кадар (brain drain) како последица од корупцијата, што претставува сигнал дека коруптивната клима демотивира, создава чувство на безизлезност и го поттикнува одливот на професионалци од македонското јавно здравство.

Графикон 28. Прашање 66. Кои последици ги предизвикува корупцијата врз работата на вашата здравствена установа и врз целокупниот здравствен систем?

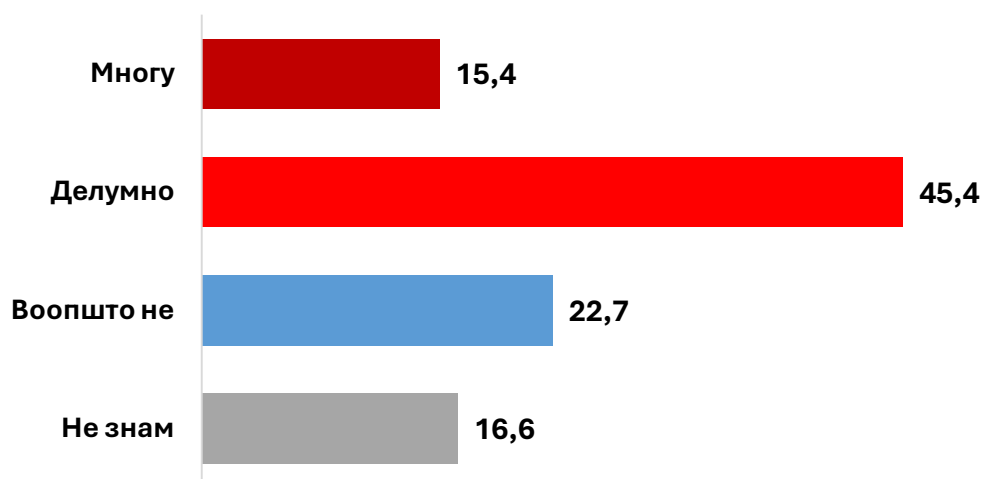


РОДОВИ АСПЕКТИ

Наодите во овој дел упатуваат дека корупцијата се доживува како проблем што го засега целиот систем, при што изложеноста и ранливоста сепак варираат во зависност од полот и од други социјални фактори. Со други зборови, корупцијата ги погодува сите, но не сите се изложени на ист ризик ниту имаат ист капацитет да се заштитат.

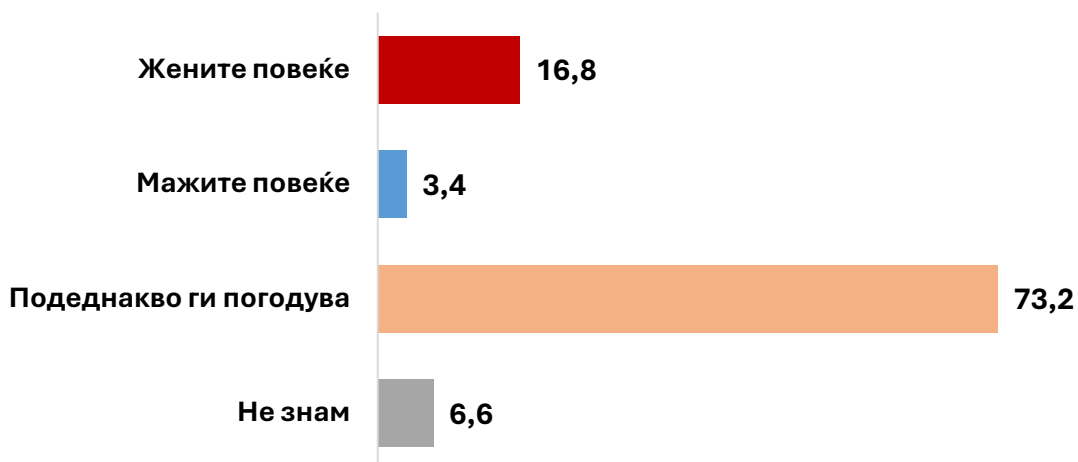
Повеќе од половина испитаници сметаат дека корупцијата во здравството има различни ефекти врз жените и мажите (графикон 29). На прашањето дали корупцијата во здравството различно ги погодува жените и мажите при добивањето на здравствени услуги, 61 % од здравствените работници сметаат дека корупцијата барем делумно различно ги погодува жените и мажите (од нив, 45 % изјавиле „делумно“, а 15,4 % „многу“). Овој резултат сугерира дека значаен дел од здравствените работници препознаваат дека полот и родовите улоги во одредена мера влијаат врз тоа како пациентите се соочуваат со корупција, како преку видот на услуги што ги користат, нивната ранливост во одредени медицински ситуации и односите на моќ во контактот со здравствените работници и со системот.

Графикон 29. Прашање 16. Според Вас, дали корупцијата во здравството различно ги погодува жените и мажите при добивањето на здравствени услуги?



Кога прашањето се поставува како споредба „кој повеќе е погоден“, доминира ставот дека корупцијата подеднакво ги погодува жените и мажите (графикон 30). Вака одговориле 73 % од испитаниците. Сепак, 17 % сметаат дека корупцијата повеќе ги погодува жените, додека само 3 % посочуваат дека повеќе ги погодува мажите.

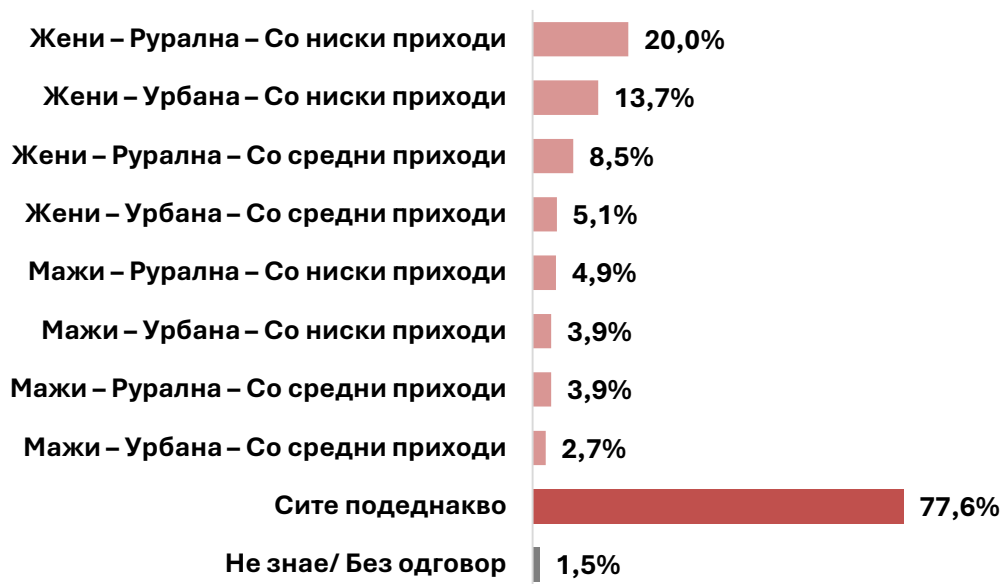
Резултатите покажуваат дека здравствените работници во значителен дел препознаваат родови разлики во начинот на кој корупцијата се доживува и манифестира, но кога се бара директна споредба „кој повеќе страда“, доминира ставот дека штетата е подеднаква. Сепак, меѓу оние што прават разлика, почесто се перципира дека жените се повеќе погодени, што упатува на постоење на родово специфични ризици кои не секогаш се препознаваат како „поголем обем“, туку како „поинаков ефект“. На пример, гинеколошко-акушерските здравствени услуги и зависноста од одлуката на специјалистот во чувствителни периоди како бременоста и породувањето.

Графикон 30. Прашање 17. Според Вас, корупцијата во здравството кого повеќе го погодува?

Системскиот карактер на корупцијата се потврдува и преку прашањето за тоа кои групи „најмногу страдаат“, според пол, место на живеење и економски статус (графикон 52). Имено 77 % од здравствените работници изјавуваат „сите подеднакво“.

Сепак, испитаниците идентификуваат дека жените, најчесто жените од рурална средина со ниски приходи (20 %), жените од урбана средина со ниски приходи (14 %) и жените од рурална средина со средни приходи (8,5 %) се најранливи или најизложени. Овој образец е важен, бидејќи економската ранливост е препознаена како ризик и во урбани средини, но комбинацијата „жена + ниски приходи + рурална средина“ се перципира како најтешка, веројатно поради поголемата зависност од ограничени услуги, потешка мобилност, помала информираност и помал простор за избор. Споредбено мажите во помал степен страдаат од жените во истите категории на приход (графикон 31). Ова упатува дека полот останува релевантен фактор, без разлика на приходите, што најверојатно се должи на фактот дека жените, почесто од мажите, се соочуваат со услуги каде ранливоста е поголема (репродуктивно здравје), а ризикот од злоупотреба и условување е повисок.

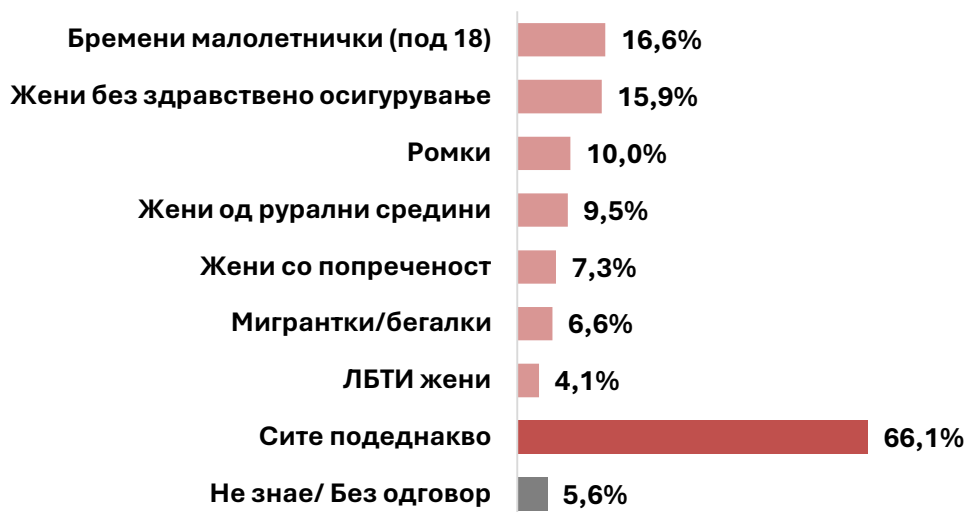
Графикон 31. Прашање 67. Според Вашето искуство, кои групи најмногу страдаат поради вакви практики



Во контекст на гинеколошко-акушерските услуги, испитаниците издвојуваат конкретни групи пациентки кои ги сметаат за особено изложени на неформални плаќања и сексторција (графикон 32). Најчесто се посочуваат бремените малолетнички под 18 години (17 %) и жените без здравствено осигурување (16 %). Овие две групи на жени имаат заеднички карактеристики, имено се соочуваат со ограничена моќ и избор во контактот со системот, зависност од други лица и институции и поголема веројатност да не знаат каде и како да побараат заштита или да пријават.

Дополнително, испитаниците препознаваат дека дискриминацијата и маргинализацијата го зголемуваат ризикот, па како изложени групи ги наведуваат Ромките (10 %) и жените од рурални средини (10 %). Покрај тоа, препознаени се и други групи со специфични бариери, како што се жените со попреченост (7 %) и мигрантки/бегалки (7 %), каде ранливоста може да произлегува од тешкотии во комуникацијата, зависност од придружба, недоволна информираност или недоверба во институции. Најретко како изложени се посочуваат ЛГБТИ-жените (4 %), што може да укажува на ниска препознатливост на сексуалната ориентација и родовиот идентитет како фактори на ранливост кај дел од здравствените работници – не затоа што ризикот нужно е низок, туку затоа што оваа димензија често останува препознаена или недоволно дискутирана.

Графикон 32. Прашање 68. Кои групи на пациентки се најизложени на барања за неформални плаќања или сексторција во гинекологија и акушерство?



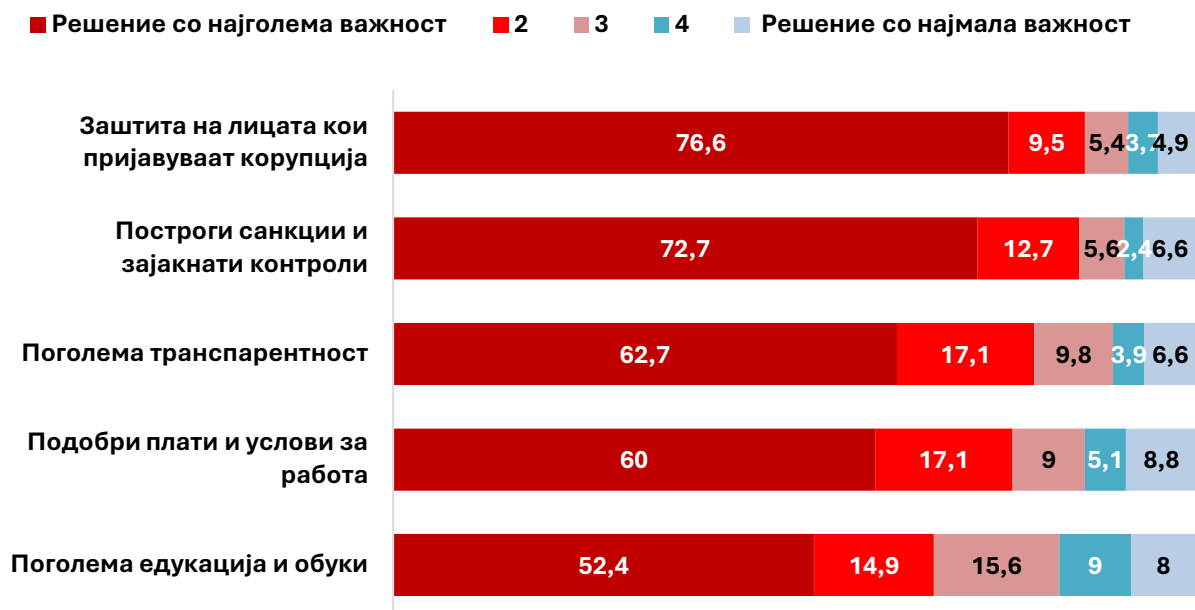
Интервјуата со директори и раководители дополнително ја отвораат темата за родовата и социјалната ранливост во контекст на корупцијата. Иако најчесто истакнуваат дека формално нема разлики по пол и дека пристапот до здравствени услуги е еднаков за сите пациенти, дел од нив препознаваат дека сиромаштијата, руралната средина и ограничениот пристап до информации и транспорт создаваат дополнителен ризик. Во овој контекст, жените од рурални и маргинализирани средини индиректно може да бидат изложени на поголема ранливост, не поради директна дискриминација по пол, туку поради комбинацијата на пол, економски статус и место на живеење.

Според директорите и раководителите, највисок ризик се јавува кај тешки и итни здравствени состојби, кога времето и достапноста се клучни, а притисокот за „побрз пристап“ создава простор за коруптивни практики. Како дополнително изложени ги посочуваат постарите лица и лицата со функционални ограничувања, кои потешко се снаоѓаат во системот и почесто зависат од придружба и поддршка.

МЕРКИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА КОРУПЦИЈАТА

Мислењата на здравствените работници јасно покажуваат дека мерките кои треба да се преземат за намалување на корупцијата се перципираат како пакет на мерки, а не како едно универзално решение. Во таа насока здравствените работници предлагаат комбинација од заштита, санкции, транспарентност и подобри услови за работа. Сепак, во оваа комбинација се издвојуваат неколку приоритети кои, според испитаниците, се предуслов за реална промена.

Графикон 33. Прашање 69. Што сметате дека е најважно за намалување на корупцијата во здравството?



Најсилно изразен приоритет е заштитата на лицата кои пријавуваат корупција (графикон 33). Дури 77 % ја рангираат како најважна мерка, а 10 % како втора најважна. Овој резултат се надоврзува на претходните наоди за воздржаност од пријавување и страв од последици, односно пораката е дека без доверба дека пријавувачот ќе биде заштитен, корупцијата останува невидлива и непријавена, а механизмите формално постојат, но во пракса не функционираат.

Вториот столб, речиси подеднакво силно нагласен, се построгите санкции и зајакнатите контроли. Значителен дел од здравствените работници (73 %) ги рангираат како најважни (а 13 % како второ најважни). Ова укажува дека здравствените работници ја гледаат корупцијата и како прашање на неказниност: кога ризикот од откривање е низок, а последиците се слаби или селективни, коруптивните практики се одржуваат и нормализираат. Оттука, контролите и санкциите се перципираат како механизам што ќе има влијание врз коруптивното однесување.

Паралелно со тоа, силно се истакнува потребата за поголема транспарентност во работењето на здравствените установи, која 63 % од здравствените работници ја рангираат како најважна, а 17 % како втора по важност. Транспарентноста во овој контекст претставува практичен антикорупциски механизам, односно кога процедурите се јасни, видливи и проверливи (термини, листи на чекање, критериуми за услуги, распределба на ресурси), се намалува просторот за „неформални договори“ и за селективно фаворизирање како на пациенти, така и на здравствени работници и на надворешни добавувачи.

Потоа следува група на мерки кои се однесуваат на финансиската состојба и на работните услови на здравствените работници. Подобрите плати и услови за работа се високо приоритетизирани како мерки за спречување на коруптивните практики, имено 60 % од здравствените работници ги ставаат на прво место, а 17 % на второ. Овој наод укажува дека дел од корупцијата се перципира и како симптом на системски притисок, како што е преоптовареност, незадоволителни услови за работа и чувство на неправедно вреднување на трудот, што може да ја зголеми подложноста на коруптивни практики помеѓу здравствените работници. Сепак, важно е што платите и условите не се прворангирани, туку доаѓаат по мерките што ја гарантираат безбедноста на пријавување и реалната отчетност во работењето на здравствените установи.

Конечно, едукацијата и обуките се рангирани нешто пониско, но остануваат значајни мерки за намалување на корупцијата, имено 52 % од здравствените работници ги оценуваат како најважни, а 15 % како втори најважни. Ова сугерира дека испитаниците ја гледаат едукацијата како неопходна, но не и како доволна мерка, односно мислењата на здравствените работници укажуваат дека знаењето за тоа што е корупција и како се постапува во вакви случаи е важно, но без заштита, контрола и јасни последици, обуките тешко можат сами по себе да ја променат праксата.

Севкупно, препораките за мерки за намалување на корупцијата покажуваат јасна логика, здравствените работници најпрво бараат услови за безбедно пријавување на проблемот (заштита на пријавувачи), потоа услови за реална одговорност (санкции и контрола), и паралелно со тоа превентивни системски механизми (транспарентност) и подобрување на работниот контекст (плати, услови за работа, обуки). Ова е важен сигнал за креирање политики, што укажува дека мерките треба да се дизајнираат како поврзан систем, а не како изолирани интервенции.

1.4. ПЕРСПЕКТИВА НА РАКОВОДИТЕЛИТЕ НА ЈАВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ ЗА КОРУПЦИЈАТА И ИНСТИТУЦИОНАЛНАТА РЕАКЦИЈА

Исказите на директорите и на раководителите упатуваат дека на декларативно ниво „се знае“ дека поткуп треба да се одбие и дека постојат интерни правила, забрани и ограничувања (вклучително и за „вредноста на подарок“). Сепак, во пракса доминира перцепција дека пријавувањето е ретко и дека институционалната реакција е слабо видлива или недоволно доследна. Дел од соговорниците експлицитно наведуваат дека не слушаат здравствени работници да пријавуваат, ниту пак да има јасни мерки по вакви случаи, што укажува на слаб функционален капацитет на механизмите за отчетност и на воздржаност од пријавување.

Во поостри искази се појавува чувство дека „ништо не се презема“, поткрепено со примери кои се доживуваат како системска недоследност, односно случаи каде коруптивно однесување било предмет на интервенција, но не само што не резултирало со јасна санкција, туку следувало наградување со позиција. Иако ваквите примери се ретки, нивното присуство е значајно бидејќи ја нагласува перцепцијата за селективност и неказниност, која ја поткопува довербата во институционалниот одговор и ја зацврстува културата на молчење.

Во делот на перцепции и познавања, интервјуата откриваат изразена претпазливост и резервираност при говорот за корупцијата, преку оградување од лично искуство, префрлање на фокусот кон „други установи“ или повикување на надлежности на други институции. Овој дискурс укажува на ограничен простор за отворено артикулирање на проблемот на раководно ниво. Истовремено, ставовите за главните ризици се поделени: дел ја нагласуваат ситната корупција во директниот контакт лекар – пациент, особено во контекст на листи на чекање каде поткупот се рационализира како „забрзан пристап“, додека други ја истакнуваат корупцијата во јавните набавки како посистемски и потенцијално поштетен ризик. Кај јавните набавки често се јавува дистанцирање („централизирано е“, „не е наша надлежност“), што упатува на фрагментирана одговорност и ограничена перцепција за сопствената улога во спречување на системската корупција.

Во однос на причините, дел од раководителите ги посочуваат ниските плати, незадоволството, преоптовареноста и недостигот од кадар како фактори што ја зголемуваат подложноста на неформални практики, додека други причините ги лоцираат во личните вредности на поединците. Во повеќе изјави се забележува и релативизирање преку разграничување меѓу поткуп и „подароци/благодарност“, како и дисперзија на одговорноста (дека практиките може да се појават преку друг персонал, посредници или злоупотреби „во име на доктор“). Паралелно, дел од соговорниците ја штитат професијата, нагласувајќи дека мнозинството не е корумпирано и дека „мал дел“ го создава проблемот, а кај некои се јавува и категорично негирање дека корупција постои „кај нас“, што може да укажува и на институционална негираност или на нормализација на гранични практики.

И покрај оградувањата, доминира оценка дека корупцијата создава нееднаквост во пристапот: пациентите што можат да платат или имаат „врски“ доаѓаат побрзо до услуга или до „одреден доктор“, а пристапот се оддалечува од принципот на реалната здравствена потреба. Како најпогодени се посочуваат пациентите со тешки и итни состојби, особено оние со потреба од хируршки интервенции, онколошки третмани и ограничено достапни дијагностички процедури (на пример, магнетна резонанца), каде притисокот за да се дојде „побргу на ред“ е најизразен и каде неформалните практики се рационализираат како излез од бавните официјални механизми. Дел од раководителите нагласуваат и дека неправичноста не произлегува само од корупција, туку и од системски слабости, какао што е недостиг на кадар и на капацитети, при што се наведуваат примери каде ограничената анестезиолошка поддршка може да создаде ризици и нееднаквост и без директен поткуп. Иако формалните системи за ред (како „МојТермин“, упати и стандарди) се наведуваат како гаранција за еднаков третман, секојдневните притисоци и конфликти околу пристапот (нетрпеливост, бариери во

комуникацијата, закани и „ќе се јавам“) создаваат почва за сомнежи за фаворизирање и ја поткопуваат довербата во правичноста.

Кога станува збор за решенија, раководителите конвергираат околу ставот дека корупцијата не се намалува со една мерка, туку со пакет системски промени што ја намалуваат и можноста и мотивацијата за корупција. Како приоритети се издвојуваат подобрување на платите и условите за работа, намалување на листите на чекање и обезбедување опрема, лекови и материјали. Како втор по ред приоритет, се нагласуваат засилени контроли, ревизии и надзор, особено во јавните набавки и примарното здравство, со цел да се намали перцепцијата на неказнивост. Посебно место има пријавувањето на корупцијата, имено според раководителите иако декларативно се поддржува, стравот и недовербата го прават личен ризик, па анонимноста и заштитата на пријавувачите се препознаваат како клучни предуслови за намалување на корупцијата. Во дел од исказите се нагласува дека недостатокот на информации за правата и бесплатните услуги несразмерно ги погодува социјално ранливите жени, при што корупцијата се препознава и како незаконско наплатување и манипулација со информации. Дополнително, се посочуваат организациски слабости – нефункционална патека за упатување на пациентите и концентрација на услуги во Скопје – кои генерираат долги листи на чекање и притисок врз персоналот, што ја нагласува потребата од појасна распределба на надлежности и порамномерно искористување на капацитетите.

Севкупно, перспективата на директорите и на раководителите ја прикажува корупцијата како системски проблем што се одржува преку ограничени ресурси, недоволно доследна отчетност и ниска доверба во санкционирањето и заштитата при пријавување.

1.5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Податоците од овој дел од извештајот покажуваат дека корупцијата во релацијата пациент – здравствен работник во гинеколошко-акушерската здравствена заштита не е доминантно лично искуство за мнозинството здравствени работници, но претставува доволно присутна и повторлива појава за да се смета за структурен ризик, а не за изолирани инциденти. Иако 77,8 % од испитаниците изјавуваат дека во последните 12 месеци не биле ниту директно вклучени ниту сведочеле на коруптивен чин, 22,2 % укажуваат на директна или на индиректна изложеност, а 7,8 % одбиле да одговорат, што може да претставува индикатор за чувствителност, воздржаност и потенцијален страв. Изложеноста расте со нивото на здравствена заштита, при што највисока е во терцијарното здравство (27,9 %), што упатува на поврзаност меѓу сложеноста на услугите, ограничените ресурси (кадар и опрема) и зголемениот простор за неформални договори.

Формите на корупција најчесто се поврзани со директна или со индиректна финансиска корист. Директното примање пари е најчесто пријавена форма (74,6 % од оние кои пријавиле искуство со корупцијата), но значајно присутни се и подароците договорени пред услугата, упатувањето во приватни термини за преглед/интервенција, препорачување конкретни лекови или лаборатории поради

лична корист и неформални плаќања за услуги што формално треба да бидат бесплатни. Овој спектар покажува дека корупцијата не се сведува само на „пари под рака“, туку функционира и како „сива зона“ на нормализирани практики, често оправдувани како благодарност или како начин за „побрз пристап“ до услуги.

Иницирањето на коруптивните практики има двонасочен карактер: речиси половина од испитаниците (49,2 %) наведуваат дека иницијативата доаѓа од пациент или од член на семејство, додека 44,1 % ја поврзуваат со здравствен работник, најчесто доктор специјалист (33,9 %). Овој распоред ја рефлектира асиметријата на моќ, но и структурниот притисок создаден од долгите листи на чекање, ограничените термини и недостигот од капацитети. Корупцијата најчесто служи за обезбедување побрз или привилегиран пристап до услуги (79,7 % од случаите), за подобар третман или за избор на конкретен лекар (35,6 %), а значително поретко за добивање услуги без медицинска индикација. Клучниот увид е дека во најголем дел од случаите корупцијата не се користи за стекнување „нелегално право“, туку за побрз пристап до услуга што формално веќе е загарантирана, што укажува дека таа функционира како механизам за надминување на системските тесни грла.

Особено загрижувачка е концентрацијата на неформалните плаќања во критичните точки на гинеколошко-акушерската грижа. Изборот на лекар или тим при породување и закажувањето царски рез без јасна медицинска индикација се издвојуваат како најризични сегменти, при што 86,5 % од испитаниците укажуваат дека ваквите барања се повторлива, а не изолирана појава. Ова упатува на нормализација на одредени практики во моменти кога пациентките се најранливи, во бременост, породување и итни состојби и кога зависноста од стручната проценка и одлука е највисока.

Сексторцијата се појавува како најсензитивна и најмалку видлива форма на корупција. Иако мнозинството испитаници не пријавуваат директни сознанија, 19 % наведуваат дека слушнале или дознале за случаи на барање или сугерирање интимна услуга во замена за здравствена услуга, а 16 % посочуваат конкретни недолични однесувања во гинеколошко-акушерски контекст. Истовремено, 30,8 % сметаат дека ваквите појави се случуваат барем повремено, а една третина не знаат колку често се јавуваат, што укажува на ниска видливост и табуизација. Само околу една четвртина од испитаниците се информирани или едуцирани за сексторција, а мал дел препознаваат функционален и безбеден механизам за пријавување. Ова ја нагласува институционалната неподготвеност за адресирање на родово специфичните форми на злоупотреба на моќ.

Клучен заклучок од анализата на реакциите на корупција од страна на здравствените работници е дека непријавувањето е правило, а пријавувањето исклучок. Најчеста реакција е игнорирање (47 %) или одбивање без пријавување (34 %), додека само 7 % формално пријавиле. Причините се системски и конзистентни: недоверба дека нешто ќе се промени (55 %), страв од последици или нарушување на колегијалните односи (56 %), недостиг од докази (36 %) и перцепцијата дека случајот „не е доволно сериозен“. Овој спој на недоверба, страв и нормализација создава култура на молчење во која личниот интегритет не се претвора во институционална акција.

Перцепциите на здравствените работници дополнително ја потврдуваат системската димензија на проблемот со корупцијата. Дури 83,7 % сметаат дека корупцијата е делумно или многу распространета, а значителен дел проценуваат дека таа зафаќа голем дел од здравствениот кадар. Иако најдиректните форми на поткуп речиси униформно се препознаваат како корупција (97,1 %), постои помала согласност околу „сивите зони“, како што се подароци, упатувања во приватни термини, фаворизирање или препорачување услуги поради лична корист, што укажува на делумна нормализација на одредени практики.

Во однос на последиците, постои речиси целосен консензус помеѓу здравствените работници дека корупцијата има реална и сериозна штета. Пациентите се препознаени како најпогодени (82 %), особено преку финансиски товар (63 %), психолошки стрес и чувство на неправда (62 %), продлабочување на нееднаквоста (56 %) и нарушена доверба во системот (55 %). На институционално ниво, најсилна е перцепцијата дека корупцијата ја поткопува довербата во здравствениот систем (89 %), создава неправична распределба на услуги и „раѓа нова корупција“, односно се саморепродуцира преку неказливост и селективност.

Родовата димензија на корупцијата е препознаена од страна на здравствените работници, но не е секогаш експлицитно артикулирана. Иако 73 % сметаат дека корупцијата подеднакво ги погодува жените и мажите, 61 % препознаваат дека таа барем делумно има различни ефекти по пол. Како особено ранливи се посочуваат жените со ниски приходи, особено од рурални средини, бремените малолетнички и жените без здравствено осигурување. Ова укажува дека интерсекцијата на род, сиромаштија и ограничен пристап до информации и услуги создава повисок ризик од изложеност на неформални плаќања и злоупотреба.

Перспективата на раководителите ја потврдува амбивалентноста меѓу декларативна нетолеранција и ограничена практична реакција кон корупцијата. Иако формално се истакнуваат правила и забрани, доминира перцепција дека пријавувањето е ретко, санкциите се недоволно видливи, а одговорноста често е фрагментирана или се префрла на „повисоко ниво“. Дел од исказите упатуваат на релативизирање на границата меѓу поткуп и „благодарност“, што дополнително ја замаглува линијата меѓу дозволено и недозволено однесување.

Здравствените работници јасно порачуваат дека намалувањето на корупцијата бара пакет системски мерки. Највисоко се рангира заштитата на пријавувачите (77 %), потоа построги санкции и контроли (73 %), зголемена транспарентност (63 %) и подобри плати и услови за работа (60 %). Предлозите на здравствените работници укажуваат дека решението не е само во финансиски подобрувања, туку во создавање безбедна средина за пријавување, реална отчетност и видливи последици.

Во целина, наодите од дел 1 покажуваат дека корупцијата во гинеколошко-акушерската здравствена заштита функционира како адаптивен одговор на структурни слабости: долги листи на чекање, недостиг на ресурси, асиметрија на моќ и недоверба во институциите. Дополнително влијание врз појавата на

коруптивните практики има и итност на состојбите во кои се наоѓаат жените (антенатални прегледи, породување) што ги прави дополнително ранливи во овие ситуации. Иако многу здравствени работници лично се дистанцираат од ваквите практики, нивната повторливост, нормализација и ниската стапка на пријавување создаваат средина во која корупцијата се перципира како „очекувана“ стратегија за пристап до загарантирана здравствена услуга. Затоа, институционалниот одговор мора да оди подалеку од поединечни санкции и да се насочи кон системски гаранции за правичност, како што се: намалување на тесните грла во пристапот, јасни и транспарентни процедури, функционални и безбедни канали за пријавување, доследна примена на санкции и посебна заштита во случаи на родово заснована злоупотреба и сексторција.

ДЕЛ 2 - ОРГАНИЗАЦИСКАТА КУЛТУРА, ПОЛИТИКИ И МЕХАНИЗМИ КАКО ФАКТОРИ ЗА КОРУПЦИЈА ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ

Меѓународните анализи укажуваат дека корупцијата во здравството не се сведува исклучиво на индивидуални случаи на поткуп, туку опфаќа поширок спектар на институционални злоупотреби. Студијата на Европската комисија идентификува повеќе видови на корупција во здравствениот сектор, меѓу кои и „misuse of (high) level positions“, односно злоупотреба на раководни позиции, како и корупција во јавните набавки и недозволен влијанија врз управувачките одлуки (European Commission, 2013)³⁹.

Истовремено, извештајот на Transparency International нагласува дека антикорупциските мерки во обезбедување на здравствената услуги треба да бидат повеќеслојни и да опфаќаат зајакнување на надзорот и санкциите (top-down control), јакнење на отчетноста кон пациентите и заедницата (bottom-up accountability), како и подобрување на моралот и мотивацијата на персоналот, при што експлицитно се истакнува дека не постои „единствено магично решение“ за справување со корупцијата (Transparency International, 2019)⁴⁰.

Во овој контекст, организациската култура, јасните политики и процедури, функционалните механизми за надзор и пријавување, како и начинот на управување со човечките ресурси претставуваат клучни фактори за институционалната отпорност кон коруптивни практики. Во продолжение се анализира како овие фактори се одразуваат во здравствените установи.

2.1. СОГЛЕДУВАЊА ЗА КОРУПЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВОТО И ОДГОВОРОТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Истражувањата укажуваат дека корупцијата во здравствениот сектор често се манифестира преку внатрешни институционални механизми, вклучително и злоупотреба на позиции, политички влијанија врз именувањата и напредувањата, како и отсуство или неефективност на санкции, при што неправилностите неретко остануваат неказнети (Transparency International, 2019)⁴¹. Во такви услови, коруптивните дејствија не се ограничени само на остварување финансиска корист, туку можат да се користат и како средство за професионален напредок и обезбедување поволности во рамки на институцијата.

Дополнително, литературата укажува дека здравствениот сектор е особено ранлив поради изразената асиметрија на информации меѓу здравствените работници и пациентите, високата дискрециона моќ при донесување одлуки и вклученоста на повеќе актери со различни и често спротивставени интереси, што создава поволна средина за појава и одржување на коруптивни практики (Sommersguter-

³⁹ European Commission. Study on Corruption in the Healthcare Sector, HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, October 2013, стр. 83.

⁴⁰ Transparency International. The Ignored Pandemic, 2019, стр. 21.

⁴¹ Ибид, стр. 17.

Reichmann & Reichmann, 2024)⁴². Децентрализираната и индивидуализирана природа на здравствените услуги дополнително го отежнува стандардизирањето и ефективниот надзор, особено во системи со ограничен надзорен капацитет.

Корупциски ризици се идентификуваат во повеќе клучни процеси, вклучително и управувањето со човечки ресурси, јавните набавки на лекови и медицинска опрема, распределбата на ресурсите и буџетирањето. Поради тоа, мерењето и систематското документирање на злоупотребите претставува предуслов за развивање ефективни стратегии за спречување и намалување на корупцијата во здравството (Anti-Corruption Resource Center -U4, 2006)⁴³.

Во овој контекст, искуствата и перцепциите на здравствените работници претставуваат важен индикатор за реалната изложеност на коруптивни практики во рамки на здравствените институции.

Податоците покажуваат дека во изминатите 12 месеци **коруптивните практики во здравствените установи не се секојдневна појава за поголемиот дел од здравствените работници, но дека сепак постојат и не се целосно отсутни (графикон 34)**. Најголемиот дел од испитаниците (72,9 %) наведуваат дека во изминатите 12 месеци ниту биле директно вклучени, ниту пак чуле за коруптивен чин во установата во која работат.

И покрај ова, за значаен дел од здравствените работници корупцијата постои како нешто за кое се зборува и за кое се слуша во работната средина. Така, 18,0 % од испитаниците изјавиле дека чуле за коруптивен случај во рамки на нивната установа. Овој податок укажува дека, иако не секогаш лично доживеана, корупцијата е присутна како појава за која здравствените работници имаат сознанија.

Иако се работи за мал број, важно е да се нагласи дека 0,7 % од испитаниците (три лица) изјавиле дека лично биле вклучени или дека од нив било побарано учество во коруптивен чин. Ваквите искуства, иако ретки според бројките, се сериозен сигнал дека во одредени ситуации и средини навистина постојат коруптивни практики. Покрај тоа, 8,8 % од здравствените работници одбрале да не одговорат на ова прашање. Овој податок може да се поврзе со чувство на несигурност, страв од можни последици или недоверба дека ваквите информации можат безбедно да се споделат. Самото одбивање да се одговори укажува дека темата корупција се доживува како чувствителна и ризична за отворено изјаснување.

Кога податоците се разгледуваат според нивото на здравствената заштита, се забележува дека со повисокото ниво на системот почесто се споменува постоење на коруптивни практики, но и поголема воздржаност при одговарањето. Ова особено доаѓа до израз во секундарното и во терцијарното здравство, каде што се концентрирани поголем дел од ресурсите, одлучувањето и влијанието, што може

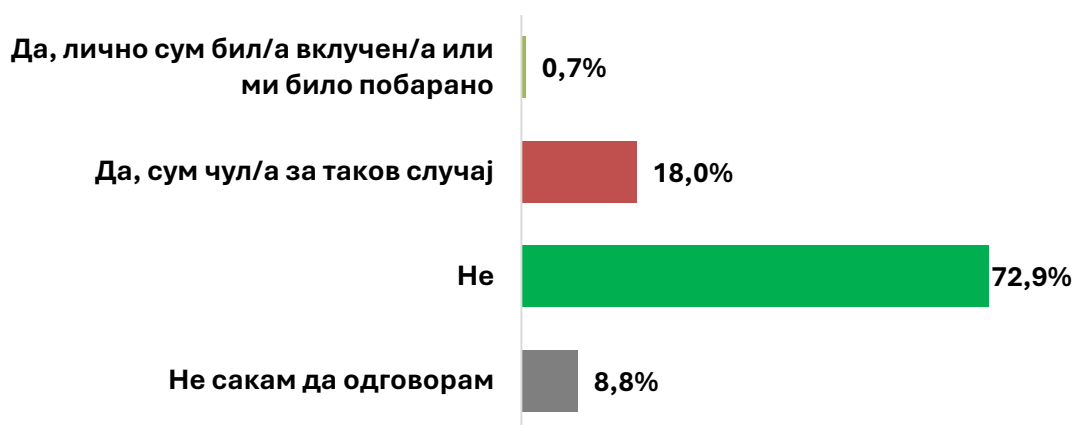
⁴² Sommersguter-Reichmann M., Reichmann G. Untangling the corruption maze: exploring the complexity of corruption in the health sector, 2024, стр. 2-3.

⁴³U4 Anti-Corruption Resource Center. Corruption in the Health Sector, 2006, стр. 4.

да создаде и повеќе можности, но и повеќе страв од последици доколку за ваквите појави се зборува јавно.

Во целина, здравствените работници почесто укажуваат на коруптивни искуства и сознанија во јавниот здравствен сектор, додека приватниот сектор се доживува како помалку изложен на вакви појави. Истовремено, токму во јавниот сектор е поизразена и воздржаноста да се даде одговор, што укажува на постоење на страв или недоверба при отворање на ова прашање. Сознанијата за коруптивни практики се присутни кај здравствените работници од сите возрасни и професионални групи, но најчесто се среќаваат кај оние со среден и подолг работен стаж (11–20 години). Ова може да укажува дека со подолгото искуство и престој во системот, расте и запознаеноста со неговото функционирање, како и со проблемите што постојат во пракса.

Графикон 34. Прашање 41. Во изминатите 12 месеци, дали сте биле директно изложени или сте чуле на коруптивен чин во рамки на установата каде што работите?



За оние здравствени работници кои навеле дека имале допир или сознание за коруптивен чин⁴⁴, важно е да се види во каква форма најчесто се појавуваат ваквите појави (графикон 35). Во оваа група, најчесто споменуваната форма на корупција е директното давање или примање пари. Ова го навеле 60,5 % од оваа група, што покажува дека паричната корупција и понатаму е највидлива и најлесно препознатлива форма, особено за оние кои имале конкретен допир со вакви случаи. Покрај тоа, голем дел од здравствените работници посочуваат и на други облици на корупција кои не секогаш вклучуваат пари, но имаат сериозни последици. Речиси половина наведуваат постоење на неформални договори за размена на услуги или привилегии (48,7 %), како и давање подароци или други материјални добра (46,1 %). Ваквите појави често се доживуваат како „помалку

⁴⁴Важно е да се нагласи дека ова прашање (и следните 7) беа поставени исклучиво на оние испитаници кои во прашањето 41 одговориле потврдно, односно навеле дека лично биле изложени или чуле за коруптивен чин во рамки на здравствената установа каде што работат во изминатите 12 месеци. Оваа група опфаќа 18,7 % од вкупниот примерок, односно 77 испитаници.

формални“, но во суштина создаваат неправедност, нееднаков пристап и злоупотреба на службената положба.

Помал дел како форма на корупција ги посочуваат интимните лични услуги (9,2 %). Иако ретко споменувани, ваквите случаи претставуваат сериозно нарушување на етичките и професионалните стандарди во здравството и укажуваат на особено загрижувачки облици на злоупотреба.

Политичките притисоци се наведени како форма на корупција од мал број испитаници (1,3 %). Дополнително, 3,9 % од здравствените работници не дале конкретен одговор, што повторно упатува на воздржаност и внимателност при зборување за чувствителни теми поврзани со корупцијата.

Графикон 35. Прашање 42. Во каква форма се појавил случајот кога сте биле директно изложени или сте чуле на коруптивен чин во рамки на установата каде што работите? (можни се повеќе одговори)



Кога здравствените работници зборуваат за коруптивни случаи, тие посочуваат различни лица како иницијатори на ваквите појави (графикон 36). Најчесто, како иницијатори се наведуваат здравствени работници или здравствени соработници од истата установа, но од друг профил (42,1 %), што укажува дека корупцијата често се доживува како внатрешен проблем. Коруптивен чин инициран од колега или од колешка на исто работно ниво е наведен од 34,2 % од испитаниците, што покажува дека ваквите појави не се ограничени само на хиерархиски повисоки позиции.

Истовремено, 28,9 % од испитаниците наведуваат дека иницијатор бил надреден, како раководител на оддел или директор, што претставува особено загрижувачка појава поради можниот притисок врз вработените. Дополнително, 23,7 % од испитаниците посочуваат вработен во друга институција поврзана со установата,

додека административниот персонал (18,4 %) и трети лица надвор од институцијата (17,1 %) исто така се наведуваат како можни иницијатори. Помал дел од испитаниците ја одбрале категоријата „друго“ (10,5 %), а 7,9 % не сакале да одговорат, што повторно укажува на воздржаност при зборување за корупцијата.

Графикон 36. Прашање 43. Ако сте биле директно изложени или пак сте чуле за таков случај, кој најчесто го иницирал коруптивниот чин?



Коруптивните дејствија најчесто се поврзуваат со личен и професионален напредок во рамки на здравствените установи (графикон 37). Најголем дел од испитаниците (47,4 %) наведуваат дека целта била добивање унапредување или подобрување на професионалната позиција, што укажува на нарушување на принципите на правичност и еднаков третман. Речиси исто толку испитаници (43,4 %) посочуваат дека корупцијата била насочена кон добивање поповолна распределба на работни задачи или обврски, што покажува дека ваквите појави влијаат и врз секојдневното функционирање на установите.

Понатаму, 30,3 % од испитаниците наведуваат упатување на конгреси, семинари или дополнителни едукации како цел на коруптивните дејствија, што укажува на недоволно транспарентна распределба на можностите за професионален развој. Покрај тоа, 27,6 % укажуваат на прикривање грешка или неправилност, а 26,3 % на избегнување дисциплинска постапка или санкција, што покажува дека корупцијата се користи и за избегнување одговорност.

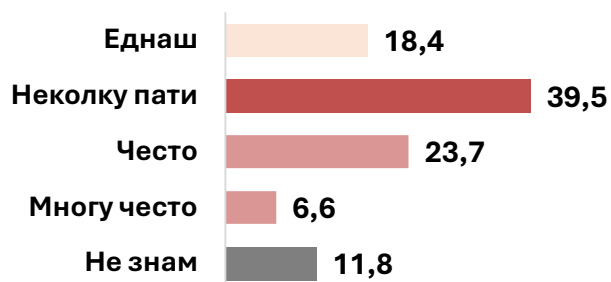
Четвртина од испитаниците (25,0 %) наведуваат добивање поволност за блиско лице, како и остварување финансиска или материјална корист. Помал дел посочуваат влијание врз одлуки на управувачки тела и добивање пристап до ограничени ресурси (по 15,8 %). На крај, 7,9 % од испитаниците изјавиле дека не знаат или не се сеќаваат на целта, додека 1,3 % одговориле со „друго“.

Графикон 37. Прашање 44. Со која цел, била побарана или понудена корупцијата? (МОЖНИ СЕ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ)



Здравствените работници најчесто наведуваат дека во последните 12 месеци неколку пати биле директно изложени или чуле за коруптивни практики во установата каде што работат (39,5 %), што укажува дека корупцијата не е постојана, но се појавува повторливо и не е изолирана појава (графикон 38). Дополнително, 23,7 % од испитаниците сметаат дека ваквите појави се случуваат често, а 6,6 % дека се многу чести. Збирно, околу една третина од здравствените работници укажуваат на висока зачестеност на коруптивни практики. Од друга страна, 18,4 % наведуваат дека ваквите случаи се случиле само еднаш, додека 11,8 % одговориле со „не знам“, што може да укажува на недоволна информираност или воздржаност. Почестата изложеност или информираност за коруптивни практики е поизразена во секундарното и во терцијарното здравство, како и во јавниот сектор.

Графикон 38. Прашање 45. Колку често сте биле директно изложени или пак сте чуле за вакви коруптивни практики во последните 12 месеци?



Кога се соочуваат со коруптивни ситуации, здравствените работници најчесто реагираат воздржано или пасивно (графикон 39). Најголем дел од испитаниците (47,4 %) навеле дека ја игнорирале ситуацијата или се направиле дека не гледаат. Ова укажува дека избегнувањето е најчестиот начин на справување со корупцијата, што може да се поврзе со страв од последици, недоверба дека пријавувањето ќе донесе промени или чувство на недоволна институционална заштита. Дополнително, 19,7 % од испитаниците изјавиле дека одбиле да учествуваат, но не го пријавиле случајот. Ова покажува дека дел од здравствените работници имаат јасна лична етичка граница, но не се чувствуваат охрабрени или безбедни да преземат формални чекори. Заедно, овие две групи опфаќаат повеќе од две третини од испитаниците, што укажува на доминација на индивидуални и на неформални начини на реагирање.

Само 13,1 % од здравствените работници презеле чекори за формално пријавување, што покажува дека ова сè уште е исклучок, а не правило. Односно, 9,2 % од испитаниците навеле дека пријавиле колега, колешка или надреден, додека 3,9 % истакнале дека истовремено одбиле да учествуваат и пријавиле. Многу мал дел од испитаниците (1,3 %) навеле дека прифатиле поради притисок, што укажува на ситуации во кои постои нерамнотежа на моќ и ограничена можност за слободен избор. Ист процент одговориле со „друго“. Дополнително, 17,1 % од испитаниците одбрале „не сакам да одговорам“, што уште еднаш ја нагласува чувствителноста на темата и постоењето на страв или воздржаност, дури и во рамки на анонимно истражување.

Графикон 39. Прашање 46. Како реагиравте во таква ситуација?



Од здравствените работници кои пријавиле коруптивен случај (10 лица), најголем дел тоа го сториле до антикорупциската комисија, полицијата или до јавното обвинителство (40 %, односно 4 лица). Пријавување во рамки на здравствената установа навеле 30 % од испитаниците (3 лица). Истовремено, по 20 % (по 2 лица) пријавиле до граѓанска организација или медиум, до Лекарската комора и до Министерството за здравство. Еден испитаник (10 %) не дал одговор, што укажува на воздржаност и чувствителност на темата.

Од здравствените работници кои пријавиле коруптивен случај, 30 % (3 лица) навеле дека пријавувањето имало негативни последици за нив, што укажува на сериозен проблем со заштитата на пријавувачите и претставува силен обесхрабрувачки фактор. Истовремено, 20 % од испитаниците (2 лица) изјавиле дека институцијата реагираше и презела мерки, што покажува дека во одредени случаи пријавувањето може да доведе до конкретна институционална реакција. Еден испитаник (10 %) навел дека по пријавата ништо не се случило, што упатува на чувство на институционална неактивност и недостиг од реален ефект. Најголем дел од испитаниците, 40 % (4 лица), одговориле со „не знам“, што укажува на недостиг од повратна информација и ограничена транспарентност во постапувањето по пријавите.

Здравствените работници најчесто не се одлучуваат да пријават коруптивен случај затоа што не веруваат дека пријавата ќе доведе до каква било промена (графикон 40). Дури 62,1 % од испитаниците сметаат дека пријавувањето нема да резултира со санкции или со конкретна реакција, што укажува на широкораспространето чувство дека системот не функционира ефикасно.

Покрај ова, значителен дел од испитаниците наведуваат дека немале доволно докази (42,4 %), што покажува дека корупцијата често се одвива на начин кој е тешко да се докаже. Истовремено, 36,4 % посочуваат страв од можни последици, како притисоци, нарушени работни односи или професионални реперкусији. Дополнително, 33,3 % од испитаниците изјавиле дека не сакале да се замерат со колеги или со надредени, што укажува дека меѓучовечките односи и хиерархијата имаат силно влијание врз одлуката за (не)пријавување. Понатаму, 15,2 % од испитаниците не знаеле каде да пријават, што упатува на недоволна информираност за постојните механизми, додека 12,1 % сметале дека случајот не бил доволно сериозен. Ова може да укажува на постепено релативизирање или нормализирање на одредени коруптивни практики. Мал дел од испитаниците одговориле со „друго“ (1,5 %) или не дале одговор (3,0 %), што упатува на индивидуални причини или на дополнителна воздржаност при изјаснување.

Графикон 40. Прашање 49. Која е причината да не се одлучите да пријавите коруптивен случај? (можни се повеќе одговори)



2.2. ОРГАНИЗАЦИСКА КУЛТУРА, ИНСТИТУЦИОНАЛНИ МЕХАНИЗМИ И ПОДГОТВЕНОСТ ЗА ПРИЈАВУВАЊЕ КОРУПЦИЈА

Организациската култура и внатрешните механизми за отчетност се клучни за тоа дали корупцијата во здравствените установи ќе се препознава, ќе се спречува и ќе се санкционира, или ќе остане „нормализирана“ и тешко видлива. Здравствениот сектор е особено ранлив на корупција поради сложените административни структури, големи инвестиции, голем број јавни и приватни обезбедувачи на здравствени услуги и тешкотии да се воспостават ефективни системи на отчетност, како и поради значајните финансиски средства што претставуваат „атрактивна мета“ за злоупотреби (Transparency International, 2018)⁴⁵. Дополнително, здравствената заштита е тесно поврзана со интерперсонална доверба, фаворизирање и односи засновани на врски меѓу давателите и корисниците на услуги. Оттаму во средини каде „лице-в-лице“ и неформалните односи се начин на однесување, границата меѓу транспарентност и коруптивни практики може да биде замаглена, што го отежнува пријавувањето и спроведувањето на антикорупциски политики (Transparency International, 2018)⁴⁶.

Во такви услови, организациската култура (дали корупцијата се осудува или се толерира) и практичната примена на етичките правила директно влијаат врз работните односи и врз начинот на кој здравствените работници го проценуваат личниот ризик од пријавување. Меѓународните насоки нагласуваат дека етичкото однесување не треба да остане само на ниво на кодекси и обуки, туку може да се зајакнува и преку управувањето со човечки ресурси: транспарентно и

⁴⁵ Transparency International. Corruption in Health Services, 2018, стр. 3.

⁴⁶ Transparency International. Corruption in Health Services, 2018, стр. 6.

вработување засновано на јасни критериуми, фер системи на надомест, оценување што ги вклучува и етичките стандарди, наградување на етичко однесување и ефективни политики за дисциплинска одговорност при злоупотреби (Transparency International, 2018)⁴⁷.

Механизмите за претставки или за пријавување се важни механизми на отчетност што можат да бидат клучни за откривање измами и корупција, а истовремено да обезбедат корисни сознанија за процесите на ревизија и контрола на квалитет што ги спроведуваат државните органи. Дополнително, неопходно е да се воспостават ефективни канали за пријавување и заштита на укажувачите за лицата што работат во јавни набавки, здравствени институции, даватели на услуги и кај добавувачи на лекови и опрема. (Transparency International, 2018)⁴⁸. Исто така, се нагласува дека ефективните механизми за претставки се клучна алатка за идентификување и спречување корупција, затоа што овозможуваат проблемите да „излезат на површина“, да се преземат корективни мерки и да се управува со корупцискиот ризик (Transparency International, 2016)⁴⁹. За да функционираат, граѓаните треба да можат лесно да поднесат претставка, пријавите да се процесуираат ефикасно и да има соодветен и навремен одговор, а дополнително да се почитуваат доверливоста, анонимноста и правата на пријавувачите (Transparency International, 2016)⁵⁰.

Во овој контекст, во делот што следува се анализираат перцепциите и искуствата на здравствените работници за: организациската култура во однос на корупцијата, влијанието на корупцијата врз вработување и унапредување, присутноста на различни коруптивни практики, подготвеноста за пријавување и условите што ја поттикнуваат или ја ограничуваат, како и видливоста и функционалноста на политики за интегритет и механизмите за пријавување.

Здравствените работници имаат различни перцепции за тоа како нивната установа се однесува кон корупцијата, што укажува на нееднакво доживување на организациската култура во здравствените установи (графикон 41). Повеќе од една третина од испитаниците (37,3 %) сметаат дека во нивната установа постои јасна нетолеранција кон корупцијата, што укажува дека дел од здравствените работници ја препознаваат институцијата како средина во која коруптивното однесување формално и суштински не се прифаќа.

Сепак, значаен дел од испитаниците изразуваат поумерени и покритички ставови. Така, 27,1 % одговориле дека формално постојат правила против корупција, но дека таа во пракса се толерира, додека дополнителни 16,6 % сметаат дека, иако правилата постојат, корупцијата е прифатена практика во секојдневното функционирање. Збирно, овие одговори опфаќаат 43,7 % од испитаниците, што укажува дека речиси половина од здравствените работници ја доживуваат организациската култура како недоследна, односно како средина во која формалните антикорупциски норми не се секогаш применети во пракса.

⁴⁷Ибид, стр. 8.

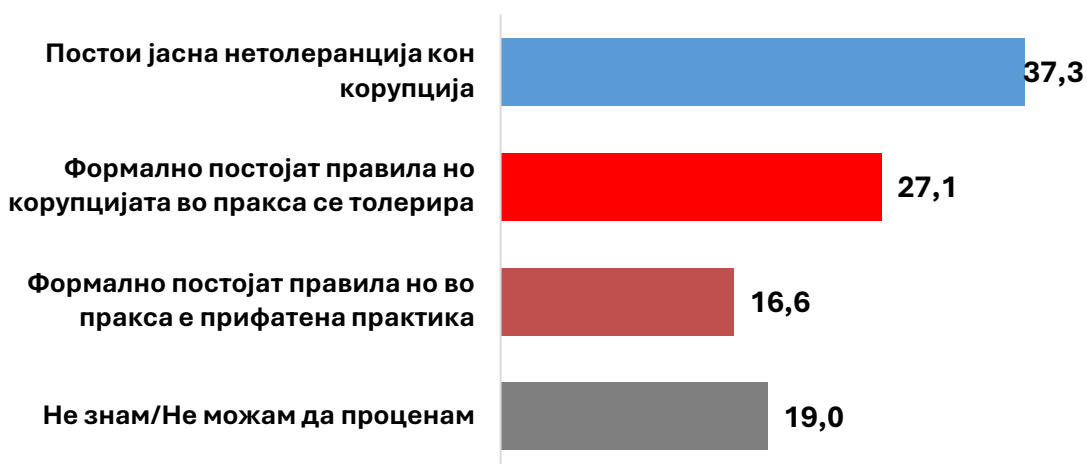
⁴⁸Ибид, стр. 9.

⁴⁹Transparency International. Complaint Mechanisms: Reference Guide for Good Practice, 2016, стр. 2

⁵⁰Ибид, стр. 2-4.

Дополнително, 19,0 % од испитаниците изјавиле дека не знаат или не можат да проценат каква е реалната состојба во нивната установа. Ова може да укажува на недоволна транспарентност, ограничен увид во начинот на функционирање на институцијата или воздржаност при изразување ставови за чувствителни прашања поврзани со корупцијата.

Графикон 41. Прашање 39. Како би ја опишале организациската култура во вашата установа во однос на корупцијата?



Здравствените работници во голем дел сметаат дека корупцијата има реално влијание врз можностите за вработување и унапредување во нивните установи (графикон 35). Најголем дел од испитаниците наведуваат дека корупцијата понекогаш влијае врз овие процеси (32,4 %), додека речиси ист процент (31,0 %) сметаат дека таа многу често има влијание. Збирно, 63,4 % од здравствените работници перципираат дека корупцијата има повремено или често влијание врз кадровските одлуки, што укажува на сериозна загриженост за правичноста и транспарентноста во системот.

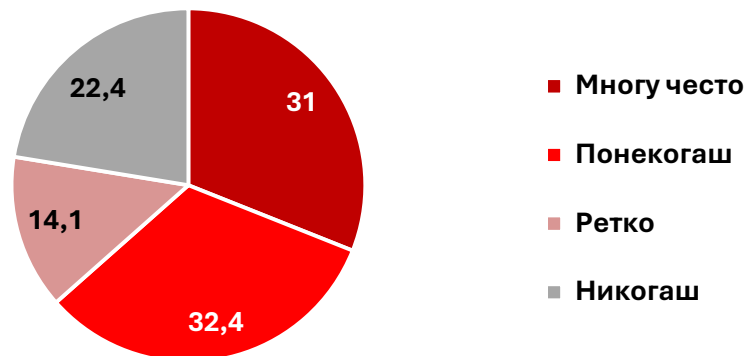
Од друга страна, 22,4 % од испитаниците сметаат дека корупцијата никогаш не влијае врз вработувањето и унапредувањето, додека 14,1 % оценуваат дека таа ретко има такво влијание. Овие одговори укажуваат дека постојат и средини или индивидуални искуства во кои коруптивните практики не се препознаваат како доминантен проблем, или пак се појавуваат селективно.

Кога податоците се разгледуваат според нивото на здравствената заштита, јасно се забележуваат разлики. Најизразена перцепција за често влијание на корупцијата има кај испитаниците од терцијарното здравство. Речиси половина од нив (47,5 %) сметаат дека корупцијата многу често влијае врз вработувањето и унапредувањето, додека дополнителни 34,4 % наведуваат дека тоа се случува понекогаш. Ова укажува на силно чувство за присутност на коруптивни практики на највисокото ниво на здравствениот систем. Во секундарното здравство, најчест е ставот дека корупцијата влијае понекогаш (46,3 %), а 30,9 % сметаат дека таа многу често има влијание. За разлика од нив, испитаниците од примарното здравство во поголем процент изјавуваат дека корупцијата никогаш не влијае врз

можностите за вработување и унапредување (38,5 %). Сепак, и тука значителен дел (26,5 %) сметаат дека корупцијата многу често има вакво влијание, што укажува на поделени ставови и различни искуства и на ова ниво. Генерално, податоците покажуваат дека перцепцијата за влијанието на корупцијата врз кариерниот напредок се зголемува со повисокото ниво на здравствена заштита, при што терцијарното и секундарното здравство се доживуваат како поранливи во споредба со примарното.

Сличен образец се забележува и кога податоците се анализираат според должината на работниот стаж. Кај здравствените работници со помалку од 5 години работен стаж, најголем дел сметаат дека корупцијата многу често (36,8 %) или понекогаш (28,1 %) влијае врз можностите за вработување и унапредување, што укажува дека перцепцијата за коруптивни практики се јавува уште во раните фази од професионалната кариера. И кај испитаниците со 11–20 години работен стаж доминира ставот дека корупцијата влијае понекогаш (35,7 %) или многу често (27 %). Слично, и кај најискусните здравствени работници, со повеќе од 20 години стаж, најголем дел сметаат дека корупцијата понекогаш (36,9 %) или многу често (36 %) влијае врз кариерниот напредок. Овие наоди укажуваат дека загриженоста за коруптивни влијанија е присутна кај здравствените работници во сите фази од нивната кариера.

Графикон 42. Прашање 42. Колку често, корупцијата влијае врз можностите за вработување и унапредување на здравствените работници во вашата здравствена установа?



Перцепциите на здравствените работници за однесувањето на нивните колеги/колешки дополнително ја потврдуваат сликата за состојбата со корупцијата при обезбедувањето на здравствената заштита. Иако корупцијата не се перципира како практика во која се впушта „скоро секој“, мнозинството испитаници препознаваат дека различни форми на коруптивно однесување се присутни кај дел од здравствените работници (графикон 43). Здравствените работници во речиси ист процент препознаваат дека прифаќањето или барањето пари и подароци за обезбедување редовни здравствени услуги, упатувањето пациенти во приватни термини, препорачувањето на специфични лекови/помагала за лична корист се присутни во одреден обем во здравствените установи каде што работат. Доколку се комбинираат одговорите „скоро сите“ и „многу здравствени работници“ може да се увиди дека здравствените работници

како најзастепна пракса помеѓу нивните колеги го препознаваат прифаќањето на пари или скапи подароци за обезбедување на редовни здравствени услуги (10 % - скоро сите; 19,5 % - многу), потоа со речиси подеднаква зачестеност следуваат препорачувањето на лекови и ортопедски помагала за лична корист (9,5 % - скоро сите; 18,3 % - многу) и барање пари и скапи подароци за редовни здравствени услуги (8,5 % - скоро сите; 15,6 % - многу). Од друга страна пак упатувањето на пациенти на преглед во приватните термини од најголем број на испитаници е препознаена како пракса која ја прават скоро сите колеги/колешки (13,4 % - скоро сите). Сите овие податоци укажуваат дека корупцијата е перципирана како реален и системски ризик, а не како појава ограничена на изолирани случаи или на поединци.

Графикон 43. Прашање 51. Според Вашето искуство колку од здравствените работници и здравствените соработници од установата каде што работите, прават нешто од следното:



Подготвеноста на здравствените работници да пријават корупција во иднина е присутна, но во голема мера е условена од чувството на заштита и довербата во системот (графикон 44). Најголем дел од испитаниците (35,1 %) наведуваат дека би пријавиле корупција само доколку бидат соодветно заштитени, што јасно покажува дека стравот од можни последици останува клучна пречка. Овој наод директно се надоврзува на претходните резултати, каде што токму стравот и недовербата во институционалната заштита беа најчестите причини за непријавување.

Дополнително, 28,8 % од испитаниците изјавуваат дека секогаш би пријавиле доколку дознаат за коруптивен случај, што укажува на постоење на јасна етичка

подготвеност кај дел од здравствените работници. Од друга страна, 18,0 % наведуваат дека не би пријавиле, а ист процент не се сигурни како би постапиле, што упатува на скептицизам, неодлучност или внатрешен конфликт помеѓу професионалните вредности и реалните ризици.

Кога податоците се разгледуваат според нивото на здравствена заштита, се забележуваат значајни разлики. Во примарното здравство, највисок е уделот на здравствени работници кои изјавуваат дека секогаш би пријавиле корупција (37,2 %), додека дополнителни 32,7 % би го сториле тоа доколку бидат заштитени. Сепак, и тука секој петти испитаник не е сигурен како би постапил. Во секундарното здравство, подготвеноста за пријавување е значително пониска. Само 19,5 % изјавуваат дека секогаш би пријавиле, додека дури 36,6 % наведуваат дека не би пријавиле корупција, што укажува на изразен страв од последици, недоверба во заштитните механизми или нормализација на коруптивните практики. Кај испитаниците од терцијарното здравство, доминира условната подготвеност за пријавување. Речиси половина (47,5 %) би пријавиле корупција само доколку постои соодветна заштита, додека релативно мал дел (16,4 %) изјавуваат дека секогаш би пријавиле. Ова укажува дека на највисокото ниво од здравствениот систем постои силна свесност за ризиците од пријавување и потреба од поефикасни механизми за заштита на укажувачите.

Јасна разлика се забележува и меѓу јавниот и приватниот сектор. Во јавниот сектор, најмал е процентот на здравствени работници кои би пријавиле корупција без услови (15,7 %), додека најголем дел (44,3 %) би пријавиле само доколку бидат заштитени. Истовремено, секој четврти испитаник од јавниот сектор изјавува дека не би пријавил корупција. Наспроти тоа, во приватниот сектор речиси половина од испитаниците (49,1 %) наведуваат дека секогаш би пријавиле, а процентот на оние кои не би пријавиле е значително понизок (5,4 %).

Општо земено, резултатите покажуваат дека подготвеноста за пријавување корупција постои, но таа останува силно условена од постоењето на јасни, безбедни и ефикасни механизми за заштита на пријавувачите.

Графикон 44. Прашање 50. Доколку дознаете за случај на корупција во институција каде што работите, дали би го пријавиле?



Податоците укажуваат на јаз помеѓу формалното постоење на антикорупциски политики и нивната примена во пракса во здравствените установи (графикон 45). Само 31,7 % од здравствените работници сметаат дека во нивната установа постои етички кодекс или политика за спречување на корупција што навистина се применува во пракса. Дополнителни 25,9 % наведуваат дека ваков документ формално постои, но не се применува, што укажува на јасен јаз помеѓу правилата „на хартија“ и реалното функционирање на институцијата.

Понатаму, 17,3 % од испитаниците изјавиле дека во нивната установа воопшто не постои етички кодекс или политика за спречување на корупција, што укажува на отсуство на основна формална рамка. Истовремено, 25,1 % од здравствените работници не се информирани дали ваков документ постои. Вкупно земено, резултатите покажуваат дека дури и кога формалните антикорупциски политики постојат, нивната примена и видливост во институциите остануваат ограничени.

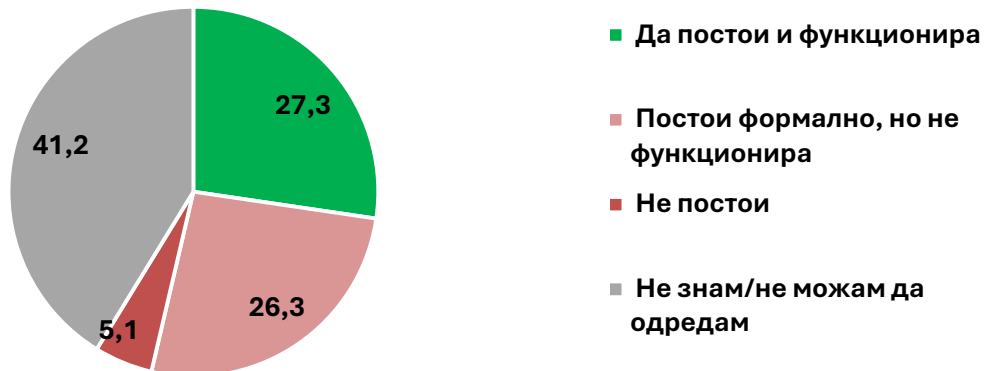
Графикон 45. Прашање 52. Дали во вашата здравствена установа постои формално усвоен етички кодекс или политика за спречување на корупција?



Податоците покажуваат дека функционалноста и видливоста на механизмите за пријавување корупција во здравствените установи се ограничени (графикон 46). Само 27,3 % од испитаниците сметаат дека во нивната установа постои механизам за пријавување на корупција што навистина функционира во пракса. Речиси ист процент, 26,3 %, наведуваат дека ваков механизам постои формално, но не се применува или не функционира ефективно. Мал дел од испитаниците (околу 5 %) изјавиле дека во нивната установа воопшто не постои механизам за пријавување.

Сепак, најзагрижувачки е фактот што 41,2 % од здравствените работници не знаат или не можат да проценат дали ваков механизам постои. Ова укажува на сериозни слабости во интерната комуникација и информираноста, при што и постоечките механизми остануваат практично невидливи за голем дел од вработените.

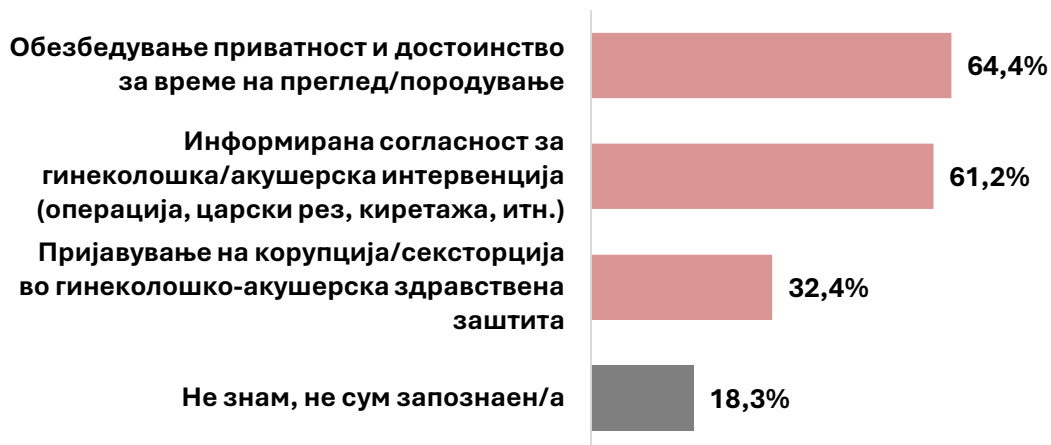
Графикон 46. Прашање 53. Дали во вашата установа постои функционален механизам за пријавување на корупција (комисија, доверлива линија, службеник, електронски начин и сл.)?



Во контекст на претходните наоди, важно е да се согледа дали здравствените установи располагаат со јасни и писмени правила што ги уредуваат најчувствителните аспекти на гинеколошко-акушерската здравствена заштита (графикон 47). Во таа насока, податоците покажуваат дека 64,4 % од испитаниците сметаат дека во нивната установа постојат јасни писмени протоколи за заштита на приватноста и достоинството за време на преглед или породување, додека 61,2 % наведуваат дека постојат протоколи за информирана согласност при гинеколошки и акушерски интервенции.

Наспроти ова, значително понизок е процентот на испитаници кои посочуваат постоење на јасни писмени протоколи за пријавување на корупција или на сексуална злоупотреба во гинеколошко-акушерската здравствена заштита (32,4 %). Овој јаз укажува дека, иако одредени етички стандарди се релативно добро формализирани, механизмите за заштита од корупција и секторција се значително помалку развиени или помалку видливи. Дополнително, 18,3 % од испитаниците изјавиле дека не знаат или не се запознаени дали вакви писмени протоколи воопшто постојат.

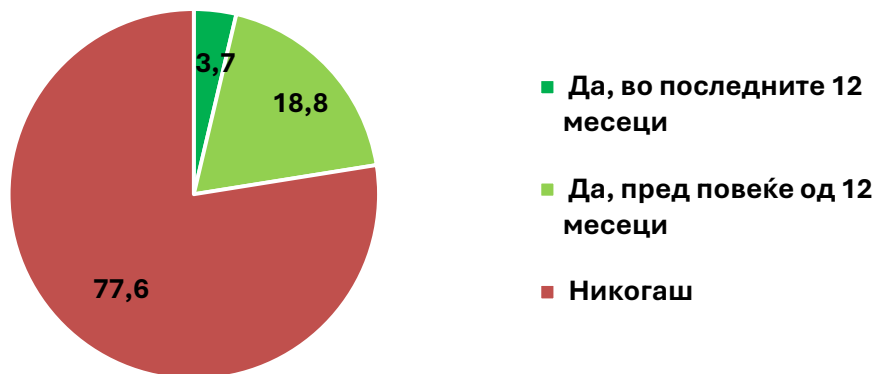
Графикон 47. Прашање 54. Дали вашата установа има јасни, писмени протоколи за: (МОЖНИ СЕ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ)



Резултатите покажуваат дека обуките за препознавање и спречување корупција и сексторција во гинеколошко-акушерската здравствена заштита се сериозно недоволни (графикон 48). Најголем дел од испитаниците (77,6 %) изјавиле дека никогаш немале ваква обука. Дополнително, 18,8 % од испитаниците навеле дека имале обука, но пред повеќе од 12 месеци, што укажува на отсуство на континуитет и редовно обновување на знаењата. Само 3,7 % изјавиле дека имале обука во последните 12 месеци, што покажува минимален тековен ангажман на институциите во оваа област.

Недостигот од вакви обуки е присутен на сите нивоа на здравствена заштита. Во примарното здравство, 77,0 % од испитаниците никогаш немале обука, во секундарното 76,4 %, а во терцијарното дури 82,0 %. Овие податоци укажуваат на системски пропуст во градењето капацитети за препознавање и спречување корупција и сексторција во една од најчувствителните области на здравствената заштита.

Графикон 48. Прашање 55. Дали во последните 12 месеци сте имале обука за препознавање и спречување корупција и сексторција при обезбедување на гинеколошки и акушерски услуги (вклучувајќи упатување/заштита на жртви)?



Начинот на кој здравствените работници ја замислуваат пријавата на корупција открива длабока потреба од независност, анонимност и заштита (графикон 49). Како најсоодветен начин за пријавување, највисоко е рангирана независната антикорупциска комисија, што ја посочуваат 47,1 % од испитаниците. Речиси идентичен удел од испитаниците (45,9 %) сметаат дека анонимното пријавување, преку телефон или преку онлајн платформа, е најсоодветен канал. Високата поддршка за оваа опција јасно ја нагласува важноста на заштитата на идентитетот како клучен предуслов за пријавување, што е во целосна согласност со претходните наоди за страв од последици и недоверба во институционалната заштита.

Значително помал дел од испитаниците ја истакнуваат можноста за интерно пријавување, преку назначено лице во установата или преку надреден (по 29,3 %), како и преку интерни комисији (27,3 %). Ова укажува дека, иако ваквите механизми постојат, тие се перципираат како помалку безбедни или помалку ефикасни во споредба со независните и анонимните канали. Дел од испитаниците како соодветен канал ги наведуваат медиумите (22 %) и граѓанските организации (14,4

%), што укажува на потреба од алтернативни форми на јавен или надворешен притисок во ситуации кога институционалните механизми не функционираат. Наспроти тоа, институциите на формалното кривично гонење се ретко посочувани како соодветни канали за пријавување, при што МВР, јавното обвинителство, ФЗОМ и судовите се наведени со исклучително ниски удели (под 2 %).

Дополнително, 16,1 % од испитаниците сметаат дека друга јавна институција би била посоодветна, додека мал, но индикативен дел (1,7 %) изразуваат целосна недоверба во системот, сметајќи дека ниту една институција нема ефект.

Графикон 49. Прашање 56. Според Вас, кој е најсоодветниот начин за пријавување корупција? (можни се повеќе одговори)

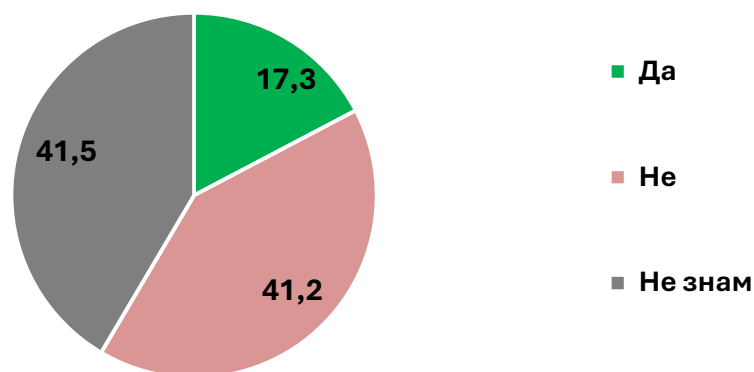


Кога станува збор за пријавување корупција, здравствените работници во најголем дел не се убедени дека лицата кои пријавуваат се соодветно заштитени во нивната установа (графикон 50). Само 17,3 % од испитаниците сметаат дека „свиркачите“ се доволно заштитени. Наспроти тоа, 41,2 % од испитаниците сметаат дека лицата кои пријавуваат корупција не се доволно заштитени, што укажува на доминантна перцепција за изложеност на притисоци, дискриминација или други негативни последици во работната средина.

Истовремено, речиси ист удел (41,5 %) одговориле со „не знам“, што упатува на недоволна информираност за постојните политики, процедури и права поврзани со заштитата на „свиркачите“.

Овие наоди дополнително ја објаснуваат ниската подготвеност за пријавување корупција и ја потврдуваат потребата од јасни, видливи и ефективни механизми за заштита на пријавувачите.

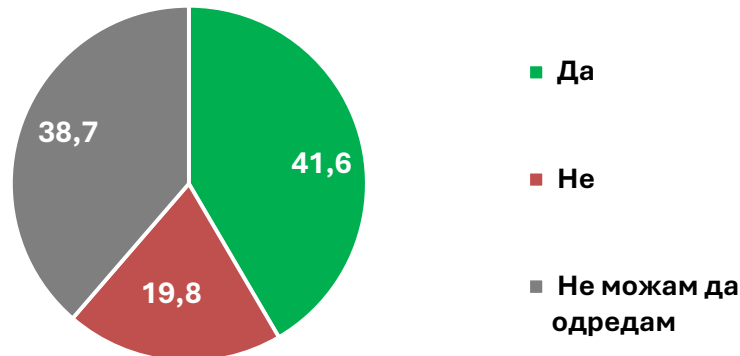
Графикон 50. Прашање 57. Дали сметате дека лицата кои пријавуваат корупција („свиркачи“ – whistleblowers) се доволно заштитени во рамките на вашата установа?



Начинот на пријавување игра важна улога во чувството на безбедност и подготвеност да се пријави корупција (графикон 51). Имено, 41,6 % од испитаничките (на ова прашање одговараа само жените испитанички) наведуваат дека би се чувствувале послободно да пријават корупција доколку постои специјален механизам за жени, преку женски контакт или независно тело. Ова укажува дека речиси половина од жените препознаваат потреба од дополнителна поддршка и заштита, која би можела да го намали стравот од притисоци, стигматизација или можни реперкусии.

Од друга страна, 19,8 % од испитаничките сметаат дека ваков механизам не би влијаел врз нивната подготвеност за пријавување, што укажува дека за дел од жените клучниот проблем лежи подлабоко, односно во недовербата кон институциите или во пошироката организациска култура, а не само во формата на пријавување. Дополнително, висок удел од испитаничките (38,7 %) одговориле дека не можат да проценат дали ваков посебен механизам би им помогнал. Ова упатува на неизвесност и на недоволно јасна претстава за тоа како би функционирал ваков систем во пракса, но и на потребата од појаснување и градење доверба околу ваквите можни решенија.

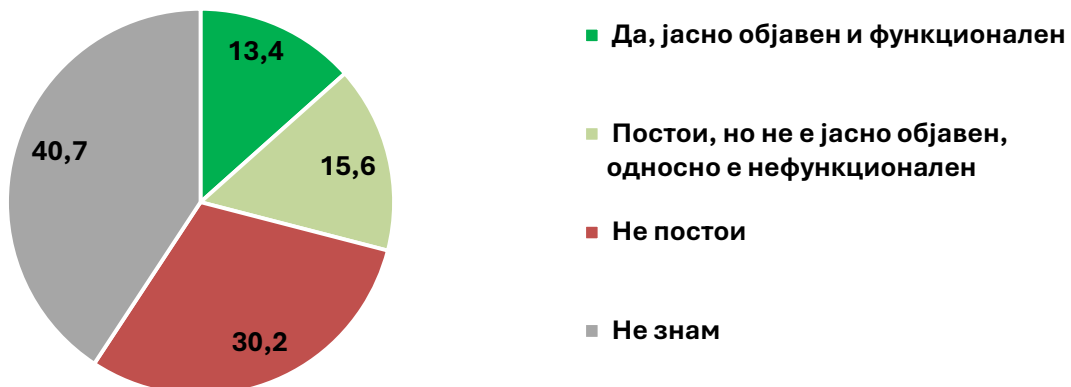
Графикон 51. Прашање 58. Дали би се чувствувале послободно да пријавите корупција во вашата здравствена установа ако постои специјален начин за пријавување за жени по пат на женски контакт или независно тело? (напомена: одговараат само жените испитанички)



Кога станува збор за пријавување од страна на пациентки и родилки, здравствените установи ретко нудат јасно видлив и доверлив механизам за пријавување корупција (графикон 52). Само 13,4 % од испитаниците сметаат дека ваков механизам постои, е јасно објавен и навистина функционира. Дополнително, 15,6 % наведуваат дека механизам формално постои, но не е јасно истакнат или не се применува во пракса. Од друга страна, речиси една третина од испитаниците (30,2 %) сметаат дека ваков механизам воопшто не постои. Висок удел одговориле со „не знам“ (40,7 %).

Состојбата е особено изразена во јавниот сектор. Само 10,2 % од испитаниците од јавните здравствени установи наведуваат дека постои јасно објавен и функционален механизам за пријавување достапен за пациентки и за родилки. Дополнителни 20,8 % сметаат дека механизам постои, но не е видлив или не функционира, додека 32,9 % наведуваат дека ваков механизам воопшто не постои. Речиси секој трет испитаник од јавниот сектор (36,1 %) одговорил со „не знам“, што уште еднаш ја потврдува слабата информираност и ограничената институционална видливост на механизмите за пријавување.

Графикон 52. Прашање 59. Доколку постои женски или доверлив начин за пријавување, дали е експлицитно достапен и за пациентки/родилки во гинекологија?



2.3. ПЕРСПЕКТИВА НА РАКОВОДНИТЕ СТРУКТУРИ И ИНСТИТУЦИОНАЛНИТЕ ОГРАНИЧУВАЊА

Улогата на раководството е клучна во градењето на интегритетот, отчетноста и ефикасноста на здравствениот систем. Според Светската здравствена организација поимот „лидерство и управување“ опфаќа обезбедување стратешки политики и насоки, ефективен надзор, соработка со релевантни чинители, воспоставување соодветна регулатива и мерки за мотивирање, обезбедување соодветно уредување на системот и јасна отчетност. Посебно се нагласува дека „сите актери во здравствениот систем треба да бидат јавно отчетни“, а дека „транспарентноста е предуслов за вистинска отчетност“ (World Health Organization, 2007)⁵¹. Во услови на ограничени ресурси, комплексни хиерархии и висок степен на зависност од управувачки одлуки, квалитетот на управувањето директно влијае врз тоа дали правилата ќе се применуваат правично и доследно или ќе се создава простор за селективност, неформални влијанија и корупциски ризици (World Health Organization, 2007)⁵².

Светската здравствена организација дополнително истакнува дека подброто раководење и управување се клучни за ефективно користење на ресурсите и постигнување мерливи резултати, при што доброто раководење подразбира насочување и мобилизација на партнерите и на персоналот, а доброто управување - ефикасно, креативно и одговорно користење на луѓето и на другите ресурси. Ефективното управување, според СЗО, подразбира и баланс меѓу четири меѓусебно поврзани димензии: адекватен број и распоред на менаџери, соодветни компетенции, функционални системи за поддршка и овозможувачка работна средина (World Health Organization, 2007)⁵³. Во пракса, „овозможувачката работна средина“ се поврзува со јасна распределба на улоги и одговорности, соодветен степен на автономија, постоење на стандарди/правила/процедури и начини на надзор и стимули што ја поддржуваат отчетноста и професионалната етика (World Health Organization, 2007)⁵⁴. Дополнително, вклучувањето на потребите на заедницата (responsiveness to community needs) е препознаена како важен елемент што треба да се земе предвид при јакнење на лидерството и управувањето (World Health Organization, 2007)⁵⁵.

Во овој контекст, ставовите и искуствата на директорите и раководителите се важен показател за тоа како институционалните ограничувања, распределбата на моќта и (не)јасните линии на отчетност се одразуваат врз појавата и одржувањето на корупциски ризици во јавните здравствени установи. Анализата на нивните перцепции овозможува да се идентификуваат „слабите точки“ во раководењето и управувањето, како и потребата од системски мерки за јакнење на интегритетот и

⁵¹WHO. Everybody Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action, 2007, стр. 23.

⁵²WHO. Everybody Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action, 2007, стр. 23.

⁵³ Towards Better Leadership and management in Health: Report on an International consultation on strengthening Leadership and management in low-income countries, 2007, стр. 3-4.

⁵⁴Ибид, стр. 9.

⁵⁵Ибид, стр. 12.

на довербата. За да се добие појасна слика за тоа како раководните структури и институционалниот контекст влијаат врз појавата на коруптивни практики, во продолжение се прикажуваат искуства и ставови на директори и раководители од јавните здравствени установи⁵⁶.

Одговорите на директорите и раководителите во однос на можните влијанија врз вработувањата, јавните набавки и распределбата на ресурсите се одликуваат со висока чувствителност и претпазливост. Дел од испитаниците одговараат со кратко и категорично „не“, или се оградуваат дека не се надлежни и дека одлуките се носат „на друго ниво“. Овој модел на одговори укажува и на страв од директно именување на притисоци, но и на реална фрагментација на моќта во системот, каде дел од раководителите немаат формална улога во клучните административни процеси.

И покрај ваквите оградувања, низ интервјуата се назираат две паралелни реалности. Дел од испитаниците нагласуваат дека постојат формализирани процедури кои ја ограничуваат можноста за директно влијание, особено преку тестирања и електронски јавни набавки. Наспроти ова, во поексплицитни искази се признава дека политичките влијанија, особено во доменот на вработувањата, се системски присутни и се доживуваат како „јавна тајна“, при што смените на директори и политичките констелации директно се поврзуваат со кадровските одлуки. Овие перцепции дополнително се усложнуваат од хроничниот недостиг на кадар, кој кај дел од установите го релативизира прашањето на избор според квалитет и заслуги. Во такви услови, приоритет станува одржувањето на услугата, што индиректно укажува на системски слабости кои го потиснуваат мерит-принципот.

Кога станува збор за јавните набавки, доминира дистанцирање од процесите. Раководителите најчесто ја опишуваат својата улога како техничка и ограничена, без увид во понатамошните фази. Иако ретко се наведуваат конкретни примери, присутни се алузии за можни интереси и „неслучајни“ исходи, што укажува на перцепција за влијанија кои тешко се артикулираат јавно. Фрустрацијата од игнорирани барања за опрема и ресурси е честа и се поврзува со чувство на немоќ и со перцепција дека приоритетите се дефинираат „од горе“, често без јасна логика.

Во делот за пријавување и санкционирање, одговорите се амбивалентни. Иако формално се споменуваат комисии и надлежни институции, истовремено се укажува на силни неформални бариери, особено во помали средини, каде личните односи, локалната поврзаност и културата на молчење го обесхрабруваат пријавувањето. Перцепциите за соработката со ДКСК и Државниот завод за

⁵⁶ Истражувањето беше спроведено преку телефонско интервју со полуструктуриран прашалник кој се состоеше од 9 главни прашања, во чии рамки имаше неколку потпрашања со цел да се добијат подетални информации поврзани со темата, предмет на истражувањето. Истражувањето беше спроведено на вкупно 21 директор или раководител на оддел во здравствени установи низ целата територија на Република Северна Македонија.

ревизија се неусогласени, што укажува дека надзорот најчесто се доживува како далечен и институционален, а не како поддршка за раководните структури.

Во однос на влијанието на јавните набавки врз континуитетот, достапноста и квалитетот на услугите, повторно доминира воздржаност. Дел од испитаниците ги оценуваат набавките како коректни и проблемите ги поврзуваат со буџетски ограничувања. Наспроти тоа, други опишуваат конкретни ситуации на недостиг од основни материјали и лекови, кои доведуваат до прекини во работата и импровизирани решенија, што директно го загрозува континуитетот на услугите.

Во однос на квалитетот, повеќе раководители го проблематизираат критериумот „најниска цена“, укажувајќи дека опремата која формално ги исполнува условите често не ги задоволува клиничките потреби. Се посочува и недостигот на лекови во болничките аптеки, при што пациентите се принудени сами да купуваат терапија, што се поврзува со ризик од ситна корупција и дополнително оптоварување на најранливите групи.

Разликите меѓу установите се нагласени и територијално: клиничките центри се перципираат како приоритетни, додека помалите регионални болници како хронично запоставени. Слична логика се забележува и во распределбата на ресурсите, која формално се темели на потреби и обем на работа, но во пракса често зависи од тоа кој и колку активно инсистира.

Најголем дел од испитаниците формално негираат корупциски ризици и инсистираат на еднаков третман, но мал дел укажуваат на можности за фаворизирање поврзано со лични контакти или со профилот на директорот. Кога станува збор за ефектите врз пациентите, иако официјално се тврди дека услугата е иста за сите, се признава дека различната опременост и недостигот на ресурси создаваат реални нееднаквости и ги тераат пациентите да се упатуваат во други градови или во приватниот сектор.

Особено јасно се издвојува дека проблемите со ресурсите не се ограничени само на опрема, туку и на недостиг од кадар, особено анестезиолози, што директно го забавува третманот, ги пролонгира интервенциите и ја намалува достапноста на услугите, со директни последици врз довербата во јавниот здравствен систем.

2.4. СЕКСТОРЦИЈА И ЗЛОУПОТРЕБА НА МОЌ ВО РАБОТНАТА СРЕДИНА

Сексторцијата (сексуалната изнуда) претставува родово-специфична форма на корупција во која злоупотребата на моќ се користи за добивање сексуална „корист“ или предност, наместо (или паралелно со) класичните форми на поткуп. Во публикацијата, односно прирачникот на меѓународното здружение на судии се дава јасна дефиниција дека сексторцијата е „злоупотреба на моќ за да се обезбеди сексуална корист или предност“ („abuse of power to obtain a sexual benefit or advantage“), при што се нагласува дека „сексуалната услуга, а не парите, е валутата на поткупот“ („sex, rather than money, is the currency of the bribe“)

(International Association of Judges, 2012)⁵⁷. Овој концепт е важен за антикорупциската анализа затоа што ги позиционира сексуалната изнуда и условувањето како коруптивна практика (злоупотреба на службена/хиерархиска позиција), а не само како прашање на индивидуално недолично однесување.

Антикорупциските пристапи сè почесто упатуваат дека корупцијата има „родова димензија“ и дека е потребно да се препознаат и адресираат **родово-специфични форми на корупција, како сексторцијата**, токму поради нееднаквите односи на моќ и различната изложеност на ризици кај жените и другите ранливи групи (Anti-Corruption Resource Center -U4, 2108)⁵⁸.

Од перспектива на антикорупциската заедница, во литературата се нотира дека водечките антикорупциски актери долго време ѝ посветувале ограничено внимание на сексуалната изнуда, бидејќи фокусот традиционално бил ставен на „монетарната“ корупција. Во текстот на Global Anticorruption Blog експлицитно се нагласува: „водечките антикорупциски актери во голема мера го игнорирале ова прашање, насочувајќи го вниманието кон паричната корупција“ и дека: „многу од методите за борба против паричната корупција... **не можат директно да се применат** во борбата против сексторцијата“, што укажува на потреба од посебни механизми за превенција, пријавување и заштита на жртвите.

Во здравствениот систем, каде кариерата и професионалните можности често зависат од претпоставените (на пр. специјализација, распоред, оценување, напредување), сексторцијата и сексуалниот притисок претставуваат сериозно нарушување на професионалното достоинство, безбедноста и интегритетот на здравствените работници. Злоупотребата на позиција/овластување за интимна корист ја позиционира како коруптивна практика што е тешко видлива, недоволно пријавувана и често прикриена со организациска култура, страв од реперкусији и недоверба во заштитните механизми.

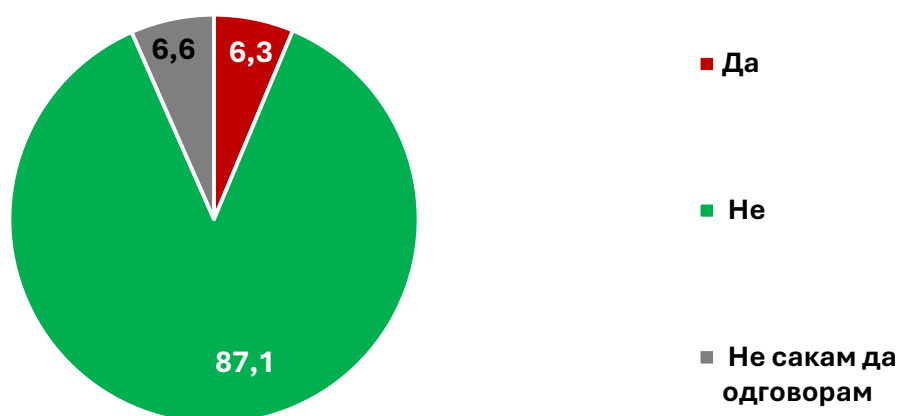
Сексторцијата и другите форми на сексуален притисок во работната средина претставуваат особено чувствителна појава, поврзана со злоупотреба на моќ и сериозно нарушување на професионалното достоинство и безбедноста на здравствените работници (графикон 53). Резултатите покажуваат дека најголемиот дел од испитаниците (87,1 %) изјавиле дека никогаш не биле изложени на ваков вид притисок од страна на колега или претпоставен во текот на својата кариера. Сепак, 6,3 % од испитаниците навеле дека имале вакво искуство. Иако станува збор за релативно мал процент, неговото значење е сериозно, бидејќи укажува на постоење на случаи на злоупотреба на моќ и нарушување на етичките стандарди во здравствените установи. Дополнително, 6,6 % од испитаниците одбиле да одговорат на ова прашање, што може да се поврзе со чувствителноста на темата, страв од последици, стигматизација или недоверба во анонимноста. Во овој контекст, самата воздржаност претставува индикатор за потенцијално потценета застапеност на појавата.

⁵⁷International Association of Judges. Toolkit, Naming Shaming, and Ending Sextortion, 2012, стр. 5.

⁵⁸U4 Anti-Corruption Resource Center Mainstreaming gender and human rights in anti-corruption programming, стр. 3.

Подеталната анализа покажува дека изложеноста на ваков вид притисок е поизразена на повисоките нивоа на здравствена заштита, при што терцијарното здравство се издвојува како најранливо (16,5 %). Дополнително, според професионалниот профил, најчесто вакви искуства пријавуваат докторите на специјализација (15,8 %), по што следуваат докторите специјалисти (10,5 %), што укажува на поврзаност меѓу хиерархиската позиција и ризикот од изложеност на сексуален притисок.

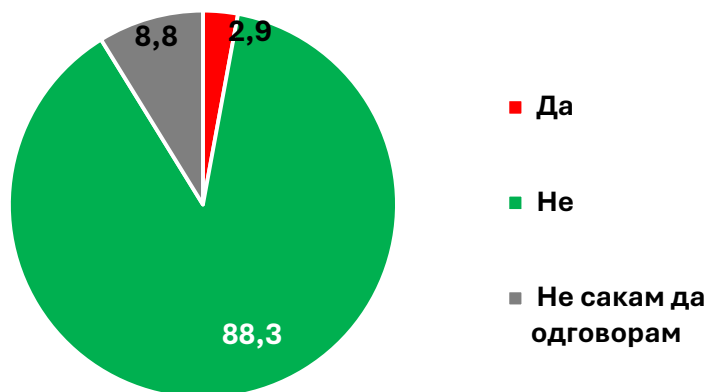
Графикон 53. Прашање 60. Дали некогаш во текот на кариерата сте биле изложени на притисок, недолични коментари или барања од сексуална природа од страна на колега/колешка или претпоставен/претпоставена во вашата установа?



Посебно сериозна форма на сексторција е условувањето на унапредување или професионални можности со интимна услуга или внимание, што директно ги нарушува етичките и професионалните стандарди во здравствените установи (графикон 54). Резултатите покажуваат дека 88,3 % од испитаниците изјавиле дека никогаш не биле изложени на ваква понуда во текот на својата кариера. Сепак, 2,9 % од испитаниците навеле дека им било понудено унапредување, специјализација, учество на конгрес, патување, проект или подобар третман во замена за интимна услуга или внимание. Иако станува збор за мал удел, ваквите искуства се особено сериозни поради тежината на повредата, јасната злоупотреба на моќ и долгорочните последици врз професионалниот и врз личниот интегритет на засегнатите лица.

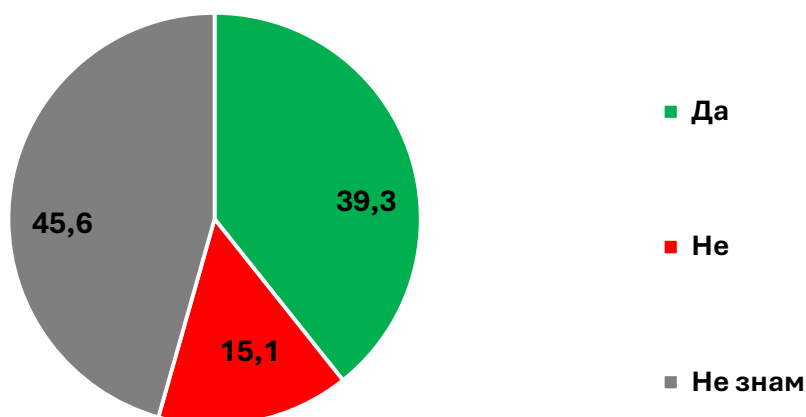
Значаен дел од испитаниците (8,8 %) одбиле да одговорат на ова прашање. Со оглед на чувствителноста на темата, овој удел на воздржаност може да се поврзе со страв од последици, срам, недоверба во анонимноста или загриженост од професионална стигматизација. Во овој контекст, одбивањето да се одговори може да укажува дека реалната распространетост на ваквите практики е потценета и дека сексторцијата останува скриена и тешко пријавлива појава во здравствениот систем.

Графикон 54. Прашање 61. Дали некој/а колега/колешка или раководител/ка некогаш во текот на кариерата Ви понудил/а унапредување, специјализација, учество на конгрес, патување, проект или подобар третман во замена за интимна услуга или внимание?



Подготвеноста да се пријави сексторција е тесно поврзана со чувството на лична и професионална безбедност (графикон 55). Резултатите покажуваат дека 39,3 % од испитаниците сметаат дека би се чувствувале безбедно да пријават ваков случај, наспроти, 15,1 % од испитаниците изјавуваат дека не би се чувствувале безбедно да пријават. Особено загрижувачки е високиот удел на испитаници кои одговориле со „не знам“ (45,6 %). Овој резултат укажува на значителна неизвесност и на недоволна информираност за постапките, механизмите и нивото на заштита што би им биле достапни доколку се соочат со ваков вид злоупотреба. Ваквата неизвесност претставува сериозна пречка за пријавување и придонесува ваквите појави да останат скриени.

Графикон 55. Прашање 62. Дали би се чувствувале безбедно да пријавите ваков случај ако Ви се случи?



Причините поради кои дел од здравствените работници не би се чувствувале безбедно да пријават случај на сексторција или сексуален притисок јасно ја откриваат недовербата и стравот поврзани со ваквите појави (графикон 56). Одговорите укажуваат дека најголемата пречка за пријавување е недовербата во институциите, која ја наведуваат 32,3 % од испитаниците. Следна по значење причина е стравот од реперкуси и можни последици, која ја посочуваат 19,4 % од испитаниците. Дополнително, 12,9 % од испитаниците наведуваат осуда и изолација од колегите како причина, што упатува на постоење на работна култура во која пријавувањето не се доживува како легитимен и заштитен чин, туку како ризик за професионална и социјална маргинализација.

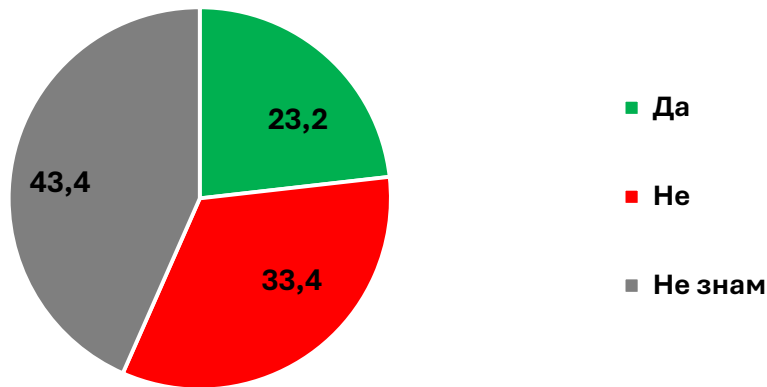
Недостатокот на заштита и правда е посочен од 11,3 % од испитаниците, што дополнително ја зајакнува перцепцијата дека дури и кога случајот ќе биде пријавен, пријавувачот нема да биде соодветно заштитен или дека постапката нема да заврши со правичен исход. Помал, но индикативен дел од испитаниците ги наведуваат корупцијата, врските и политичките влијанија како причина (8,1 %), што укажува на верување дека неформалните мрежи на моќ можат да го обесхрабрат или целосно да го обесмислат пријавувањето. Други причини се застапени со пониски, но значајни удели, меѓу кои се непознавање на постапките за пријавување (3,2 %), страв од мобинг (3,2 %) и уверувањето дека ништо нема да се промени и по пријавата (4,8 %). Мал дел од испитаниците навеле дека прво би се обиделе со опомена (1,6 %), додека 3,2 % одговориле со „не знам“.

Графикон 56. Прашање 62а. Зошто не би се чувствувале безбедно да пријавите ваков случај ако Ви се случи? (ОТВОРЕНО ПРАШАЊЕ)



Познавањето на постоењето на доверливи канали за пријавување претставува основен предуслов за безбедно пријавување на секторција и други форми на недолично однесување во работната средина (графикон 57). Податоците покажуваат дека 23,2 % од здравствените работници знаат дека во нивната установа постои доверливо лице или механизам каде ваквото однесување може безбедно да се пријави. Истовремено, 33,4 % од испитаниците наведуваат дека не знаат за постоење на вакво механизам. Висок удел на испитаници одговориле со „не знам“ (43,4 %). Овие наоди покажуваат дека дури и во случаи кога одредени механизми можеби формално постојат, тие не се доволно јасно објаснети, промовирани или интегрирани во секојдневното функционирање на здравствените установи. Во такви услови, можноста за навремено и безбедно пријавување на секторција останува ограничена, а ризикот овие појави да останат скриени е значително зголемен.

Графикон 57. Прашање 63. Дали знаете дали во вашата установа постои доверливо лице или механизам каде може безбедно да се пријави вакво однесување?



2.5. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Податоците од овој дел од извештајот покажуваат дека корупцијата и злоупотребата на моќ во здравствените установи не се секогаш видлива и „отворено признаена“ појава, но сепак е доволно присутна како сознание, перцепција и структурен ризик за да го обликува чувството на правичност, безбедност и интегритет кај здравствените работници. На површината доминира ставот дека во последните 12 месеци нема директна изложеност или слушнат коруптивен чин (72,9 %), но постојат два силни индикатори дека темата не е „затворена“: 18,0 % велат дека чуле за коруптивен случај, а 8,8 % одбиле да одговорат – сигнал за чувствителност, страв и воздржаност.

Натаму, наодите упатуваат дека **корупцијата најчесто е поврзана со внатрешни институционални добивки и распределба на моќ**, а не само со класичен поткуп. Кај испитаниците што имале допир/сознание за коруптивен чин најчесто се посочува давање/примање пари (60,5 %), но речиси половина паралелно

наведуваат размена на услуги/привилегии (48,7 %) и подароци/материјални добра (46,1 %). Во оваа рамка коруптивната „корист“ може да се појави и како условување со интимни услуги (сексторција) заради професионална корист (унапредување, задржување работно место, подобар распоред, пристап до можности), што ја разоткрива директната врска меѓу корупцијата и хиерархиската моќ. Дополнително, корупцијата се иницира од актери во или околу установата: здравствен работник/соработник од истата установа, но од друг профил (42,1 %), колега/колешка на исто работно ниво (34,2 %), надреден или раководител/директор (28,9 %), вработен во друга поврзана институција (23,7 %), административен персонал (18,4 %) и трети лица надвор од институцијата (17,1 %).

Кога се анализира зошто се бара или се нуди корупција, доминираат мотиви што директно го засегаат напредокот или унапредувањето, распределбата на моќ и избегнувањето одговорност: унапредување/подобрување позиција (47,4 %), поповолна распределба на задачи (43,4 %), упатување на конгреси/семинари/едукации (30,3 %), прикривање грешка/неправилност (27,6 %), избегнување дисциплинска постапка/санкција (26,3 %), повољност за блиско лице (25,0 %) и финансиска/материјална корист (25,0 %), како и влијание врз управувачки одлуки (15,8 %) и пристап до ограничени ресурси (15,8 %). Овој распоред потврдува дека корупцијата се доживува како средство за контрола врз кариерата, условите на работа и ресурсите, што се совпаѓа со високата перцепција дека влијае врз вработување и унапредување (63,4 % „понекогаш“ или „многу често“), особено во терцијарното здравство.

Клучниот заклучок е дека непријавувањето е правило, а пријавувањето исклучок - не затоа што проблемот не постои, туку затоа што се проценува како ризично и бесмислено. Најчестите реакции се игнорирање (47,4 %) или одбивање без пријавување (19,7 %), додека формално пријавување се јавува кај 13,1 % (9,2 % пријавиле; 3,9 % одбиле и пријавиле), а 17,1 % одбиле да одговорат. Причините се јасно системски: недоверба дека нешто ќе се промени (62,1 %), недостиг од докази (42,4 %) и страв од последици (36,4 %). Овој „троен јазол“ (неефикасност + докажен товар + реперкусији) ја нормализира тишината како рационална стратегија. Тоа го потврдува и изборот на механизми за пријавување: 47,1 % преферираат независна антикорупциска комисија, а 45,9 % анонимно пријавување преку телефон/онлајн платформа, што е директен индикатор дека внатрешните механизми не се доживуваат како безбедни.

Организациската култура дополнително го „амортизира“ или „засилува“ ризикот. Додека 37,3 % гледаат јасна нетолеранција, 43,7 % ја опишуваат средината како формално регулирана, но практично толерантна (27,1 %) или како средина во која корупцијата е прифатена практика (16,6 %), а 19,0 % не можат да проценат. Во ист контекст, перцепцијата дека корупцијата влијае врз напредок во кариера е присутна кај сите генерации: кај најмладите (< 5 години стаж) 36,8 % „многу често“ и 28,1 % „понекогаш“, а кај најiskusните (> 20 години стаж) 36,0 % „многу често“ и 36,9 % „понекогаш“. Паралелно, постои јасен јаз меѓу „политики на хартија“ и примена: 31,7 % сметаат дека етички кодекс/политика навистина се применува, 25,9 % дека постои но не се применува, 17,3 % дека не постои, а 25,1 % не знаат. Недостигот на капацитети е дополнителен сигнал на запоставување: 77,6

% никогаш немале обука за корупција и сексторција (во терцијарното 82,0 %), а перцепцијата за заштита на укажувачите е поразителна, односно само 17,3 % сметаат дека се доволно заштитени, 41,2 % дека не се, а 41,5 % не знаат.

Перспективата на раководните структури ја потврдува системската димензија на проблемот: одлуките често се носат на повисоко ниво, одговорноста е нејасно распределена, а раководителите имаат ограничена моќ да спречат или да санкционираат неправилности. Интервјуата се одликуваат со претпазливост и оградување („не“, „не сум надлежен“, „се одлучува на друго ниво“), а иако дел упатуваат на формализирани процедури, други ја именуваат „јавната тајна“ за политички влијанија врз вработувањата и кадровските решенија, дополнително засилени од хроничниот недостиг на кадар што го потиснува мерит-принципот. Кај јавните набавки доминира ограничена техничка улога и чувство на немоќ, со фрустрации за игнорирани барања, критериум „најниска цена“ и недостиг од материјали и лекови, кои директно го загрозуваат континуитетот и квалитетот на услугите и создаваат територијални нееднакости.

Конечно, сексторцијата ја открива најтешката форма на злоупотреба на хиерархиската моќ во работната средина. Иако 87,1 % изјавуваат дека никогаш не биле изложени на сексуален притисок, 6,3 % пријавуваат вакво искуство, а 6,6 % одбиле да одговорат; изложеноста е најизразена во терцијарното здравство (16,5 %), особено кај доктори на специјализација (15,8 %) и доктори специјалисти (10,5 %). Во форма на условување професионални можности со интимна услуга/внимание, 2,9 % пријавуваат искуство, а 8,8 % одбиле да одговорат. Подготвеноста за пријавување е поткопана од несигурност и недоверба: 39,3 % би се чувствувале безбедно да пријават, 15,1 % не, а 45,6 % „не знаат“. Како причини доминираат недоверба во институциите (32,3 %), страв од реперкусији (19,4 %), осуда и изолација (12,9 %) и чувство дека нема заштита и правда (11,3 %), при што 8,1 % ги посочуваат врските и политичките влијанија.

Во целина, наодите од дел 2 покажуваат дека корупцијата и злоупотребата на моќ во здравствените установи се одржуваат не само преку поединечни постапки, туку преку системски услови: хиерархиски односи, нејасни линии на одговорност, селективност во одлуките и недоволно доверливи механизми за реакција. Дури и кога вработените препознаваат неправилности, доминира проценката дека пријавувањето е ризично, а исходот неизвесен, па најчест одговор стануваат молкот, игнорирањето или неформалното „снаоѓање“. Ова создава средина во која коруптивните практики и сексуалниот притисок полесно се прикриваат и повторуваат, особено во процесите каде се распределуваат позиции, задачи, ресурси и професионални можности. Затоа, институционалниот одговор треба да се фокусира на практични гаранции – јасни надлежности, видливи и достапни канали за пријавување, независна обработка на пријавите и реална заштита на пријавувачите, како и посебни, безбедни постапки за случаи на полово вознемирување и сексторција.

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**.