

**SABABU ZA KIUTAWALA
ZINAZOCHOCHEA RUSHWA
NDOGONDOGO KATIKA HUDUMA ZA AFYA**



**SABABU ZA KIUTAWALA
ZINAZOCHOHEA RUSHWA
NDOGONDOGO KATIKA HUDUMA ZA AFYA**

Oktoba, 2014

Ikisiri

Lengo la jumla

Utafiti huu unajaribu kuangalia sababu za kiutawala katika vituo vya afya vya umma ambazo zinawashawishi watoa huduma kuomba rushwa kutoka kwa watumiaji wa huduma za afya, na athari za mwenendo huo katika ubora na matumizi ya huduma za afya.

Methodolojia

Muundo mchanganyiko ulitumika, kwa kutumia mikabala isiyo ya kiidadi na kiidadi kwa ajili ya ukusanyaji wa taarifa. Hii ni kulingana na malengo ya utafiti yaliyoelezwa kwenye hadidu za rejea. Kimsingi, data ilikusanywa kwa kutumia: hojaji za majibu mafupi, mahojiano na watoa taarifa muhimu, Majadiliano ya Vikundi Lengwa (MVL) na uchunguzi kwa kuona.

Matokeo

Matokeo kutokana na mahojiano na wanajamii yameonyesha kuwa matatizo katika utawala yanachangia kwa kiasi kikubwa katika kuzidisha vitendo vya rushwa. Sababu zilizopewa nafasi ya juu zaidi, kwa mpangilio wa kutoka juu kwenda chini, ni: kutokuwajibika au uwajibikaji mdogo (50.9%); kushindwa kuheshimu maadili ya kitaalamu (49.3%); na kutokuwa na usimamizi au usimamizi duni (47.3%).

Kuhusiana na nafasi ya vikwazo vya usambazaji wa huduma za afya, utafiti umegundua kuwa upungufu wa dawa unachukuliwa kuwa sababu inayochangia kujihusisha na vitendo vya rushwa. Karibu theluthi mbili ya wanajamii waliohojiwa wameonyesha kuwa walikuwa wanajua kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya wanauza dawa na vifaa vilivyokusudiwa kwa ajili ya watumiaji katika vituo vya afya vya umma. Kuhusiana na athari ya rushwa katika kutafuta huduma ya afya, kwa wagonjwa wa kutwa na waliolazwa ilionekana kuwa zaidi ya theluthi mbili ya wahojiwa wangependa kurudi katika vituo vilevile vya afya vya umma, vinavyohusika na rushwa bila kujali. Mtazamo huu ulichangiwa na gharama kubwa za huduma za afya

katika vituo binafsi vya afya ambavyo vingekuwa mbadala wa huduma ya afya kwa wagonjwa.

Matokeo kutokana na mahojiano na wanajamii yamedhihirisha kuwa ufanisi wa Kamati ya Usimamizi wa Kituo cha Afya ni mdogo sana. Idadi kubwa zaidi ya wanajamii (85.7%) walionyesha kuwa hawajatoa malalamiko yao kuhusu rushwa kwenye Kamati ya Usimamizi wa Kituo cha Afya kwasababu hawakuwajua wanakamati wake.

Hitimisho

Matokeo haya yanasisitiza haja ya kuimarisha mfumo wa utawala katika vituo vya afya ili kupambana na rushwa ipasavyo na kuongeza ubora wa huduma kwa ujumla.

| | |
|--|-------------|
| ORODHA YA VIFUPISHO | VI |
| ORODHA YA MAJEDWALI | VII |
| ORODHA YA VIELELEZO | VIII |
| SHUKRANI | IX |
| MUHTASARI | X |
| 1. USULI WA UTAFITI | 1 |
| 1.1 UTANGULIZI | 1 |
| 1.2 MAELEZO YA JUMLA | 1 |
| 1.3 TATIZO LA UTAFITI | 2 |
| 1.4 LENGU LA JUMLA..... | 3 |
| 1.5 MELANGO MAALUM | 3 |
| 1.6 NADHARIATETE..... | 4 |
| 1.7 UMUHIMU WA UTAFITI | 4 |
| 1.8 FASILI ZA DHANA | 4 |
| 2. MAPITIO YA MAANDIKO | 7 |
| 2.1 UTANGULIZI | 7 |
| 2.2 SABABU NA ATHARI ZA RUSHWA | 7 |
| 2.3 VIASHIRIA VYA UONGOZI MBOVU KATIKA UTOAJI WA HUDUMA YA AFYA | 20 |
| 2.4 HITIMISHO | 22 |
| 2.5 MAWAZO KUHUSU SABABU ZA KIUTAWALA ZINAZOCHOCHEA RUSHWA NDOGONDOGO KATIKA HUDUMA ZA AFYA | 23 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3. | METHODOLOJIA | 26 |
| 3.1 | MUUNDO | 26 |
| 3.2 | AINA YA WATAFITIWA..... | 26 |
| 3.3 | MAELEZO YA MBINU ZA UKUSANYAJI WA DATA | 26 |
| 3.4 | USIMAMIZI NA UCHANGANUZI WA DATA | 29 |
| 3.5 | RUHUSA YA KUFANYA UTAFITI | 30 |
| 3.6 | KUTUNZA SIRI..... | 30 |
| 3.7 | KUUTAMBULISHA UTAFITI | 30 |
| 3.8 | FAIDA | 30 |
| 3.9 | HATARI YA KUSHIRIKI..... | 30 |
| 3.10 | KUELEZA KURIDHIA | 30 |
| 4. | ATHARI ZINAZOTAMBULIKA ZA SABABU ZA KIUTAWALA KATIKA RUSHWA | 31 |
| 4.1 | NI KWA NAMNA GANI SABABU ZA KIUTAWALA ZINACHOCHEA RUSHWA KWA MTAZAMO WA WAHOJIWA..... | 31 |
| 4.1.1 | Nafasi ya sababu za kiutawala | 31 |
| 4.1.2 | Mtazamo wa ubora wa huduma | 33 |
| 4.1.3 | Sababu zinazotambulika za kusubiri kwa muda mrefu | 33 |
| 4.2 | ATHARI ZA SABABU ZA UTAWALA KIUTAWALA KATIKA VITENDO VYA RUSHWA KULINGANA NA UCHUNGUZI WA UTAFITI | 35 |
| 4.2.1 | Utangulizi | 35 |
| 4.2.2 | Usimamizi mdogo | 35 |
| 4.2.3 | Taratibu chache za uwajibikaji | 36 |
| 4.2.4 | Juhudi ndogo za kuwashirikisha wagonjwa katika mapambano dhidi ya rushwa | 36 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3 | VIONGOZI WA VITUO VYA AFYA KUKIRI KUHUSU KUWEPO KWA RUSHWA NA MAMBO MENGINE YA UKIUKAJI WA MAADILI YA KITAALAMU | 37 |
| 4.4 | HISIA TOFAUTI MIONGONI MWA WATUMIA HUDUMA KATIKA KUSHUGHULIKIA MALALAMIKO KUHUSU RUSHWA | 39 |
| 4.5 | KUJARIBU NADHARIATETE 1: VITENDO VYA RUSHWA VINACHOCHEWA NA SABABU MBALIMBALI ZA KIUTAWALA | 40 |
| 4.6 | MAJADILIANO | 41 |
| 5. | KUNUNUA HUDUMA BORA NA MALIPO YASIYO RASMI | 44 |
| 5.1 | KUSHIRIKI KATIKA MALIPO YASIYO RASMI..... | 44 |
| 5.1.1 | Kutoa rushwa wazi..... | 44 |
| 5.2 | UZOEFU WA WATU WANAOSHISHI NA VVU (PLHIV) | 45 |
| 5.2.1 | Hongo ya kificho | 46 |
| 5.3 | MALIPO YA HUDUMA ZA AFYA ZILIZOTOLEWA KWA WAGONJWA WA NJE | 47 |
| 5.4 | UHUSIANO UNAOTAMBULIKA KATIKA YA UPUNGUFU WA RASILIMALI NA KUJIHUSISHA NA VITENDO VYA RUSHWA | 48 |
| 5.5 | WAFANYAKAZI WA SEKTA YA AFYA KUTUMIA FURSA YA UPUNGUFU WA RASILIMALI NA HIARI JUU YA UBORA WA HUDUMA | 51 |
| 5.6 | RUSHWA YA KUTOA RUFAA KWA WAGONJWA..... | 52 |
| 5.7 | MJADALA | 52 |
| 6. | ATHARI YA RUSHWA KATIKA MWENENDO WA KUTAFUTA HUDUMA YA AFYA | 55 |
| 6.1 | USAWA WA KIJINSIA NA ATHARI ZA RUSHWA KATIKA MWENENDO WA KUTAFUTA HUDUMA YA AFYA | 57 |
| 6.2 | TOFAUTI ZA VIJIJINI – MIJINI KUHUSIANA NA ATHARI ZA RUSHWA KATIKA MWENENDO WA KUTAFUTA HUDUMA YA | |

| | |
|---|-----------|
| AFYA..... | 58 |
| 6.3 MJADALA | 62 |
| 7. NAFASI YA WANAKAMATI YA USIMAMIZI WA KITUO CHA AFYA KATIKA KUPAMBANA NA KUZUIA RUSHWA | 64 |
| 7.1 UTANGULIZI | 64 |
| 7.2 SIFA ZA KIJAMII NA KIIDADI ZA WAHOJIWA | 64 |
| 7.3 CHANGAMOTO ZINAZOKABILI KAMATI ZA USIMAMIZI WA VITUO VYA AFYA KATIKA KUPAMBANA NA RUSHWA..... | 65 |
| 7.3.1 Ufahamu mdogo wa wanajamii wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya | 65 |
| 7.3.2 Kamati za usimamizi wa vituo vya afya hazifanyi kazi au hazina ufanisi | 65 |
| 7.3.3 Kutokuwepo mada ya rushwa kwenye ajenda ya mikutano ya kamati ya usimamizi wa kituo cha afya | 67 |
| 7.3.4 Kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kuwa na mamlaka kidogo ya kuchukua hatua za kurekebisha masuala ya rushwa | 67 |
| 7.3.5 Uhuru kidogo kutoka uongozi wa kituo | 68 |
| 7.3.6 Masanduku ya maoni hayatumiki..... | 68 |
| 7.3.7 Watu wanaogopa kulipiziwa visasi kwa kuzungumza kupinga rushwa..... | 69 |
| 7.3.8 Uwezo mdogo wa wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kushughulikia masuala ya rushwa | 69 |
| 7.3.9 Mtazamo hasi wa nafasi zinazochukua kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa | 70 |
| 7.3.10 Kutokuwa na mwongozo kutoka serikalini | 70 |
| 7.3.11 Serikali inaonekana kujitoa wajibu wake wa kupambana na rushwa | 71 |

| | |
|---|-----------|
| 7.4 MJADALA | 73 |
| 8. USANISI WA MATOKEO | 75 |
| 9. MIPAKA YA UTAFITI | 77 |
| 10. HITIMISHO NA MAPENDEKEZO | 78 |
| 10.1 HITIMISHO | 78 |
| 10.2 MAPENDEKEZO | 78 |
| MAREJEO | 81 |

Orodha ya Vifupisho

| | | |
|-------|---|--|
| HFGC | = | Kamati ya Usimamizi wa Kituo cha Afya |
| LGAs | = | Mamlaka ya Serikali za Mitaa |
| NGO | = | Asasi Isiyo ya Kiserikali |
| PLHIV | = | Watu wanaoishi na VVU na UKIMWI |
| TI | = | Transparency International |
| UNDP | = | Shirika la Maendeleo la Umoja wa Mataifa |
| URT | = | Jamhuri ya Muungano wa Tanzania |
| WHO | = | Shirika la Afya Duniani |
| YAV | = | Youth Action Volunteers |

Orodha ya Majedwali

| | | |
|------------|---|----|
| Jedwali 1 | Sababu za kiutawala zinazochoea kujihusisha na vitendo vya rushwa | 32 |
| Jedwali 2 | Aina za matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu kwa ngazi ya kituo cha afya..... | 39 |
| Jedwali 3 | Mpangilio kati ya athari zinazotambulika za vikwazo vya kiutawala na ulipaji wa hongo | 41 |
| Jedwali 4 | Wagonjwa wa nje ambao wamekiri kuombwa watoe hongo (n = 1854)..... | 45 |
| Jedwali 5 | Utaratibu usio rasmi wa utoaji wa stakabadhi | 46 |
| Jedwali 6 | Malipo yasiyo rasmi yaliyolipwa | 47 |
| Jedwali 7 | Huduma zilizolipiwa na wagonjwa waliolazwa | 47 |
| Jedwali 8 | Sababu zinazotambulika kuchochea kujihusisha na vitendo vya rushwa | 48 |
| Jedwali 9 | Athari za rushwa katika uchaguzi wa kituo kingine cha afya – mgawanyo kwa jinsi..... | 58 |
| Jedwali 10 | Athari za rushwa katika mwenendo wa kutafuta matibabu – mgawanyo wa majibu kwa wilaya | 59 |
| Jedwali 11 | Mpangilio wa uzoefu wa vitendo vya rushwa na mwenendo wa kutafuta huduma za afya | 60 |
| Jedwali 12 | Sifa za kijamii na kiidadi za wahojiwa | 65 |
| Jedwali 13 | Iwapo kama wahojiwa wanaripoti vitendo vya rushwa kwenye kamati ya usimamizi wa kituo cha afya | 65 |
| Jedwali 14 | Kiwango ambacho rushwa inaonekana kwenye ajenda za mikutano ya kamati ya usimamizi wa kituo cha afya | 67 |
| Jedwali 15 | Mtazamo wa nafasi kamati ya usimamizi wa kituo cha afya inayochukua katika kuzuia rushwa | 70 |
| Jedwali 16 | Kuripoti vitendo vya rushwa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya na mtazamo kuhusu juhudi za kupambana na rushwa | 72 |

Orodha ya Vielelezo

| | | |
|--------------|---|----|
| Kielelezo 1 | Kiunzi cha Nadharia..... | 24 |
| Kielelezo 2 | Juhudi za usimamizi wa kituo katika kuzuia na kupambana na rushwa (n = 3886) | 32 |
| Kielelezo 3 | Mtazamo wa muda wa kusubiri (n=1854) | 33 |
| Kielelezo 4 | Sababu zinazotambulika za muda wa kusubiri (n = 1083) | 34 |
| Kielelezo 5 | Utokeaji wa matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu katika ngazi ya kituo..... | 37 |
| Kielelezo 6 | Rushwa inakubalika kama kawaida katika utoaji wa huduma ya afya (n = 3886) | 39 |
| Kielelezo 7 | Mara ngapi malalamiko kuhusu wafanyakazi wa sekta ya afya wanaopokea rushwa yameripotiwa (n = 1020) | 40 |
| Kielelezo 8 | Mgawanyo wa watu wanaoishi na VVU iwapo waliombwa hongo | 45 |
| Kielelezo 9 | Kiwango kinachotambulika cha wafanyakazi wa sekta ya afya kuuza dawa na vifaa..... | 50 |
| Kielelezo 10 | Wanajamii waliotambua athari ya rushwa katika uchaguzi wa kituo kingine cha afya/chanzo cha huduma | 55 |
| Kielelezo 11 | Mtazamo wa wagonjwa wa nje kuhusu athari za rushwa katika uchaguzi wa kituo kingine cha afya /sehemu ya kupatia huduma (n = 1854) | 56 |
| Kielelezo 12 | Wagonjwa waliolazwa wanavyotambua athari za rushwa katika uchaguzi unaofuata wa kituo cha huduma ya afya/mahali pa kupata huduma | 57 |

SHUKRANI

Sikika inapenda kushukuru kwa kazi nzuri sana iliyofanywa na timu ya utafiti kutoka Chuo Kikuu cha Afya na Sayansi za Tiba, Shule Kuu ya Afya ya Umma na Sayansi ya Jamii Dar Es Salaam ambao walipewa na Sikika kufanya utafiti huu. Kimsingi, tunapenda kuwashukuru Prof. T. Nyamhanga, Dk. G. Frumence na Dk. E.P.Y. Muhondwa. Shukrani zetu za dhati ziwaendee watafiti wote ambao wamejituma kikamilifu na kutumia utaalumu wao kufanya utafiti huu.

Zaidi ya hayo, tunapenda kuwashukuru wanaidara wa Idara ya Usimamizi wa Afya na Fedha hapa Sikika kwa kuongoza mchakato huu. Watu hawa ni pamoja na, Ndg. Florian Schweitzer, Ndg. Gaspar Mashingia, Ndg. Hope Lyimo na Bibi. Eva Emmanuel. Pia tungependa kuwashukuru uongozi wa Sikika, hasa Ndg. Patrick Kinemo, kwa msaada wake muhimu wakati wa maandalizi ya ripoti hii.

Mwisho kabisa, tunapenda kuwashukuru wadau wote wanaofanya kazi serikalini, wahisani wetu, wafanyakazi wa sekta ya afya, wagonjwa na wanajamii kwa ushirikiano wao mkubwa waliotoa wakati wa utekelezaji wa utafiti huu.



Irenei Kiria

Mkurugenzi Mtendaji

ISBN: 978 – 9987 – 9777 – 4 – 1

Hakimiliki © 2015

Sikika Company Limited, Haki zimehifadhiwa.

Tarehe ya Kuchapishwa 2015

Imeandaliwa na: Sikika – Idara ya Utawala na Usimamizi wa Fedha za Afya.

Imechapwa na Jamana Printers

Muhtasari

Usuli

Utafiti huu ulifanywa, kimsingi, katika kushughulikia mapengo ya utafiti yaliyoonekana katika utafiti uliopita uliokuwa umeagizwa na Sikika (wakati huo YAV). Utafiti huo uliopita, ulilenga rushwa katika huduma za afya nchini Tanzania lakini ulishindwa kuangalia kikamilifu masuala yafuatayo: nafasi ya upungufu wa rasilimali; ufanisi wa taratibu za kurekebisha; sababu za kiutawala ambazo zinachangia kuendelea kwa vitendo vya rushwa; vikwazo vya upande wa usambazaji ambavyo vinazidisha vitendo vya rushwa; athari za rushwa katika utafutaji wa huduma za afya; na nafasi ya kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa.

Lengo la jumla

Utafiti huu unajaribu kuchunguza sababu za kiutawala ambazo zinawachochea watoa huduma kuwaomba rushwa watumia huduma za afya katika vituo vya afya vya umma, na athari za tabia hizi katika ubora na matumizi ya huduma za afya.

Methodolojia

Mbinu iliyotumika ni uchunguzi wa wakati mmoja, kwa kutumia mikabala isiyo ya kiidadi na kiidadi kwa ajili ya ukusanyaji wa data. Hii ni kulingana na malengo ya utafiti yaliyoelezwa kwenye hadidu za rejea. Kimsingi, data ilikusanywa kwa kutumia: hojaji za majibu mafupi, mahojiano na watoa taarifa muhimu, Majadiliano ya Vikundi Lengwa (MVL) na uchunguzi kwa kuangalia.

Matokeo

Utafiti huu umetumia njia mbalimbali kupata taarifa ambazo kwa pamoja zinaangalia malengo na nadhariatete za utafiti.

Nadhariatete ya 1: Vitendo vya rushwa vinasaidiwa na sababu mbalimbali za kiutawala.

Matokeo kutokana na mahojiano na wanajamii yameonyesha kuwa matatizo ya sababu za kiutawala zinazohusiana na uongozi yanachukua nafasi kubwa sana katika kuzidisha vitendo vya rushwa. Sababu zilizokadiriwa kuwa za msingi zaidi, katika mpangilio wakutoka juu kwenda chini ni: kutowajibika/uwajibikaji mdogo (50.9%); kushindwa kuheshimu maadili ya kitaalamu (49.3%); na kutokuwa na usimamizi/ usimamizi duni (47.3%). Kulikuwa na uhusiano mkubwa kati ya sababu za kiutawala ambazo zimejaribiwa (kutokuwa na usimamizi/usimamizi duni na kutokuwajibika/uwajibikaji mdogo) na uwezekano wa wagonjwa/wanaowatunza wagonjwa kuwa wametoa rushwa kwa mfanyakazi wa sekta ya afya ($p < 0.001$). Hivyo, kwa ujumla, matokeo ya utafiti huu yanaunga mkono nadhariatete, ikiwa na maana kuwa sababu za kiutawala zinazohusiana na utawala zinajenga mazingira ambapo vitendo vya rushwa vinaweza kushamiri.

Nadhariatete ya 2: Vikwazo vya upande wa usambazaji wa huduma za afya vinachochea kununua huduma bora kwa bei za soko (kilanguzi) ambazo ni kubwa kuliko mfumo (sanifu) wa bei zilizopangwa.

Kuhusiana na nafasi ya vikwazo vya upande wa usambazaji, utafiti umegundua kwamba upungufu wa dawa unachukuliwa kuwa sababu inayochangia kujihusisha na vitendo vya rushwa. Karibu theluthi mbili ya wanajamii waliohojiwa walionyesha kuwa walikuwa wanajua kuhusu wafanyakazi wa sekta ya afya kuuza dawa na vifaa vilivyokusudiwa kwa ajili ya watumiaji katika vituo vya afya vya umma.

Hili lilithibitishwa na washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa kama ilivyoonyeshwa katika nukuu. Zaidi ya hayo, mahojiano ya kina na viongozi wa vituo vya afya pia yalidhihirisha kuwa wagonjwa hawaridhiki na hali ilivyo kwani wanalazimika kununua dawa kutoka kwa wafanyakazi wa sekta ya afya badala ya kuzipata katika duka la dawa. Wagonjwa wanadhani kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya wanaiba dawa kutoka kwenye vituo vya afya na kuwauzia wagonjwa. Hivyo, kwa ujumla, matokeo ya utafiti huu yanaunga

mkono nadhariatete kuwa upungufu wa rasilimali unajenga vishawishi kwa wafanyakazi wa sekta ya afya kutoa huduma kwa gharama kubwa zaidi ambazo hazifuati mfumo rasmi wa bei.

Nadharia ya 3: Uwepo wa rushwa kwenye vituo vya afya vya umma hubadili mtazamo wa watumiaji huduma za afya juu ya watoa huduma za afya.

Nadhariatete hii ilijaribiwa kwa kuchunguza majibu ya watumia huduma katika swali linalosema ni kwa namna gani tatizo la rushwa lingeweza kuchochea uamuzi wao kuhusu mahali gani pa kutafuta huduma ya afya siku zijazo. Majibu ya wagonjwa wa kutwa na waliolazwa yameonyesha kuwa zaidi ya theluthi mbili ya waliohojiwa wangependelea kwenda kwenye vituo vilevile vya umma vya huduma za afya, bila kujali kuhusu matatizo ya rushwa. Kimsingi, utafiti huu umeonyesha kuwa tatizo la rushwa halikubadili mtazamo wa watumia huduma kwa vituo hivyo vya afya au huduma zinazotolewa. Walipombwa kutoa sababu za upendeleo wao, wahojiwa wengi walitaja unafuu wa gharama, ikiwa na maana kuwa, kutokana na umaskini, watumiaji wengi wanaona vituo vya afya vya umma kama chaguo la kwanza licha ya kuwepo kwa rushwa. Ukweli, ilielezwa kuwa gharama za rushwa katika vituo vya afya vya umma ni ndogo kuliko gharama halisi za matibabu katika kituo binafsi cha afya. Hata hivyo, matokeo kutoka majadiliano ya vikundi lengwa yamethibitisha kuwa vitendo vya rushwa kwa wafanyakazi wa sekta ya afya kama vile wizi wa dawa, ambao unasababisha upungufu na huduma bila kuwa na huruma (rushwa ya kimya), vimeripotwa kuwaondosha wagonjwa mbali na vituo vya afya vya umma.

Hivyo, inawezekana kuhitimisha kuwa rushwa halisi [tabia ya wafanyakazi wa sekta ya afya kuomba rushwa kama sharti la kutoa huduma] haibadili mazoea ya watu kutafuta huduma za afya, lakini wakati rushwa inaposababisha upungufu au ukosefu wa dawa na vifaa vingine, wagonjwa/wanaowatunza wagonjwa wanalazimika kutafuta njia mbadala ya kupata huduma.

Nadhariatete ya 4: Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya zinafuatilia kikamilifu malalamiko ya vitendo vya rushwa katika vituo vya afya vinavyozungumziwa.

Matokeo kutokana na mahojiano na wanajamii yamethibitisha kuwa ufanisi wa Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya ni mdogo sana. Idadi kubwa sana ya wanajamii (85.7%) wameonyesha kuwa hawakuripoti malalamiko yao kuhusu rushwa katika Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya kwasababu hawakuwajua wajumbe wa kamati. Kushindwa kuripoti malalamiko ya rushwa kwenye Kamati ya Usimamizi wa Kituo cha Afya kulihusiana na mtazamo kuwa juhudi zilizofanywa, na hizo Kamati, hazikuwa za kutosha kwa ajili ya kupambana na rushwa ($p = 0.002$).

Kwa kuongezea, mahojiano ya kina na wajumbe wa Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya wenyewe wameonyesha kuwa wengi wao (62.2%) wamekiri kuwa hawakufuatilia malalamiko ya wagonjwa kuhusu vitendo vya rushwa. Kasoro hii imetokana na upande wa uongozi kutokuwa tayari kutoa ushirikiano. Kwa ujumla, matokeo haya yamesababisha kutokubalika kwa nadhariatete hiyo hapo juu. Kwa maneno mengine, Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya haifuatili ipasavyo malalamiko ya wananchi kuhusu vitendo vya rushwa katika vituo vya afya husika.

Hitimisho

Matokeo haya yanasisitiza haja ya kuimarisha mfumo wa usimamizi wa vituo vya afya ili kupambana na rushwa ipasavyo na kuongeza ubora wa huduma kwa ujumla. Mkakati wa kuingilia kati unapaswa kutumia njia mbalimbali, unaowashirikisha wadau wote muhimu – serikali/halmashauri, uongozi wa vituo vya afya, asasi za kiraia na jamii.

1. Usuli wa utafiti

1.1 Utangulizi

Hii ni ripoti ya utafiti ambao uliagizwa na Sikika, asasi ya kiraia ambayo inafanya kazi ya kuboresha sera na usimamizi wa sekta ya afya nchini Tanzania. Utafiti huu ni mwendelezo wa utafiti wa mwanzo wa rushwa ndogondogo uliokuwa umeagizwa na asasi hii (wakati huo ikijulikana kama Youth Action Volunteers – YAV) kufanywa na washauri walewale. Hivyo, matini nyingi katika sehemu zinazofuata zimechukuliwa kutoka ripoti ya utafiti wa kwanza (Sikika 2010).

1.2 Maelezo ya Jumla

Rushwa imekuwa sehemu ya maisha ya kila siku katika nchi nyingi ikiwemo Tanzania. Kulingana na ripoti ya Warioba (URT 1996), karibu sekta zote nchini Tanzania zimezama katika rushwa. Ukweli, miaka inavyozidi kupita, watoa rushwa na wapokea rushwa wamekuja kuona rushwa kama jambo la kawaida. Kuenea kwa rushwa kunashuhudiwa na maneno ambayo yanatumika kumaanisha ‘rushwa’. Wale ambao wanaomba na kupokea rushwa wanatumia maneno ya upole na istilahi za kitafsida kama vile kitu kidogo, chai na mshiko (kitu kinacholainisha mkono). Maneno ya Kiswahili kwa ajili ya rushwa kama: rushwa, hongo na mlungula yamezoeleka kutumika lakini si wakati wa kupeana rushwa.

Ingawa rushwa ni tatizo katika sekta zote, bado ni tatizo kubwa zaidi katika sekta ya afya. Rushwa inaweza kusababisha maisha au kifo kwa mgonjwa. Matokeo yake ni pamoja na: kupunguza rasilimali zilizokusudiwa kuboresha sekta ya afya; kushuka kwa ubora, usawa na ufanisi wa huduma za afya, na ongezeko la gharama katika utoaji wa huduma.

Sekta ya afya Tanzania inabanwa na rushwa ndogondogo na kubwa. Hata hivyo, rushwa ndogondogo ndiyo inayowakumba watumiaji wa

huduma hii. Rushwa ndogondogo inafanyika kwa namna tofauti. Kwa mfano, inaweza kuwa kwa njia ya mfanyakazi wa sekta ya afya kuomba rushwa au mgonjwa/anayemtunza mgonjwa kumshawishi mfanyakazi wa sekta ya afya kupokea rushwa ili kumshawishi atoe huduma bora kwa mgonjwa wake. Nchini Tanzania, kama ilivyo katika nchi maskini, rushwa zinakubalika kijamii na zinatetewa kama njia ya kufidia malipo duni kwa wataalamu wa afya wanaofanya kazi kwenye vituo vya afya vya serikali.

Kulingana na Mwafisi (1999), sababu kuu za kuwepo kwa rushwa katika sekta ya afya nchini Tanzania ni pamoja na: upungufu mkubwa wa rasilimali watu na rasilimali zisizo watu, urasimu uliokithiri, mishahara midogo, utawala na usimamizi duni na kutokotoa taarifa kwa wateja.

Tathmini ya haraka iliyofanywa na tume ya taifa kuhusu rushwa ilidhihirisha mitazamo inayopingana kuhusu mambo 'halisi' yanayosababisha rushwa. Kwa upande mmoja, wafanyakazi wa sekta ya afya wamekiri kuwa mishahara midogo sana inachangia sababu kuu ya kuwepo vitendo vya rushwa katika sekta ya afya. Kwa upande mwingine, tume ya taifa ya rushwa yenyewe ilikuwa na maoni kuwa tatizo halisi lipo katika kushindwa kwa wafanyakazi wa sekta ya afya kuheshimu maadili ya wataalamu wa afya.

1.3 Tatizo la utafiti

Hadidu za rejea za utafiti huu (Sikika 2013) zilitokana na taarifa za matokeo ya utafiti uliopita wa rushwa ndogondogo (Sikika 2010). Utafiti wa 2010 ulichunguza ufahamu na vitendo vya rushwa katika vituo vya afya vya umma vinavyofanywa na wafanyakazi wa sekta ya umma na watumiaji wa vituo hivyo.

Mapungufu yaliyo dhahiri yalibainishwa katika utafiti halisi na haya yalichangia tatizo la utafiti huu. Mapengo yanahusiana na: Motisha ya wadau (wanaotoa na kupokea rushwa, upungufu wa rasilimali, ufanisi

wa taratibu za kurekebisha hali hiyo, sababu za kiutawala ambazo zinachochea vitendo vya rushwa kuendelea, mikakati (mwenendo usiotabirika): nani anafanya nini, wakati gani na wapi; vikwazo vya upande wa usambazaji ambavyo vinachoche kuendelea kwa rushwa; athari za rushwa katika utafutaji wa huduma za afya; na nafasi ya Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya katika kupambana na rushwa. Utafiti wa sasa unajaribu kushughulikia baadhi ya mapengo haya.

1.4 Lengo la Jumla

Kuchunguza sababu za kiutawala katika vituo vya afya vya umma zinazowashawishi watoa huduma za afya kuomba rushwa kutoka kwa watumia huduma za afya, na athari za vitendo hivyo katika ubora na matumizi ya huduma za afya.

1.5 Melango Maalum

1. Kutathmini kiasi ambacho sababu za usimamizi wa utawala (uwajibikaji, uwazi, usimamizi na viwango vya kimaadili) unavyochukuliwa kuwa unawachochea watoa huduma kuomba rushwa kutoka kwa watumia huduma za afya.
2. Kuchunguza ni kwa kiasi gani wafanyakazi wa sekta ya afya wanachukuliwa kuwa wanachukuliwa kutumia fursa ya upungufu wa rasilimali (wafanyakazi wa sekta ya afya, dawa, mashine za hospitali na vifaa tiba) katika vituo vya afya vya umma kwa kutoa huduma, dawa na vifaa tiba kwa wagonjwa wenye uwezo kulipia kaunta au kupitia maduka binafsi ya dawa.
3. Kuchunguza athari za rushwa ndogondogo katika ubora wa huduma za afya ya umma na namna inavyoathiri utafutaji wa huduma za afya kwa watumia huduma ya afya kote mijini na vijijini.
4. Kuchunguza ufanisi wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya kuchukua hatua baada ya kupokea taarifa kuhusu vitendo vya

rushwa katika vituo husika vya afya. Hasa, kutathmini mbinu gani za kusimamia viwango vilivyopo vya ubora wa huduma zipo na kama zinatumiwa ipasavyo na kamati hizo.

1.6 Nadhariatete

1. Vitendo vya rushwa vinachochewa na sababu mbalimbali za kiutawala (jambo ambalo haliepukiki kwa jinsi mfumo ulivyo).
2. Upande wa usambazaji unajenga vishawishi kununua huduma bora kwa bei za soko (ulanguzi) ambazo ni kubwa kuliko mfumo wa bei zilizopangwa.
3. Vitendo vya rushwa katika vituo vya afya vya umma vinaathiri upendeleo wa watumia huduma za afya kuhusu watoa huduma za afya.
4. Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya zinafuatilia ipasavyo malalamiko ya wananchi kuhusu vitendo vya rushwa katika vituo husika vya afya.

1.7 Umuhimu wa Utafiti

Utafiti wa kwanza wa rushwa ndogondogo umeonyesha mwanga kuhusu ukubwa wa tatizo la rushwa na namna wafanyakazi wa sekta ya afya wanavyojihusisha nayo. Utafiti wa sasa [wa pili] unachukua hatua zaidi kwa kuchunguza nafasi ya uongozi katika kushughulikia tatizo la rushwa katika vituo vya afya vya umma. Utafiti huu unachunguza pande zote mbili za usambazaji wa dawa na vifaa tiba na mahitaji ya kiutawala. Hivyo, matokeo yake yanaweza kutarajiwa kueleza muundo wa njia sahihi na pana za kushughulikia suala hili.

1.8 Fasili za dhana

Dhana muhimu zilizotumika katika utafiti huu zimefasiliwa kama ifuatavyo:

Rushwa katika sekta ya afya — inahusu hali ambapo wafanyakazi wa sekta ya afya, kama watumishi wa umma, wanatumia vibaya nafasi zao au rasilimali ili kujinufaisha (Carrin 2009).

Rushwa ndogondogo — inahusu aina maalum ya rushwa katika sekta ya afya ambapo wafanyakazi wa sekta ya afya wanaomba rushwa au fedha za haraka kabla ya kutekeleza majukumu yao ya umma (Carrin 2009).

Utawala — linahusu “matumizi ya mamlaka ya kiuchumi, kisiasa na kiutawala kusimamia masuala ya nchi katika ngazi zote. Inahusisha taratibu, michakato na utawala ambazo wananchi na vikundi vya watu vinataja maslahi yao, wanatumia haki zao za kisheria, kutimiza wajibu na mamlaka yao na kusuluhisha tofauti zao” (UNDP 1997, p.4).

Utawala bora — linarejelea mfumo ambao, pamoja na yote, ni shirikishi, upo wazi na wenye uwajibikaji, wenye ufanisi na usawa, na unaendeleza utawala wa kisheria. Unahakikisha kuwa vipaumbele vya kisiasa, kijamii na kiuchumi vinazingatia makubaliano ya wengi katika jamii na kuwa sauti za watu maskini zaidi na walio katika mazingira hatari zaidi zinasikilizwa katika kutoa maamuzi juu ya ugawaji wa rasilimali za maendeleo” (Sakiko na Richard 2003, p.4).

UNDP imeorodhesha vipengele vikuu vya utawala bora. Hivi ni pamoja na: ushirikishaji, utawala wa kisheria, uwazi, kujali, makubaliano ya pamoja, mwelekeo, usawa, kufaa na ufanisi, uwajibikaji na mkakati wa dira (Abdellatif 2003)

Uwajibikaji — unahusu wajibu wa mtu au utawala kuwajibika na shughuli zake, kukubali wajibu walio nao na kueleza matokeo kwa njia ya wazi. Pia unajumuisha uwajibikaji katika fedha na mali nyingine mtu alizoaminiwa kusimamia. Kuhusu uwajibikaji kwa umma, viongozi wenyewe wanawajibishwa na wananchi wao (Bovens 2007).

Iwapo mfumo wa uwajibikaji upo, inatarajiwa kuwa mamlaka zitawawezesha wananchi kupiga kelele kuhusu malalamiko na pingamizi zao, huenda kupitia masanduku ya maoni kwenye vituo vya afya au kwa kuwaruhusu watumia huduma za afya kuwaona moja kwa moja viongozi ili kuweza kutoa malalamiko yao kuhusiana na huduma zinazotolewa.

2. Mapitio ya maandiko

2.1 Utangulizi

Mapitio haya ya maandiko yamechukua sehemu kubwa ya matini yanayopatikana katika ripoti ya utafiti uliopita wa Sikika (2010) – hususan kuhusu sababu na athari za kuwepo vitendo vya rushwa. Hata hivyo, imeongezwa sehemu mpya inayohusu nafasi ya vyombo vya utawala katika rushwa.

2.2 Sababu na athari za rushwa

Ripoti kadhaa za utafiti na makala yaliyochapishwa ambayo yanaangazia suala la rushwa katika sekta mbalimbali za uchumi wa Tanzania, pamoja na huduma za afya ya umma, zimepitiwa. Ripoti hizo zinaonyesha kuwa rushwa katika utumishi wa umma inachochea na sababu za kijamii, kiutamaduni, kisiasa na kiuchumi ndani ya jamii. Moja ya makala hayo (Kamuzora 2004) anahimiza kuchunguza suala la rushwa katika huduma za afya ya umma ndani ya muktadha wake mpana. Mapitio haya, na vilevile utafiti wenyewe, umetumia mtazamo huu mpana hata kama lengo linabaki kuwa katika rushwa ndani ya huduma za afya ya umma.

Ripoti ya kwanza na muhimu bila kupinga kuhusu rushwa nchini Tanzania, ni Ripoti maarufu ya Warioba, awali ilijulikana kama Ripoti ya Tume ya Rais ya Uchunguzi dhidi ya Rushwa (URT 1996). Ripoti hii inatoa matokeo ya uchunguzi uliofanywa na Tume chini ya uenyekiti wa Jaji Warioba. Tume iliteuliwa na Rais Benjamin William Mkapa. Ilichunguza suala la rushwa katika sekta zote za uchumi, pamoja na sekta ya afya.

Matokeo muhimu zaidi katika Ripoti ya Warioba kuhusu rushwa katika huduma za afya ni kuwa:

- Rushwa iliripotiwa kukithiri katika sekta zote za uchumi, utumishi wa umma na siasa nchini.

- Mifano halisi ya vitendo vya rushwa ilitolewa kutoka sekta za Elimu, Afya, Mambo ya Ndani, Fedha, Mahakama, Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, Wizara ya Viwanda na Biashara, Wizara za Ujenzi na Mawasiliano, Ajira, Wizara ya Ardhi na Makazi, Maliasili na Utalii, Vyombo vya Habari, Nishati, Madini na Maji, Madini na Maji, na Serikali za Mitaa.
- Ongezeko la rushwa katika miaka ya 1990 lilisemekana kuchochewa na uhusiano wa karibu kati ya wanasiasa na viongozi wa serikali na wafanyabiashara wanaojihusisha na rushwa.
- Rushwa imeenea baada ya mgogoro wa kiuchumi wa mwanzoni mwa miaka ya 1970 ambao uliilazimisha serikali kuchukua hatua mbalimbali za kisiasa, kisheria na kiuchumi ili kupambana na hali hiyo. Hatua hizi, kwa upande mwingine, zimetoa nafasi kwa ajili ya rushwa kushamiri.
- Tukirejelea kipekee huduma za afya ya umma:
 - Sera ya kuchangia gharama ambayo ilianzishwa ili kupunguza mzigo wa kutoa bure huduma za afya kwa umma ilieleweka, na wagonjwa walitakiwa kutoa hongo ili kustahili kupata huduma hizo.
 - Utoaji wa fedha kidogo kidogo za huduma ya afya ulisababisha upungufu wa dawa na vifaa. Dawa chache zilizokuwepo zilitolewa kwa wagonjwa baada ya wao kutoa hongo.
 - Wafanyakazi wa sekta ya afya waliruhusiwa kuanzisha vituo vyao binafsi vya afya ili kujazia mishahara yao midogo ambayo haikutosha kukidhi mahitaji yao ya msingi. Baadhi yao walifanya kazi ya pili kwenye hospitali binafsi. Vilevile, waajiriwa wasiokuwa waaminifu walizidisha maslahi yao binafsi ya fedha kwa ujumla bila kujali maslahi ya wagonjwa.

- Ripoti hii iliwataja wauguzi na wahudumu kwa kujenga mazingira na taratibu za kutoa huduma ambazo ziliwaruhusu kuomba rushwa kutoka kwa wagonjwa.
- Kulikuwa na uongozi na usimamizi duni wa viongozi wa wafanyakazi ambao walitumia muda wao mwingi katika shughuli zao binafsi. Hili liliwaachia muda kidogo wa usimamizi wa hospitali za serikali. Vilevile waliokuwa chini yao walifanya kazi kwa namna walivyotaka, wakati mwingine wakiwanyanya wagonjwa, wakipanga vikundi vya kuuza dawa na kudai hongo kutoka kwa wagonjwa.
- Maadili ambayo yanaongoza madaktari na wauguzi hayakuthaminiwa tena; ulafi wa pesa ulikuwa kigezo kikuu cha utoaji wa huduma.
- Mtiririko wa wagonjwa katika Hospitali ya Muhimbili ulielezwa ili kuonyesha mianya ya vitendo vya rushwa katika kila hatua. Ripoti ilikiri kuwa:

“Hali ni mbaya kwa wale wasiokuwa na uwezo wa kuhonga kwasababu hawapatiwi huduma ya kiwango kinachotakiwa. Iwapo huduma hii inatolewa, hili hufanyika kwa uvivu na kufuatiwa na maneno ya dhihaka kinyume na kiapo walichotoa kuwahudumia wagonjwa kwa mioyo yao yote.” (Op.cit. p.449)

Ripoti hii inaonyesha tofauti kati ya rushwa ndogondogo na rushwa kubwa. Rushwa ndogondogo inachangiwa kimsingi na kipato kidogo cha watumishi wa umma. Inawawezesha kukidhi mahitaji yao. Aina hii ya rushwa, hata hivyo, imeenea sana, na ndilo jambo linalowaathiri watu wa kawaida kila siku. Rushwa kubwa inafanywa na viongozi wakubwa na watumishi wa umma waandamizi. Kulingana na ripoti, aina hii ya rushwa inatokana na uroho uliokithiri wa fedha na utajiri.

Kamuzora (2005) anatoa hoja kuwa kurudi nyuma kimaendeleo na ulegezaji wa masharti ya uchumi ni sababu za msingi za kuwepo kwa rushwa. Hoja hii, hata hivyo, haikutokea bila historia, hususan katika uchanganuzi wa Kamuzora wa kuibuka kwa Haki Mpya huko Uingereza na Marekani miaka ya 1980 kama chanzo cha ulegezaji huu wa masharti ya uchumi ambao umestawisha rushwa. Wachanganuzi wengi (URT 1996, Shellukindo & Baguma 1993, Yahaya 1993, Aboud 1993) wameanza uchanganuzi wao miaka michache baada ya uhuru, na Ake (1993) ameangalia kipindi cha nyuma wakati wa ukoloni ili kujaribu na kutafuta majibu.

Makala ya Claude Ake (1993) yanastahili kupitiwa kwa kifupi kwasababu yana mtazamo wa kipekee. Makala haya yanaeleza kuwa mantiki na mahitaji ya utawala wa kikoloni yalikuwa tofauti na yale ya jamii za wenyeji, ambao walitenganishwa na uzoefu wao. Kimsingi, Ake anatoa hoja kuwa viongozi wa serikali ya kikoloni hawakujali kuhusu ustawi wa wananchi wa kawaida na kuwa (watawala wa kikoloni) waliendeleza na kulinda maslahi yao katika mamlaka na utajiri.

Uhuru ulipopatikana viongozi wa kitaifa walipatikana, lakini hawakufanya mageuzi ya serikali kulingana na matakwa ya kitaifa. Waliporithi uongozi, mara moja walichukua nafasi ya uongozi wa kikoloni. Hii kulingana na Ake, iliwatenga wao, na walizidi kutegemea mabavu kuwakandamiza watu ambao walitaka kuasi dhidi ya kile walichochukulia kama wasaliti wao.

Katika hali hiyo, Ake anatoa hoja kuwa taifa huru halikuwa hasa sehemu muhimu ya utawala ya umma. Ilikuwa, kimsingi, taifa la baadhi ya watu, na chombo chake cha utawala hakikuwa hasa utumishi wa umma.

Hivyo, Ake anatoa hoja, kuwa rushwa katika utumishi wa umma si tatizo la tabia za kisaikolojia, tabia mbovu, au moja ya maadili. Badala yake ni tatizo la tabia za serikali na uhusiano wake na watu, uhusiano

ambao unazalisha si umma bali umma wa aina mbalimbali ambao unapambana ili kushika mamlaka ya dola. Pia ni tatizo la mgongano wa madai ya uhalali wa uongozi wa kisiasa na kiutawala.

Kwa Ake, jinsi ya kusonga mbele itategemea ujenzi na uendelezaji wa umma ambao serikali inawajibika nao. Baada ya hapo ndipo dhana za utumishi wa umma, maadili ya uraia na maadili ya umma itakuwa na maana. Anaendelea kudai kuwa shinikizo la kiuchumi kwa watumishi wa umma linapaswa kuondolewa. Haina maana kutegemea makubwa kutoka kwa watumishi wa umma katika hali ya sasa ya kiuchumi.

Mishahara ya watumishi wa umma wa ngazi ya chini haitoshi kuitunza familia. Hivyo wanapaswa kuanza maisha ya familia ya hali ya chini, wakati wengine wanaziba pengo kati ya mishahara na gharama za maisha ya familia kwa kuwaacha wake zao vijijini wakifanya shughuli za kilimo. Baadhi wanakuwa wakulima wa mjini kwa kulima vijishamba, wakati wengine wanatumia nafasi zao za kazi kama njia ya kurekebisha uchumi. Huu ni mkakati wa kuishi; kwa kiasi kikubwa si suala la ukosefu wa maadili bali mgongano wa maadili. Hata watumishi waandamizi wa umma wanapata shinikizo la kiuchumi kwa kutumia vibaya ofisi wanapopambana kudumisha viwango vya maisha kunapokuwa na upungufu wa kipato.

Ake anasema kuwa

“Wale ambao wanang’ang’ania kwa ushupavu kuwa waaminifu watarajie kuwa umaskini na uaminifu wao utawatazama usoni watakapostaafu. Mbaya zaidi, si watu wengi, ikiwa ni pamoja na ndugu zao, watawaheshimu kwa uadilifu wao.” (Op.cit.p.22).

Shellukindo na Baguma (1993), wameandika katika muktadha wa Tanzania, wamebainisha sababu tatu ambazo zimechochea rushwa katika utumishi wa umma: sababu za kisiasa, sababu za kiuchumi na sababu za kiutamaduni.

Tukirejea kipekee katika sababu za kisiasa, anaonyesha athari zake hadi 1964 wakati ilipofanywa kuwa lazima kwa watumishi wa umma katika ngazi mbalimbali kuwa wanachama wa chama tawala. Siasa ilikuwa shughuli muhimu ya serikali na waliimarisha mamlaka ya kisiasa juu ya maadili ya utawala. Matokeo yake, kanuni za kirasimu zilidharauliwa ili kuwezesha kutoa maamuzi ya kisiasa. Watumishi wa umma waandamizi walioridhia madai ya viongozi wa kisiasa waliosukumwa na ulafi walionekana kuwa wenye ushirikiano zaidi, wakati wale waliopinga rushwa walionekana kuwa hatari. Wakati maisha yalipokuwa mazuri, kulingana na waandishi hawa, rushwa iligeuka kuwa jambo la kawaida na kupenya katika mfumo mzima.

Mahitaji ya kiuchumi pekee ili kumudu maisha wakati wa hali mbaya ya kiuchumi kwa uchumi wa Afrika yalisababisha hali hiyo kulingana na Shellukindo na Baguma. Hali hii imesababisha kupungua kwa mapato rasmi ya watumishi wa umma, na imebua mlolongo wa ushawishi mbaya ili kumudu maisha. Waandishi hawa wanakiri kuwa:

“Mtu anapaswa kutumia mfumo huo ambao haupatii kipato cha kutosha, ili kujitosheliza. Kutokana na nafasi aliyo nayo mtu na upatikanaji wa fursa kinyume na sharia (kinyume na maadili) ili kupata kipato cha ziada, zimeibuka tabia zinazofanywa na Watumishi wa Umma, kama vile upendeleo katika utoaji wa zabuni, kandarasi, kuzidisha malipo katika kuagiza bidhaa, kujihusisha katika biashara za pembeni wakati wa saa za kazi, kufanya kazi sehemu nyingine mbali pale alipoajiriwa, ubadhirifu wa fedha za umma, matumizi ya mali ya umma kwa shughuli binafsi, nk.” (Op. cit. p.37).

Sababu ya kijamii inahusisha mahusiano ya kitamaduni waliyo nayo watumishi wa umma, na inahusisha wajibu wa kitamaduni walio nao. Mara kwa mara wanalazimika kukiuka kanuni, na hatimaye viwango vya kimaadili, ili kuingiza madai yanayotokana na wajibu wao wa kitamaduni. Shellukindo na Baguma wanaeleza kuwa:

“Hivyo mara mtu anapokuwa afisa mwandamizi wa umma, ndugu zake na watu wa kabila lake watakuja kutaka kupewa upendeleo. Iwapo atashikilia taratibu zilizowekwa za uendeshaji, na hivyo akikataa kutimiza mahitaji na matarajio yao, atalaaniwa na wanajamii kwa kusaliti Imani yao, na kukubalika nao kutakuwa na shaka. Hivyo ili kutoenda kinyume na Imani ya watu wa kabila lake, anaweza kubadili taratibu na mfumo ili kuingiza mahitaji yao.” (Op. cit. P.37)

Utafiti mwingine wa rushwa katika sekta ya afya ya umma Tanzania ni ule uliofanywa na Makeula ambao ulifanywa katika vituo vya afya vya umma katika Wilaya ya Kilombero kati ya 1996 na 1997 (2000). Utafiti huo ulitaka kubainisha mambo yanayosababisha kuwepo kwa rushwa. Washiriki katika utafiti huu walikuwa wafanyakazi wa sekta ya afya kada zote wanaofanya kazi katika vituo vya afya vya umma na binafsi.

Ripoti hii inatoa taarifa ya mtazamo wa wafanyakazi wa sekta ya afya kuhusu mambo yanayosababisha rushwa kuwepo. Muhimu zaidi kati ya haya iliripotiwa kuwa:

- Kutokuwa na usawa katika kupandisha vyeo
- Utaratibu wa kazi hauko wazi
- Matarajio makubwa ya wafanyakazi wa sekta ya afya
- Kipato kidogo cha wafanyakazi wa sekta ya afya
- Gharama kubwa za maisha
- Mazingira duni ya kazi
- Uongozi duni katika sehemu za kazi.

Kasoro kubwa za ripoti hii ni kuwa haelezi namna kila moja ya haya husababisha kuongoza kwa mazoea. Hata kama baadhi ya mapendekezo yametolewa kwa ajili ya mapambano dhidi ya rushwa, haya hayahusiani moja kwa moja na sababu zilizobainishwa. Kwa mfano, Makeula anapendekeza kuwa vyama vya wafanyakazi wa sekta

ya afya/tiba vitumike kama vikundi shinikizi kwa wafanyakazi wa sekta ya afya kama mkabala mmoja katika kupunguza rushwa, na hata hivyo maadili ya huduma ya afya si suala linalojadiliwa kwenye makala hayo.

Pia kuna makala mazuri yaliyoandikwa na Kinemo (2000). Ni uchanganuzi wa uhusiano wa rushwa na marekebisho ya sekta ya afya, na inaonekana kuelezwa kwa uzoefu binafsi na tafakuri badala ya utafiti wa majaribio ya jambo.

Makala haya yanachunguza rushwa ndani ya mtazamo wa kisheria na kimaadili. Makala haya yanakiri kuwa Tanzania ina sheria maalum ambazo zinapiga marufuku rushwa katika shughuli za kiserikali na kibinafsi. Ni kosa la jinai kwa daktari au muuguzi kuomba, kupokea au kukubali kupokea zawadi, mkopo, ada, kufikiriwa au mafao kama kichocheo. Pia inapiga marufuku kufanya miamala na wakala au inayofanywa na wakala ili kuonyesha upendeleo au kutopendelea kuhusiana na masuala ya daktari na muuguzi.

Kinemo hata hivyo anaona kuwa sheria hii imekaa kimya kuhusu bakshishi au 'fedha za haraka'. Licha ya masharti haya ya kisheria kutojijhusisha na shughuli za rushwa, makala haya yanakiri kuwa madaktari, wauguzi na wafamasia wanaongozwa na maadili ya kitaaluma ambayo yanawakataza wao na wengine katika kazi za huduma ya afya kujihusisha katika rushwa.

Kuhusu marekebisho ya sekta ya afya, makala yanaonyesha kuwa haya yalianzishwa katika kushughulikia utendaji mbovu wa sekta ya afya ambao umejidhihirisha kutokana na vitendo vya rushwa. Marekebisho hayo yalijaribu kujenga mazingira ambayo yanawezesha kufuatwa kwa taratibu, kanuni na miongozo ndani ya sekta ya afya kwa njia ya uwazi.

Makala yanaeleza, hata hivyo, kuwa marekebisho ya sekta ya afya kama yalivyo hayakupanga hatua za kuchukua kutokomeza rushwa,

badala yake, baadhi ya hatua za marekebisho hasa zimetoa mianya ya rushwa kufanyika. Mianya hiyo ni pamoja na kuwaruhusu madaktari ambao ni waajiriwa wa serikali kumiliki vituo binafsi vya afya na mfumo wa kuchangia gharama ambapo usimamizi wake unaruhusu kuchukua hatua za kukusanya fedha za kuchangia gharama.

Katika mtazamo wa kimaadili Kinemo anaona suala hili ni kipengele muhimu, hususan katika muktadha wa huduma za afya ambazo zinafungwa na maadili. Rushwa ni tabia isiyo ya kimaadili. Hii pia ni nafasi anayochukua Yahaya (1993). Anaeleza kuwa wakati tabia isiyokuwa ya kimaadili inaporasmishwa, inafikia kiwango cha kukubalika na kuwa kiwango cha tabia kwa ajili ya kutimiza lengo lolote. Maafisa na wateja wanafanya shughuli ndani ya mchakato usio wa kimaadili. Wakati huduma zinatolewa, kuna ada isiyo halali, na shughuli hizi haramu zinachangiwa kuanzia juu hadi chini.

Huu ni mtazamo ambao pia umeelezwa na Mohamed Aboud katika makala yake anachunguza mambo yaliyoonekana kwake kama nafasi ya ufuatiliaji usio na ufanisi iliyochukuliwa na utawala nchini Tanzania (Aboud 1993). Anakiri kuwa vita dhidi ya rushwa haviwezi kufanikiwa kama jamii imefikia kukubali rushwa kama sehemu ya maisha. Mazingira yanatakiwa kujengwa kusaidia mafunzo ya maafisa wa umma katika maadili, na ili mafunzo yawe na athari katika vitendo vyao vya kitaalamu. Anadai kuwa haina maana kufundisha maadili isipokuwa kama yanatekelezwa katika jamii kwa ujumla. Hakuna sababu ya kufundisha maadili ya utawala bora iwapo taswira za utawala bora hazionyeshwi.

Makala za jarida la “The Afrobarometer Briefing Papers”, Namba 33 na 34 (REPOA na MSU 2006) ni vyanzo vyenye taarifa nyingi kuhusu rushwa nchini Tanzania. REPOA ni mshirika wa Tanzania katika shughuli hii ya utafiti wa kimataifa ambapo imekuwa ikifuatilia mtazamo wa umma katika kuenea kwa rushwa nchini Tanzania na kiasi cha juhudi za serikali kupambana na tatizo hili tangu mwaka 2001.

Tafiti zimefanyika mwaka 2001, 2003 na 2005. Utafiti wa 2005 unategemea ripoti mbili zilizorejelewa hapo juu. Utafiti huu ulifanyika kati ya Julai 18 na Agosti 13, 2005 na ulitumia sampuli nasibu kitaifa ya Watanzania 1,304 – wanaume 650 na wanawake 654 – wenye umri zaidi ya miaka 18; ulifanyika katika mikoa yote nchini.

Habari za matokeo hayo kwa ufupi ni kama ifuatavyo:

- Mwaka 2003, 80% ya wahojiwa walifikiri kuwa “baadhi” ya polisi, polisi “wengi” au “wote” walishiriki kwenye vitendo vya rushwa, lakini idadi hii ilipungua hadi 72% mwaka 2005.
- Mnamo mwaka 2003, 58% ya wahojiwa walifikiri kuwa “baadhi ya” maafisa waliochaguliwa, maafisa “wengi” au “wote” waliochaguliwa wanajihusisha na rushwa, lakini mwaka 2005, 38% tu walifikiri kuwa wabunge walishiriki rushwa, na 44% walifikiri maafisa wa serikali za mitaa waliochaguliwa walishiriki rushwa.
- 58% ya wahojiwa walifikiri kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya walikuwa wapokea rushwa. Hakuna idadi kama hiyo iliyoripotiwa kwa miaka iliyotangulia.
- 39% ya wahojiwa waliripoti kuwa “baadhi ya” wafanyakazi wa sekta ya afya wanajihusisha na rushwa, na 20% waliamini kuwa “wengi wao” au “wote” wanajihusisha na rushwa.
- 29% ya wahojiwa waliripoti kuwa walikumbana na madai ya malipo haramu katika kliniki au hospitali za maeneo yao.
- 15% ya wahojiwa waliripoti kuwa walifanya malipo hayo.
- 7% ya wahojiwa waliripoti kuwa walitoa malipo haramu “mara moja au mbili, na 5% walifanya hivyo “mara chache”, wakati 3% walisema walilazimika kufanya hivyo “mara kwa mara”.

- 18% ya wahojiwa waliripoti kuwa “hawakuwahi kufanya hivyo miaka ya nyuma.”
- 73% ya wahojiwa walifikiri kuwa afisa ambaye anadai malipo kwa huduma fulani ambayo ni sehemu ya kazi yake anakiuka wajibu wake kwa umma.
- Walipoulizwa kubainisha matatizo hadi matatu muhimu ya nchi ambayo serikali inapaswa kuyashughulikia, 3% tu ya wahojiwa walitaja rushwa kama tatizo.

Mchango muhimu wa ripoti hii ni tofauti kati ya mtazamo wa wahojiwa kuhusu rushwa na ushiriki wao. Mtazamo huu unaweza kujengwa kutokana na fununu au taarifa za vyombo vya habari na wanaweza kukuza ukubwa wa tatizo hilo. Hii inaonekana kuwa tatizo ikilinganishwa na uzoefu wa wahojiwa wa kuombwa na kutoa hongo.

Mchango mwingine muhimu wa ripoti hii katika maarifa ni uchunguzi wa fasili Watanzania waliyo nayo kuhusu rushwa katika utumishi wa umma. Watanzania wameripotiwa kuepuka rushwa katika utumishi wa umma. Utafiti uliuliza kuhusu vitendo vitatu vinavyofanywa na maafisa wa serikali, na kuwaomba wahojiwa waonyeshe kama walichukulia vitendo hivyo kuwa “si makosa kabisa”, “makosa lakini yanaeleweka”, au “makosa na yanastahili adhabu.” Vitendo hivyo vilikuwa:

- Kuelekeza miradi ya maendeleo katika eneo ambapo marafiki na wafuasi wake wanaishi;
- Kutoa kazi kwa mwanafamilia ambaye hana sifa muhimu;
- Kudai upendeleo au malipo ya ziada kwa baadhi ya huduma ambazo ni sehemu ya kazi yake.

Matokeo yanaonyesha kuwa 55% ya wahojiwa walieleza kuwa kuonyesha mradi wa maendeleo kama ilivyoonyeshwa ilikuwa kosa na inastahili kuadhibiwa, wakati 34% walisema ilikuwa kosa lakini

linaeleweka. 7% tu walisema haikuwa kosa kabisa. 70% walisema kutoa kazi kwa mwanafamilia asiyestahili ilikuwa kosa na anastahili kuadhibiwa, wakati 23% walisema ilikuwa kosa lakini linaeleweka. 4% tu walisema haikuwa kosa kabisa. 73% walisema kudai upendeleo au malipo ya ziada kwa huduma ambayo ni sehemu ya kazi ya afisa ilikuwa kosa na anastahili adhabu. Kiasi cha watu 21% walisema ilikuwa kosa lakini inaeleweka, wakati 1% walisema haikuwa kosa kabisa. Hitimisho lipo wazi:

“Ni wazi, Watanzania kwa sehemu kubwa wanachangia mitazamo ya kimataifa kuhusu mwenendo ambao watumishi wa umma wanatakiwa kufuata katika kutekeleza wajibu wao. Shughuli za kiutamaduni, ziwe za kutoa zawadi au vitu vya aina nyingine, mbele ya umma wa Watanzania, haziwapi haki watumishi wa umma kutumia fursa hiyo.”
(REPOA & MSU 2006: 7)

Upungufu mkubwa katika ripoti hii ni kuwa haibainishi sehemu maalum za huduma za afya ambapo wahojiwa waliombwa hongo, na wale ambao hasa walitoa hongo. Juhudi za makusudi dhidi ya kutokomeza rushwa ndani ya sekta ya huduma za afya zinahitaji kutolewa taarifa na maarifa hayo.

Pia ilipaswa kuwa nahabari kuhusu taarifa za watu ambao waliombwa, na wale ambao walitoa rushwa. Hivi vinaweza kuwa vikundi vya watu walio katika mazingira magumu zaidi ambao wasingeweza kutafuta huduma kutoka vituo binafsi vya afya.

Makala haya yanaangazia mambo ambayo Warioba aliyaainisha kama rushwa ndogondogo. Kwa hakika hii ni aina ya rushwa ambayo inaamsha chuki ya umma. Makala haya hayashughulikii aina nyingine za rushwa ambazo zinaweza kuharibu huduma za afya ya umma.

Ripoti ya Rushwa Duniani 2006 ya Transparency International (TI) (2006) ni chanzo kingine cha kuvutia kuhusu rushwa katika huduma za afya ya umma kwa ujumla, na ni muhimu kwa Tanzania. Tanzania

haikuwa moja ya nchi zilizolengwa na ripoti hiyo lakini ni muhimu hasa kwa ajili ya mchango inaotoa kuhusu aina za rushwa ambazo zinafanyika katika vituo binafsi vya afya na vya umma, wakosaji wake, ambao ni pamoja na kampuni za madawa na wazalishaji wa vifaa tiba, na kuhusu sababu ambazo zinafanya sekta hii kukithiri kwa rushwa.

Ripoti hii inaelezea rushwa kama “matumizi mabaya ya mamlaka aliyopewa mtu kwa kujinufaisha binafsi.” Mifano katika huduma za afya ni pamoja na “kutoa hongo kwa wadhibiti na wataalamu wa tiba, kubadili maelezo kuhusu majaribio ya dawa, upotoshaji kuhusu dawa na vifaa na rushwa katika ununuzi.” Wakosaji wa rushwa katika huduma za afya katika sekta ya afya pamoja na watendaji binafsi na wataalamu wa tiba. Katika nchi kama Tanzania, ambayo ripoti imeainisha kama yenye uchumi endelevu na wa mpito, rushwa katika mifumo ya afya hutokea kwa kiasi kikubwa katika utaratibu rasmi na haramu wa kulipia huduma.

Aina nyingine muhimu ya rushwa kuangalia ni wizi unaofanywa na wafanyakazi, rufaa binafsi za wagonjwa, utoro na matumizi mabaya ya vituo vya afya vya umma kwa shughuli binafsi. Pia kuna bahashishi na rushwa katika ununuzi wa mahitaji, dawa na vifaa tiba. Kuenea kwa matumizi mabaya yanayohusiana na dawa bandia, uuzaji wa vifaa vibovu, kuwasilisha kwa makosa ubora na umuhimu wa vifaa tiba na mgogoro wa maslahi kati ya wanunuzi, wasambazaji na watafiti.

Kulingana na ripoti hiyo, rushwa katika sekta ya afya imeenea kutokana na habari kutotolewa kwa ulinganifu. Wataalamu wa afya wana taarifa zaidi kuhusu ugonjwa kuliko wagonjwa, na kampuni za madawa na vifaa tiba zinajua zaidi kuhusu bidhaa zao kuliko maafisa wa serikali waliopewa jukumu la kutoa maamuzi ya ununuzi. Zaidi ya hayo, hakuna uhakika kwenye masoko ya sekta ya afya; hii inafanya kuwa vigumu kwa watunga sera kusimamia rasilimali.

Tatizo hili linazidishwa na dharura za kibinadamu wakati huduma za tiba zinapohitajika ghafla na taratibu za usimamizi zinalazimu kukiukwa. Ukweli kuwa mifumo ya huduma za afya ni migumu na inahusisha idadi kubwa ya washiriki inafanya iwe vigumu kufanikisha kuwa na uwazi.

Ripoti ya 2009 ya utekelezaji wa Mpango Mkakati wa Kupiga Vita Rushwa na Kuchukua Hatua - II (NACSAP II) imedhihirisha kuwa Serikali za Mitaa zote (LGAs) zimeweka masanduku ya maoni na maafisa malalamiko, zina mabango kwenye makao yao makuu na sehemu za kutolea huduma ikiwa ni pamoja na zahanati na vituo vya afya yenye maneno “Hili ni Eneo Lisilokuwa na Rushwa”. Zaidi ya hayo, Serikali za Mitaa zote zimeweka, katika ngazi ya Halmashauri, Kata na Kijiji/Mtaa, mbao za matangazo zinazoonyesha kiasi cha fedha zilizopokelewa kama msaada na ripoti za matumizi. Hata hivyo, ripoti hii haionyeshi taarifa za kiwango ambacho sababu za kiutawala, katika Serikali za Mitaa na sehemu zao za kutolea huduma, zinakwamisha au kuwezesha mapambano dhidi ya rushwa.

2.3 Viashiria vya uongozi mbovu katika utoaji wa huduma ya afya

Lewis (2006) anaeleza kuwa rushwa ipo juu katika utawala za huduma ya afya kwenye nchi zinazoendelea kwasababu nafasi ya utawala bora katika utoaji wa huduma za afya haikutupiwa macho vya kutosha. Inaelezwa kuwa viashiria vya uongozimbovu—ambavyo vinachochea rushwa—ni pamoja na: usimamizi mbovu; wafanyakazi kutokuwepo kazini; kupokea malipo yasiyo rasmi kutoka kwa wagonjwa; mifumo duni ya habari; uwajibikaji mdogo; na ununuzi bila kufuata taratibu.

Usimamizi Mbovu na Mafunzo Yasiyokidhi

Matatizo ya msingi ya utawala ni pamoja na usimamizi mbovu katika maeneo ya udhibiti na usimamizi wa rasilimali watu, mifumo midogo ya uendeshaji (k.m.ununuzi, usambazaji wa dawa, miundombinu) na

upatikanaji wa pembejeo (Lewis, 2006). Imeandikwa kuwa hospitali za umma hazifanyi kazi kwa ufanisi hasa kwasababu viongozi wa vituo hivi hawana ujuzi unaohitajika—mafunzo ya tiba yanachukua nafasi ya ujuzi wa usimamizi. Hata hivyo, hatua kidogo zimechukuliwa kuchunguza uhusiano kati ya kutokea kwa wafanyakazi wenye ujuzi wa usimamizi na kiwango cha rushwa.

Rawe na wenzake (2005) walipitia tafiti kadhaa na kuona kuwa ukosefu au usimamizi usio wa kutosha wa wafanyakazi wa sekta ya afya unawaacha bila kukaguliwa na kuweza kutenda namna wanavyotaka. Katika mazingira kama hayo, wanaweza kuacha kufuata viwango vya kitaalamu, hivyo kuhatarisha ubora wa huduma. Hata hivyo, tafiti zilizopitiwa na Rawe na wenzake hazikuchanganua namna ambavyo kukosa usimamizi kunaweza kuchochea kujihusisha na rushwa kama inavyofanywa na wafanyakazi wa sekta ya afya. Ushahidi wa maoni yaliyotolewa na mkazi wa Dar es Salaam, anasema kuwa usimamizi ukiwa mdogo unasababisha kliniki kuchelewa kufunguliwa, hivyo kusababisha foleni ndefu na wagonjwa kukata tamaa. Utafiti huu ulitaka kuchunguza hali hii kiutaratibu.

WHO (2006) linaeleza kuwa katika vituo vya afya vyenye usimamizi mbovu kuna wizi au “kupotea” kwa dawa na vifaa. Dawa na vifaa vingine vya tiba katika kituo cha afya vinaweza kuibwa na kuuzwa kwenye masoko binafsi. Upungufu wa dawa umeonekana mara kadhaa kuwakatisha tamaa wagonjwa kutumia vituo vya afya vinavyomilikiwa na serikali. Zaidi ya hayo, tafiti (Erhun na wenzake, 2001; WHO, 2006; The Associated Press, 2012) zimeonyesha kuwa, kutokana na uwajibikaji mdogo, karibu theluthi moja ya dawa katika vituo vya umma ama zimemaliza muda au ni bandia.

Kwa mara nyingine, matokeo ya usimamizi mbovu, vituo vingi vya afya vya umma vimekuwa vikiomba msaada wa vifaa kutoka kwa wagonjwa. Hii inajumuisha kuwataka wagonjwa kuleta au kununua vitu vya msingi kama vile glovu, mashuka, bandeji, pamba, dawa, sindano au hata mafuta ya taa (WHO, 2006). Kuomba msaada wa vifaa

kutoka kwa wagonjwa au ndugu zao inaonyesha upungufu wa vitu hivyo katika vituo vya afya vya umma. Kiwango ambacho wagonjwa wanahusisha hali hii na rushwa hakieleweki.

Kutokuwepo kazini

Kutokuwepo kazini kwa wafanyakazi wa sekta ya afya ni jambo la kawaida katika nchi nyingi zinazoendelea. Iliishia katika: kufungwa kwa kliniki za umma, wagonjwa wachache kupata huduma, huduma kuwa na ubora wa hali ya chini na, hatimaye, rushwa (Sadananda na Bhat 2010). Hata hivyo, wakati mwingine ilitokea kutokuwepo kazini kwa sababu za halali. Kwa mfano, wafanyakazi wa vijijini mara nyingi walihitaji kusafiri kwenda kwenye miji mikubwa kupokea mishahara yao na waliweza kuchelewa kutokana na shida ya usafiri na/au barabara mbovu. Bahati mbaya, katika mazingira fulani, madaktari au wauguzi walichelewa sana kufika kwenye kliniki au hawakutokea kabisa. Sadananda na Bhat, hata hivyo, hawakuandika majibu ya viongozi kushughulikia tatizo la kutokuwepo kazini katika muktadha wa kupambana na rushwa.

2.4 Hitimisho

Mapitio haya ya maandiko yanaonyesha kuwa kuna maswali mengi kuhusu vikwazo vya kiutawala vinavyochangia katika rushwa katika sekta ya afya ya umma nchini Tanzania ambavyo bado vitahitaji kuchunguzwa. Hivi ni pamoja na:

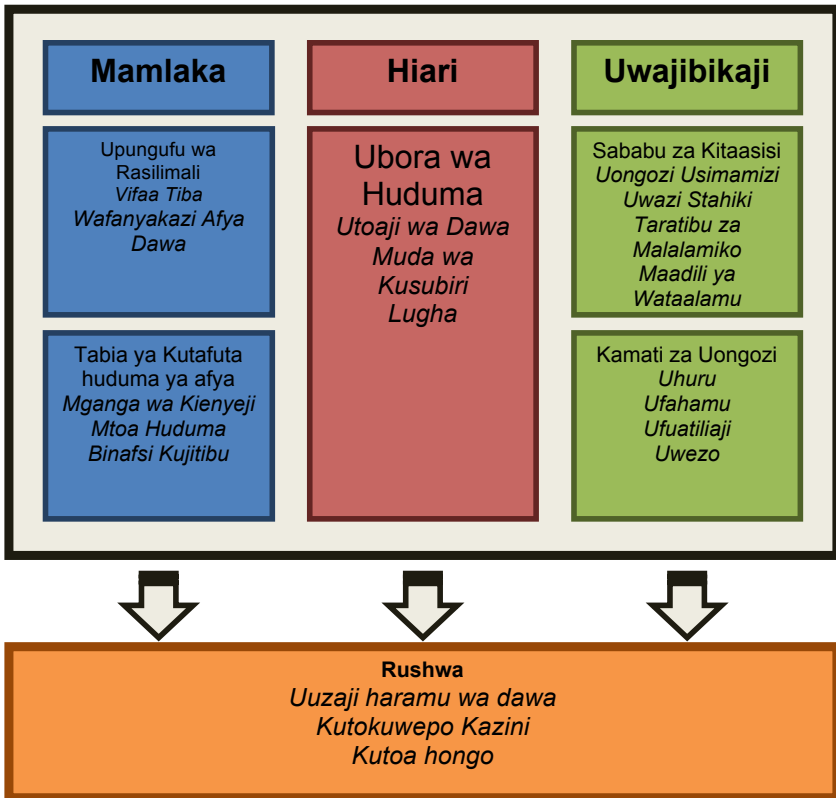
- Ni kwa namna gani kukosa usimamizi au usimamizi mdogo unatoa fursa ya kujihusisha katika rushwa
- Uhusiano kati ya kuwa na ujuzi wa usimamizi na ufanisi katika kupambana na rushwa
- Kiwango ambacho kutowajibika kunakwamisha juhudi za kupambana na rushwa

- Kiwango ambacho kutokuwa na uwazi kunakwamisha juhudi za kupambana na rushwa
- Kiwango ambacho kutokuwepo kazini kwa wafanyakazi wa sekta ya afya kunajenga mazingira ya rushwa
- Kiwango na ufanisi wa juhudi za usimamizi wa utawala dhidi ya rushwa
- Uwezo wa utawala kufanya uchunguzi kuhusu rushwa.

Utafiti unaopendekezwa unatarajiwa kutoa mchango katika maarifa na kueleza kuhusu kubuni hatua makini zaidi za kupambana na rushwa ndani ya huduma za afya.

2.5 Mawazo kuhusu sababu za kiutawala zinazochoea rushwa ndogondogo katika huduma za afya

Mawazo haya yanazingatia fomula $C = M + D - A$, ambayo imependekezwa na Klitgaard (1998). Kulingana na modeli hii rahisi, rushwa (C) itastawi iwapo mtu anashikilia madaraka (M) juu ya bidhaa au huduma, hiari (D) kuamua nani ataipata, na hawajibiki (A) kutokana na uamuzi wake.



Kielelezo 1 Kiunzi cha Nadharia

Wafanyakazi wa sekta ya afya ya umma wana hiari juu ya ubora wa huduma za afya zinazotolewa wakati wanapoandika na kutoa dawa, wakati wanapoamua nani anahitaji huduma ya haraka na kama wanatumia lugha ya heshima kwa wagonjwa.

Mfumo wa huduma ya afya Tanzania una tatizo la upungufu wa rasilimali watu kwa ajili ya afya na ukosefu wa madawa na vifaa tiba. Kupata upungufu wa aina hiyo, wananchi wasio na uvumilivu wanaweza kulazimika kutoa hongo ili wapate huduma ya tiba haraka. Utafiti huu umechunguza umuhimu wa rasilimali kwa kujaribu nadhariatete: *Matatizo ya usambazaji wa dawa yanachochea kununua huduma bora kwa bei za soko (ulanguzi) ambazo zipo juu ya bei zilizopangwa.*

Uwezo wa watoa huduma za afya kuweka masharti unakuwa mdogo kwani wananchi wanakuwa na hiari ya kuchagua watoa huduma wa umma au binafsi, waganga wa kienyeji, au uwezekano wa kujitibu. Utafiti huu umechunguza umuhimu wa mwenendo wa kutafuta huduma ya afya kwa kujaribu nadhariatete: *Vitendo vya rushwa katika vituo vya afya vya umma huathiri upendeleo wa watumiaji huduma hiyo juu ya watoa huduma.*

Wafanyakazi wa sekta ya afya wanaweza kwa hiari yao kutumia mamlaka waliyo nayo iwapo sababu za kiutawala za kuwawajibisha kwa vitendo na maamuzi yao hazipo. Ili kugundua ukiukaji wa maadili, uongozi wa kituo cha afya unawajibika kuwasimamia wafanyakazi wake. Iwapo uongozi haupo kwenye kituo kwa ajili ya ufuatiliaji, wanaweza kuwategemea wananchi ambao wanajua stahili zao za huduma na kutumia taratibu za kutoa malalamiko ili kuripoti uvunjaji wa sheria. Zaidi ya hayo, wafanyakazi wote wa sekta ya afya wanafuata maadili ya pamoja ambapo wanaweza kuwajibishwa na uongozi. Utafiti huu umechunguza uzito wa sababu za kiutawala kwa kujaribu nadhariatete: *Vitendo vya rushwa vinaendelezwa na sababu mbalimbali za kiutawala.*

Kila kituo cha afya kina kamati ya uongozi ambayo ipo kusimamia kutimizwa kwa majukumu ya kitaalamu. Ili kutimiza wajibu huu ipasavyo, kamati hizi zinahitaji kujua mwenendo mbaya, zinatakiwa kuwa huru ili kuepuka migogoro ya maslahi, ziwe na uwezo wa kutosha kuchunguza tuhuma na kufuatilia hatua za kurekebisha hali hiyo. Utafiti huu umechunguza umuhimu wa Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya kwa kujaribu nadhariatete: *Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya zinafuatilia ipasavyo malalamiko ya wananchi kuhusu vitendo vya rushwa katika vituo husika vya afya.*

Iwapo matumizi ya mamlaka na hiari hayafuatiliwi na kukatazwa, rushwa kwa kuuza dawa isivyo halali, kutokuwepo kazini na kutoa hongo ni mambo yanayotarajiwa kushamiri.

3. Methodolojia

3.1 Muundo

Muundo wa kundi wakilishi ulitumika, kwa kutumia mikabala isiyo ya kiidadi na kiidadi kwa ajili ya ukusanyaji wa data.

3.2 Aina ya watafitiwa

Utafiti huu ulilenga aina nne za watu ambao ni: wanajamii, wagonjwa wanje na waliolazwa, wakuu wa vituo vya afya na wajumbe wa Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya.

3.3 Maelezo ya mbinu za ukusanyaji wa data

Dodoso ya mchanganyiko wa maswali

Dodoso hili lina mchanganyiko wa maswali funge na ya wazi. Nyenzo hii, kwa kiwango kikubwa, ilikuwa na muundo wa hali ya juu na ilitafuta uchaguzi kati ya majibu yaliyoandaliwa mapema kwa maswali yaliyopangwa, lakini pia ilikuwa na maswali ya wazi ambayo yaliwapa wahojiwa fursa ya kueleza, kwa maneno yao wenyewe, mawazo yao kuhusu uzoefu wa masuala yaliyoibuliwa.

Mahojiano na watoa habari muhimu

Haya yalikuwa mahojiano yasiyokuwa na muundo maalum na maafisa tawala wa hospitali. Mwongozo wa mahojiano ulikuwa na orodha ya maswali ya wazi katika jaribio la kugundua sababu za kiutawala zinazochangia kuwepo rushwa katika vituo vya afya. Mahojiano yao yalikuwa, kimsingi, mazungumzo kwa madhumuni ya kuchunguza sababu gani zinachangia kuwepo rushwa kiutawala na kufanya mapambano dhidi ya rushwa kuwa shughuli ngumu.

Majadiliano ya Vikundi Lengwa

Mbinu hii ya utafiti usio wa kiidadi imewahusisha wawezeshaji wawili – mmoja akiwa mwongozaji na mwingine akiwa mchukua

maelezo (anayerekodi) — kulihusisha kundi la washiriki 6 – 8 katika majadiliano kuhusu athari za rushwa katika upatikanaji wa huduma za afya. Washiriki walichaguliwa kwa makusudi ili kuwakilisha wanajamii wa kike na kiume wa umri tofauti na hadhi tofauti ya kijamii na kiuchumi. Vikundi lengwa vilichukua karibu saa moja na nusu na yaliendeshwa mahali ambapo kulikuwa na faragha.

Kuchunguza

Mbinu ya uchunguzi bila kushiriki ilitumika ili kuwezesha tathmini isiyokuwa na upendeleo ya sababu zinazohusiana na utawala ambazo zinaathiri vituo vya afya. Vituo vitatu vya afya vilichaguliwa katika kila moja ya wilaya kumi. Vituo hivi vilikuwa: hospitali ya wilaya, kituo kimoja cha afya na zahanati. Uchunguzi ulifanyika katika idara/ sehemu ya wagonjwa wa nje ya kila moja ya vituo vitatu.

Makadirio ya ukubwa wa sampuli

Ukubwa wa Sampuli kwa mbinu ya ukusanyaji wa data ya kiidadi

uliamuliwa kwa kutumia fomula $n = \frac{z^2 pq}{d^2}$, ambapo:

n = ukubwa wa sampuli unaotakiwa,

z = mkengeuko sanifu wa kawaida, ulipangwa kuwa 2,

p = uwiano wa watumia huduma na wafanyakazi wa sekta ya afya walioshiriki au walioathirika na vitendo vya rushwa (hii itawekwa katika 18% (YAV 2008)),

$q = 1 - p$, na

d = kiwango cha usahihi uliotakiwa, kilipangwa kuwa 0.05.

Hivyo, kwa watumia huduma [wagonjwa], $p = 18\%$ (uwiano wa wagonjwa ambao wamekiri kuwa waliombwa rushwa (YAV 2008)).

Hivyo, ukubwa wa sampuli = $\frac{2^2 \cdot 0.18 \cdot 0.82}{(0.05)^2} = 236$. Pamoja na

marekebicho ya 10% kwa wasiojibu (24), ukubwa wa mwisho wa sampuli umefika wagonjwa 260 katika kila moja ya wilaya kumi zilizofanyiwa utafiti ambazo zilihusika katika utafiti.

Kwa watumia huduma [wanajamii], $p = 55\%$ (uwiano wa wanajamii ambao wamekiri kuwa waliombwa rushwa (YAV 2008)). Hivyo, ukubwa wasampuli $\frac{2^2 \cdot 0.55 \cdot 0.45}{(0.05)^2} = \frac{0.99}{0.0025} = 396$. Pamoja na marekebicho ya

10% kwa wasiojibu (40), ukubwa wa mwisho wa sampuli unafika wanajamii 436 katika kila moja ya wilaya kumi za utafiti ambazo zilishiriki kwenye utafiti.

Mbinu za kupata sampuli ya watumia huduma: wagonjwa

Utafiti huu ulitumia mbinu ya usampulishaji ya ngazi mbalimbali. Kwanza, hospitali ya wilaya ilichaguliwa kwa kukusudia, na pili, kituo kimoja cha afya na zahanati mbili katika wilaya zilichaguliwa kwa njia ya usampulishaji nasibu. Tatu, vitengo kadhaa vya kuwahudumia wagonjwa vilichaguliwa kwa ajili ya utafiti kwa kutegemea kiwango cha kituo cha afya. Katika hospitali ya wilaya, vitengo vinne muhimu vilihusishwa, ambavyo ni: vitengo vya tiba, upasuaji, watoto na afya ya uzazi na watoto. Sehemu za wagonjwa wa nje na waliolazwa za vitengo hivi zilitembelewa. Katika ngazi ya kituo cha afya na zahanati wagonjwa wa nje tu walishiriki.

Nne, kwa kila kitengo cha kituo cha huduma za afya kilichochaguliwa, mkabala wa wastani wa welekeo wa ukubwa ulitumika kuchagua sampuli ya wahojiwa 436 kwa kutumia mbinu ya utaratibu wa usampulishaji. Kiunzi cha usampulishaji kiliwekwa kupitia msaada wa maafisa ambao walikuwa wakuu wa vitengo husika. Kwa uchaguzi wa sampuli halisi, idadi ya wagonjwa ambao wamehudhuria katika kila kitengo (wagonjwa wanje na wagonjwa walioruhusiwa) ilibainishwa na kisha kugawanywa kwa ukubwa wa sampuli husika, na kutoa mwachano wa sampuli. Kisha, sampuli ilichukuliwa kwa kuorodhesha majina ya wagonjwa katika mpangilio holela na kuchagua kila

mgonjwa wa nth—kuanzia na namba zilizochaguliwa kinasibu kati ya moja na n .

Mbinu za usampulishaji wa watumia huduma: wanajamii

Utafiti huu ulitumia mbinu ya usampulishaji wa ngazi mbalimbali. Kwanza, kata mbili katika kila wilaya zilichaguliwa kinasibu. Pili, kati ya kata zilizochaguliwa, vijiji viwili vilichaguliwa kinasibu. Tatu, kutoka katika kila kijiji kilichochaguliwa mkabala wa wastani wa welekeo ulitumia kuchagua sampuli ya wahojiwa 436 kwa kutumia mbinu za utaratibu wa usampulishaji. Kiunzi cha usampulishaji kupitia kuungwa mkono na viongozi wa vijiji na vitongoji. Kwa hali hii, idadi ya watu wenye umri wa miaka 15 na zaidi katika kila kitongoji ilibainishwa na kisha kugawanywa kwa ukubwa wa sampuli uliotakiwa, na kutoa mwachano wa usampulishaji. Kisha, sampuli ilichukuliwa kwa kuorodhesha majina ya watu wanaostahili katika kaya zinazounda kitongoji, kwa mpangilio nasibu, na kuchagua kila jambo la n — kuanzia namba iliyochaguliwa kinasibu kati ya moja na n .

3.4 Usimamizi na uchanganuzi wa data

Rekodi za ukusanyaji wa data za kiidadi zilikaguliwa kujua ukamilifu wao kila siku. Baadaye, data ziliingizwa kwa msimbo kwenye kompyuta, zikakaguliwa, na kupembuliwa na kuchanganuliwa kwa kutumia programu ya takwimu ya SPSS. Majedwali na takwimu fafanuzi zimetumika kutoa muhtasari wa data. Tofauti kati ya viwango ilichunguzwa kwa kutumia jaribio la “Chi square test”.

Kwa kuongezea, data isiyo ya kiidadi ilinukuliwa kisisi na kushughulikiwa kwa kutumia mkabala wa uchanganuzi wa kimada. Kwa hili, data ilichanganuliwa kwa kuchunguza na kuainisha maoni ya wahojiwa. Kategoria kuu zilibainishwa na data ilifumuliwa ipasavyo. Dhana au dondoo zilikatwa na kuunganishwa kwenye kategoria zao husika. Hatimaye, taarifa chini ya kategoria kuu na kategoria ndogo ziliwasilishwa kupitia muhtasari na matini za maelezo (dondoo).

3.5 Ruhusa ya kufanya utafiti

Pendekezo la utafiti huu lilifanyiwa mapitio ya maadili na Kamati ya Utafiti na Uchapishaji ya Chuo Kikuu cha Afya na Sayansi za Tiba cha Muhimbili, na ruhusa ya kufanya utafiti ilichukuliwa kutoka mamlaka husika katika maeneo ya utafiti.

3.6 Kutunza siri

Majadiliano ya vikundi lengwa, mahojiano na watoa habari muhimu na data ya utafiti zilikusanywa bila kuchukua majina au vibainishi vingine vya washiriki.

3.7 Kuutambulisha utafiti

Kila mhojiwa alifahamishwa vya kutosha kuhusu malengo, umuhimu, mbinu, faida zinazotarajiwa na madhara yanayoweza kutokea.

3.8 Faida

Kila mhojiwa alifahamishwa kuwa ushiriki wake katika utafiti huu utampatia fursa ya kutafakari kuhusu tatizo la rushwa. Kubadilisha mawazo na wengine katika majadiliano kungetoa fursa ya kujifunza na, huenda, kubadili mitazamo kuhusu rushwa.

3.9 Hatari ya kushiriki

Kila mhojiwa alifahamishwa kuwa hakukuwa na hatari kubwa katika kushiriki kwenye utafiti huu. Ilikelezwa kuwa inawezekana kukawa nakuingilia faragha ya mtu kutokana na washiriki kuombwa kutoa baadhi ya taarifa ambazo zinaweza kuwa siri, au kufunua mambo ambayo wasingependa kukumbushwa. Katika mazingira haya, washiriki watakuwa na uhuru wa kuacha kujibu maswali yoyote ambayo yanaweza kuwafanya wakose amani.

3.10 Kueleza kuridhia

Wahojiwa walikuwa na uhuru wa kukataa ombi au kujitoka katika utafiti wakati wa mahojiano/majadiliano. Wale ambao wamekubali kushiriki katika utafiti wametoa maelezo ya kukubali kwa maneno.

4. Athari zinazotambulika za sababu za kiutawala katika rushwa

Sura hii inawasilisha matokeo na majadiliano husika kuhusu nadhariatete 1: vitendo vya rushwa vinachochea na sababu mbalimbali za kiutawala. Kiwango ambacho sababu za utawala wa utawala zinawachochea watoa huduma za afya kuomba hongo zilisisitizwa kupitia uzoefu wa wahojiwa (mahojiano yenye majibu ya moja kwa moja na yasiyo ya moja kwa moja) na maelezo yasiyo na upendeleo kwa kuchunguza. Hivyo, matokeo yanayounga mkono nadharia hii yamewasilishwa katika sehemu nne. Sehemu ya kwanza inahusu maoni ya wahojiwa (kupitia mahojiano), sehemu ya pili inahusu matokeo ya ziada ya majadiliano ya vikundi lengwa, sehemu ya tatu ni matokeo ya uchunguzi na sehemu ya nne inachanganua mawazo ya viongozi wa vituo vya afya.

4.1 Ni kwa namna gani sababu za kiutawala zinachochea rushwa kwa mtazamo wa wahojiwa

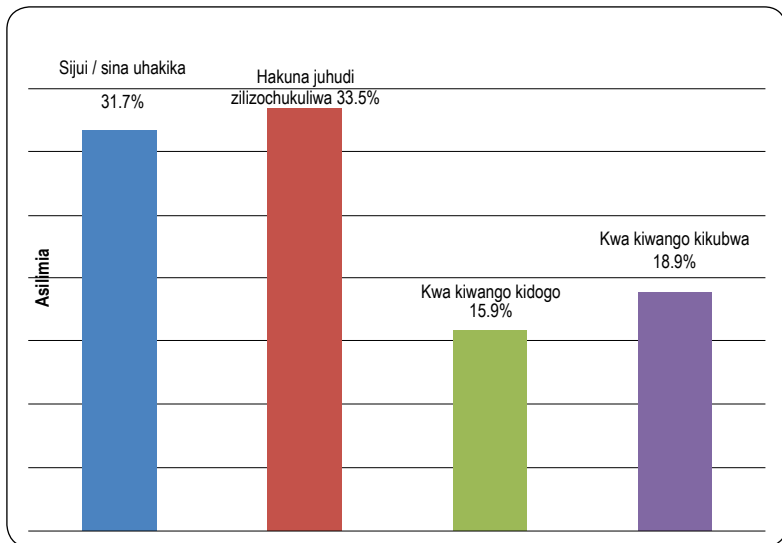
4.1.1 Nafasi ya sababu za kiutawala

Wanajamii waliombwa kutathmini kiwango ambacho udhaifu unaohusiana na sababu za kiutawala unachochea kujihusisha na rushwa. Matokeo kwenye jedwali 4.1 yanaonyesha kuwa karibu nusu ya wahojiwa wameonyesha kuwa matatizo katika utawala yanachukua nafasi kubwa katika kuzidisha vitendo vya rushwa. Sababu muhimu zaidi, zilizokadiriwa katika mpangilio wakutoka juu kwenda chini ni: kutowajibika au kuwajibika kidogo na vitendo vya wafanyakazi wa sekta ya afya (50.9%); kushindwa kufuata maadili ya kitaalamu (49.3%); na kutokuwa na usimamizi au usimamizi mdogo (47.3%). Sababu iliyokadiriwa kidogo zaidi ilikuwa kutojua haki za watumia huduma (41.3%).

| S/N | Sababu | Kiwango cha mchango katika rushwa | | | |
|-----|---|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Kiwango kikubwa | Kiwango fulani | Kiwango kidogo | Hakuna kabisa |
| 1 | Kukosa usimamizi/ usimamizi mdogo | 1837 (47.3%) | 909 (23.4%) | 328 (8.4%) | 812 (20.9%) |
| 2 | Kutowajibika/ Uwajibikaji kidogo | 1979 (50.9%) | 842 (21.7%) | 344 (8.9%) | 721 (18.6%) |
| 3 | Kushindwa kufuata maadili ya kitaalamu | 1916 (49.3%) | 832 (21.4%) | 336 (8.6%) | 802 (20.6%) |
| 4 | Kutojua haki za watumia huduma | 1604 (41.3%) | 959 (24.7%) | 438 (11.3%) | 885 (22.8%) |

Jedwali1. Sababu za kiutawala zinazochochea kujibusisha na vitendo vya rushwa

Wahojiwa waliulizwa baadaye maoni yao kuhusu kiwango ambacho usimamizi wa kituo cha afya ambacho kawaida wanahudhuria umefanikiwa kuzuia na kupambana na rushwa. Maoni ya wahojiwa wa utafiti yameonyeshwa kwenye Kielelezo 4.1.

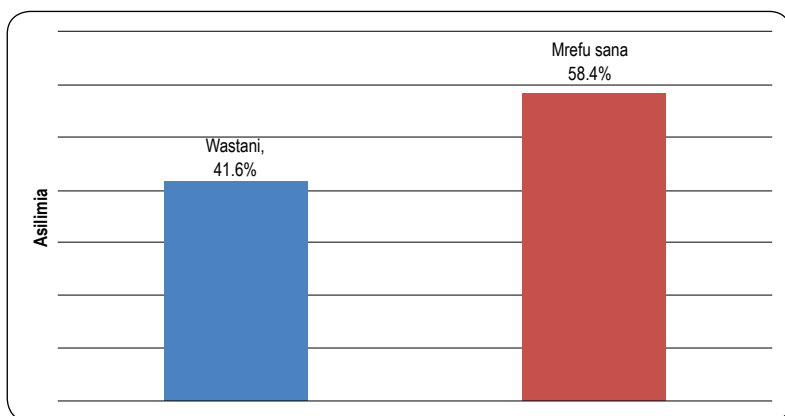


Kielelezo2. Juhudi za usimamizi wa kituo katika kuzuia na kupambana na rushwa (n = 3886)

Kielelezo 4.1 kinaonyesha kuwa, karibu sehemu ya tatu (33.5%) ya wahojiwa wamesema wazi kuwa hakuna juhudi zilizochukuliwa na menejimenti katika kituo cha afya katika kuzuia na kupambana na rushwa, sehemu nyingine ya tatu (31.7%) hawakujua au hawakuwa na uhakika kama kuna juhudi zozote zilizofanywa.

4.1.2 Mtazamo wa ubora wa huduma

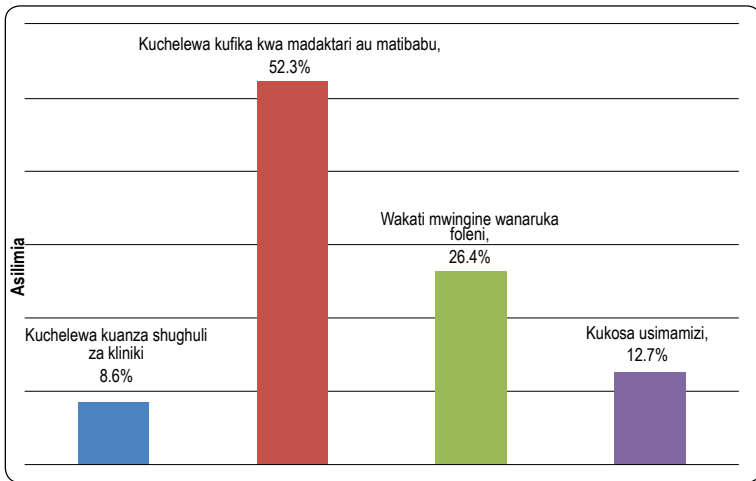
Tathmini ya uhusiano kati ya sababu za kiutawala na hiari pia ilifanyika kwa kuchunguza mtazamo wa wagonjwa wa nje kuhusu ubora wa huduma. Swali muhimu linalohusiana na muda wa kusubiri. Kama ilivyoonyeshwa kwenye kielelezo 4.2, zaidi ya nusu ya wahojiwa (58.4%) walifikiri kuwa wamesubiri kwa muda mrefu sana kabla ya kukaribishwa kwenye chumba cha kuonana na daktari.



Kielelezo 3. Mtazamo wa muda wa kusubiri (n = 1854)

4.1.3 Sababu zinazotambulika za kusubiri kwa muda mrefu

Wale wahojiwa ambao walidai kuwa wamesubiri kwa muda mrefu sana waliombwa kueleza sababu zilizosababisha kuchelewa. Majibu yao yapo kwenye kielelezo 4.3.



Kielelezo 4. Sababu zinazotambulika za muda wa kusubiri (n = 1083)

Kielelezo 4.3 kinaonyesha kuwa wahojiwa walibainisha sababu zinazohusiana na matatizo katika uongozi wa kituo cha afya: kuchelewa kufika kwa daktari au tabibu (52.3%); baadhi ya wagonjwa kuruka foleni (26.4%); na kukosa usimamizi (12.7%).

Ingawa matokeo yaliyoonyeshwa kwenye Kielelezo 4.3 yanadhihirisha kuwa kukosa usimamizi kulibainishwa na wagonjwa wachache, washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa katika jamii kwa wingi wamebainisha kukosa usimamizi kama sababu muhimu ya kiutawala ambayo inachochea rushwa. Dondoo zifuatazo zinaonyesha hilo:

“Mi naamini tatizo ni ukosefu wa usimamizi...mfumo toka juu umekaa vibaya...” (Mwanaume wa Mlandizi)

“Sisi tunafikiri kwamba maoni yetu makubwa ni usimamizi uwe mkubwa ili mradi hizi kero zisiwepo.” (Mwanaume wa Mlandizi)

Washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa wameendelea kufafanua kuhusu namna usimamizi mdogo au kukosa usimamizi kunavyochochea kujihusisha katika rushwa. Ilielezwa kuwa kukosa usimamizi kunawashawishi watoa huduma kuvunja kanuni za kutoa huduma za kitaalamu kama: “wa kwanza kufika, wa kwanza

kuhudumiwa”. Wagonjwa ambao wanajulikana na wafanyakazi wa kituo cha afya (marafiki/ndugu zao) wanahudumiwa kwanza bila kujali nafasi yao kwenye foleni. Mmoja wa washiriki alisema kwa urahisi:

“Tatizo linatokana na madokta kukaa muda mrefu kwenye kituo... wengine wamejaza marafiki sana...mkiwa mmekaa kwenye foleni, akija anawahudumia kwanza marafiki zake, wakiisha ndio mnakwenda wengine.” (Mwanamke wa Mpwapwa)

Vilevile, ilikubaliwa kuwa daktari anaweza kumwita mtu ndani na kumruhusu kuruka foleni kwasababu anajua kuwa mtu huyo anaweza kutoa fedha kulipia upendeleo aliopewa. Hili liliwekwa vizuri na mshiriki mmoja:

“Unakuta dokta akifika pale (wakati mko kwenye foleni) kwa kuwa ni mwenyeji anajua huyu nikimwita tu ndani atatoa hela. Akishajua kuwa wewe hakujui atamwita yule anayepata faida kwake kwanza, wewe...basi anakuruka.” (Mwanamke wa Mpwapwa)

4.2 Athari za sababu za utawala kiutawala katika vitendo vya rushwa kulingana na uchunguzi wa utafiti

4.2.1 Utangulizi

Sehemu hii inawasilisha matokeo ya uchunguzi ambao ulifanyika kuchunguza kiwango ambacho sababu za utawala wa kiutawala unachochea kushiriki kwenye vitendo vya rushwa. Matokeo yanahusisha na: usimamizi mdogo; taratibu ndogo za uwajibikaji; na juhudi chache za kukuza ushiriki wa wagonjwa/walezi wao katika kupambana na rushwa.

4.2.2 Usimamizi mdogo

Katika vituo vya afya 20 kati ya 30, wachunguzi hawakuona afisa ambaye angechukuliwa kama msimamizi. Zaidi ya hayo, kati ya vituo vya afya 10 ambapo wasimamizi walionekana wakipita, vituo 4 tu vilikuwa na wasimamizi ambao walikuwa wakiwasiliana na wagonjwa ili kuelewa matatizo yao.

4.2.3 Taratibu chache za uwajibikaji

Wachunguzi walitaka kujua iwapo kulikuwa na malalamiko yaliyotolewa na wagonjwa na kama vyombo vipo vya kuwafanya wafanyakazi wa sekta ya afya kuwajibika na vitendo vyao na kutochukua hatua. Matokeo yanaonyesha kuwa katika vituo vya afya 16 (53.3%) kati ya 30 wagonjwa walisikika wakilalamika. Malalamiko yao yalikuwa kuhusu: muda mrefu wa kusubiri (12); lugha mbaya (2); kuruka foleni (1); na gharama kubwa za dawa (1). Katika moja ya vituo vya afya, mchunguzi aliona kuwa wagonjwa/walezi ambao walikuwa wakilalamika walionekana hawajui waripoti wapi matatizo yao.

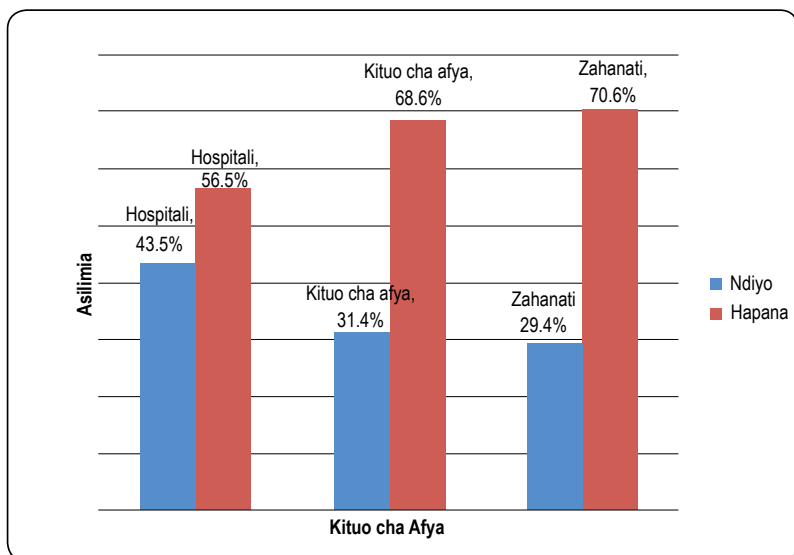
Uchunguzi huu uliungwa mkono na matokeo mengine ambayo katika theluthi mbili ya vituo vya afya (19 kati ya 30) hakukuwa na afisa maalum (mbali na mkuu) kwa ajili ya kushughulikia malalamiko ya wateja. Vilevile, karibu robo tatu ya vituo (21 kati ya 30) havikuwa na afisa maalum kwa ajili ya kushughulikia malalamiko ya wateja.

4.2.4 Juhudi ndogo za kuwashirikisha wagonjwa katika mapambano dhidi ya rushwa

Ilionekana kuwa kuna juhudi ndogo za kuhimiza ushiriki kikamilifu wa wagonjwa au walezi wao katika mapambano dhidi ya rushwa. Ilionekana kuwa, ingawa visanduku vya maoni vipo katika vituo 22 kati ya 30, kuna baadhi ya sababu ambazo zinakwamisha kutumika kwao kikamilifu. Sababu hizo ni pamoja na: ukaribu na ofisi ya wauguzi, na kutokuwepo kalamu na karatasi. Visanduku vya maoni vinaweza kupunguza rushwa kwa kuwa vinatoa njia kwa watumia huduma kutaja majina ya wafanyakazi wa sekta ya afya na hata kueleza mazingira ya rushwa bila woga. Zaidi ya hayo, mkataba wa mteja unaotumika ulionekana katika kituo kimoja tu cha afya. Vilevile, mabango yanayobeba ujumbe wa kupinga rushwa kama: “eneo lisilo na rushwa” au “Ninachukia rushwa, wewe je” yalionekana kwenye vituo vya afya 6 (20%) tu kati ya 30 vilivyochunguzwa.

4.3 Viongozi wa vituo vya afya kukiri kuhusu kuwepo kwa rushwa na mambo mengine ya ukiukaji wa maadili ya kitaalamu

Viongozi wa vituo vya afya waliulizwa kama iwapo kulikuwa na matukio yoyote ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu katika miaka mitatu iliyopita. Matokeo katika kielelezo 4.4 yanaonyesha kuwa 43.5%, 31.4% na 29.4% ya viongozi wa vituo vya afya, kutoka hospitalini, vituo vya afya na zahanati, walikiri kuwa matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu yametokea kwenye vituo vyao.



Kielelezo 5. Utokeaji wa matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu katika ngazi ya kituo

Walipoombwa kutaja aina ya matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu, wahojiwa wengi katika ngazi ya hospitali waliripoti rushwa na matumizi ya lugha mbaya kwa watumia huduma. Katika ngazi ya kituo cha afya, matumizi ya lugha mbaya, kuchelewa kufika kazini na kutokuwepo kazini yalikuwa matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu wakati katika ngazi ya zahanati, kuchelewa kufika kituoni na kutokuwepo kazini yalikuwa matukio yaliyokithiri ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu.

Aina tatu za ukiukwaji wa maadili ya wataalamu zimeonekana kuenea katika ngazi zote tatu za vituo vya afya: matumizi ya lugha mbaya kwa watumia huduma, kuchelewa kufika kazini na kutokuwepo kazini kwa mfanyakazi. Jedwali 4.2 linatoa taarifa zaidi kuhusu matukio haya kwa kiwango cha kituo.

| Aina ya ukiukaji wa maadili ya kitaalamu | Kiwango cha kituo ambapo matukio yametokea | | |
|---|--|----------------|----------|
| | Hospitali | Kituo cha afya | Zahanati |
| Kujihusisha na rushwa | √ | √ | X |
| Matumizi ya lugha mbaya kwa watumia huduma | √ | √ | √ |
| Kupokea malipo bila kutoa stakabadhi | √ | X | X |
| Kuchelewa kufika kazini | √ | √ | √ |
| Kutokuwepo kazini | √ | √ | √ |
| Ulevi | √ | √ | X |
| Kuchelewa kutoa huduma za afya kwa wagonjwa | √ | √ | X |
| Wizi | √ | X | X |
| Kutoza malipo makubwa ya huduma kuliko kiwango rasmi | √ | X | X |
| Kukataa kutoa huduma kwa wagonjwa | √ | X | X |
| Kutoa taarifa za wagonjwa kwa watu wengine | √ | √ | X |
| Kuwatishia wagonjwa kuacha kusitisha huduma | X | √ | X |
| Kupigana na wafanyakazi wenza | √ | X | X |
| Kuchelewa kumwita daktari katika dharuru na kuchelewesha upasuaji | √ | X | X |
| Kumzidishia dawa mgonjwa (uzembe) | X | √ | X |
| Kujihusisha na kutoa mimba | X | X | √ |
| Kuwadharau wagonjwa na wafanyakazi wenza | X | √ | X |
| Kupokea malipo yasiyo rasmi | X | X | √ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kuchelewa kumhudumia mama mjamzito na kusababisha kujifungua kabla ya kufika chumba cha uzazi | X | √ | X |
|---|---|---|---|

Jedwali 2. Aina za matukio ya ukiukwaji wa maadili ya kitaalamu kwa ngazi ya kituo cha afya

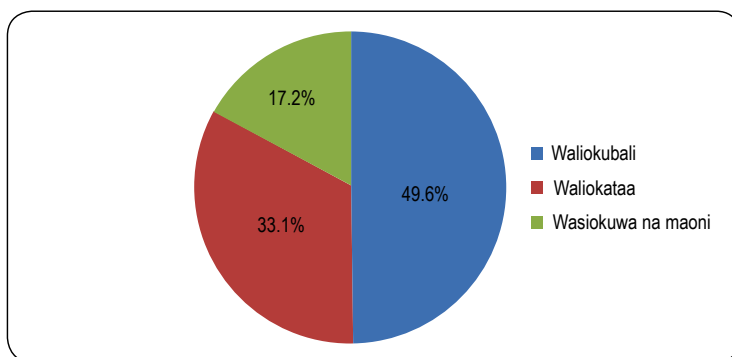
Funguo:

√ = tukio hili lilitajwa kwenye kituo hiki

X = tukio hili halikutajwa katika kituo hiki

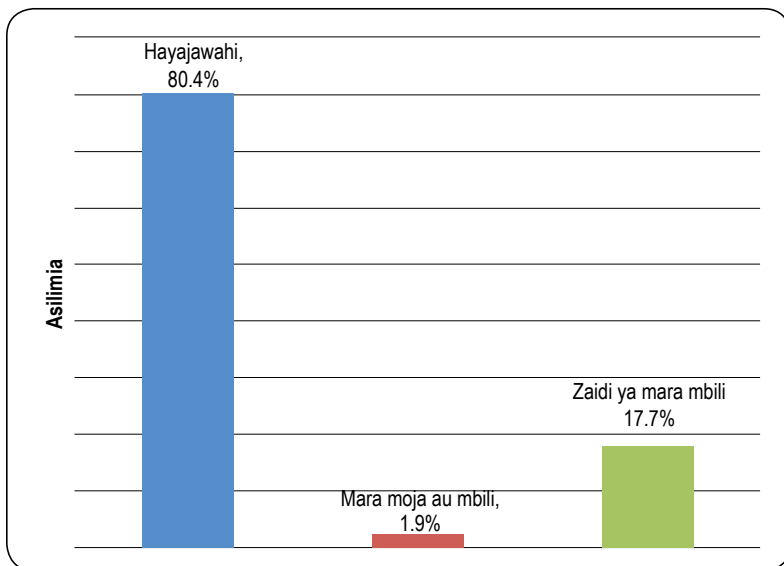
4.4 Hisia tofauti miongoni mwa watumia huduma katika kushughulikia malalamiko kuhusu rushwa

Utafiti huu ulijaribu kuelewa iwapo wahojiwa walipeana mtazamo kuwa: malalamiko mengi kuhusu rushwa yanahusu rushwa ambayo inawakera watu moja kwa moja, na watu wanalipia rushwa ambayo inasaidia kuepuka kupata huduma za kiwango cha chini. Matokeo yanaonyesha nusu ya wahojiwa [1759 kati ya 3886 (45.3%)] wamekiri kuwa watu wanakubali rushwa wakati inapowanufaisha ni jambo la kawaida katika jamii zao. Hili lilithibitishwa na matokeo katika kielelezo 4.5 ambacho kinaonyesha kimsingi nusu (49.6%) ya wahojiwa walikiri kuwa rushwa inakubalika kama kawaida katika utoaji wa huduma ya afya.



Kielelezo 6. Rushwa inakubalika kama kawaida katika utoaji wa huduma ya afya (n = 3886)

Uthibitisho wa imani kuwa rushwa inakubalika kama jambo la kawaida katika utoaji wa huduma ya afya umeonyeshwa na matokeo katika kielelezo 4.6 ambacho kinaonyesha kuwa wahojiwa wengi (80.4%) ambao wamekiri kuombwa kulipa hongo na wafanyakazi wa sekta ya afya miaka ya nyuma hawakuripoti matukio hayo kwenye uongozi wa kituo ili hatua za nidhamu zichukuliwe.



Kielelezo 7. Mara ngapi malalamiko kuhusu wafanyakazi wa sekta ya afya wanaopokea rushwa yameripotiwa (n = 1020)

4.5 Kujaribu nadhariatete 1: vitendo vya rushwa vinachochewa na sababu mbalimbali za kiutawala

Nadhariatete hii ilijaribiwa na jedwali linaloonyesha mtazamo wa ushawishi wa vikwazo vya kiutawala na malipo ya hongo.

| Swali | | Je [mwanajamii], katika mwaka mmoja uliopita, umemlipa hongo Mfanyakazi wa Sekta ya Afya katika Kituo chochote cha Afya? | | | Thamani P |
|---|---------|--|--------------|-------|-----------|
| | | Ndiyo | Hapana (%) | Jumla | |
| Kwa kiwango gani ukosefu wa usimamizi/ usimamizi duni uchachangia katika rushwa? | Kikubwa | 619 (83.1%) | 2109 (67.1%) | 2728 | P< 0.001 |
| | Kidogo | 126 (16.9%) | 1032 (32.9%) | 1158 | |
| | Jumla | 745 | 3141 | 3886 | |
| Ni kwa kiasi gani ukosefu wa uwajibikaji/ uwajibikaji mdogo unachangia katika rushwa? | Kikubwa | 683 (91.7%) | 2108 (67.1%) | 2791 | P< 0.001 |
| | Kidogo | 62 (8.3%) | 1033(32.9%) | 1095 | |
| | Jumla | 745 | 3141 | 3886 | |

Jedwali 3. Mpangilio kati ya athari zinazotambulika za vikwazo vya kiutawala na ulipaji wa hongo

Jedwali 4.3 linaonyesha kuwa kulikuwa na uhusiano muhimu kitakwimu kati ya athari zinazotambulika za sababu za kiutawala ambazo zilijaribiwa (kutowajibika /uwajibikaji kidogo) na uwezekano wa kumlipa hongo mfanyakazi wa sekta ya afya ($p < 0.001$).

4.6 Majadiliano

Utafiti huu umefichua kuwa, kama ilivyopendekezwa katika kiunzi cha nadharia (kielelezo 1.1), matatizo ya kiutawala, kama yalivyochukuliwa na watumia huduma, yanachukua nafasi kubwa katika kuzidisha vitendo vya rushwa. Sababu za msingi zilizotathminiwa kwa mpangilio wa kutoka juu kwenda chini ni: kutowajibika/uwajibikaji mdogo (50.9%); kushindwa kufuata maadili ya kitaalamu (49.3%); na kukosa usimamizi/usimamizi mdogo (47.3%). Hii inaonyesha kuwa, iwapo wafanyakazi wa sekta ya afya hawasimamiwi na mfumo wa kuwawajibisha kwa vitendo vyao ni dhaifu, wana uwezekano mdogo wa kufuata maadili yao ya kitaalamu.

Matokeo haya yanathibitisha maoni yaliyotolewa na Lewis (2006) kuwa rushwa imeshamiri katika utawala za afya katika nchi zinazoendelea kwasababu nafasi ya utawala bora katika utoaji wa huduma za afya haukupewa umuhimu wa kutosha. Udhaifu katika kusimamia vituo vya afya unachochea wafanyakazi wa sekta ya afya kujihusisha na vitendo vya rushwa. Kwa mfano, Rawe na wenzake (2005), ambao walipitia tafiti mbalimbali, wameeleza kuwa kukosa usimamizi au usimamizi usiokidhi wa wafanyakazi wa sekta ya afya unawaacha bila kukaguliwa na hatimaye kuwaacha huru kufanya wanachotaka.

Udhaifu katika uongozi wa vituo vya afya uliangaziwa na theluthi moja (33.5%) ya wanajamii ambao walisema kuwa hakuna juhudi zilizochukuliwa na uongozi katika kituo cha afya kuzuia na kupambana na rushwa. Theluthi nyingine (31.7%) hawakujua au hawakuwa na uhakika kama kulikuwa na juhudi zozote zilizofanywa. Matokeo haya yanapendekeza kuwa inaonekana wazi kuwa viongozi wa vituo vya afya wameshindwa kupambana na rushwa. Watumia huduma wameona rushwa na athari zake lakini hatua stahiki hazichukuliwi.

Matokeo ya uchunguzi wa utafiti yanatoa ushahidi halisi kabisa kuhusiana na namna udhaifu katika mifumo ya usimamizi unavyochochea ushiriki katika rushwa. Yanajazia matokeo kutoka vipengele vingine vidogo vya utafiti huu mkubwa ambao data zake zimekusanywa kupitia mahojiano. Wachunguzi wametumia faida ya mbinu ya uchunguzi kwa hiyo waliweza kuchunguza mambo ambayo mameneja wa vituo vya afya walifanya kutokana na mtazamo wa utawala badala ya kutegemea yale waliyosema wamefanya (CDC 2008).

Kuhusiana na mitazamo kuhusu wafanyakazi wa sekta ya afya kuwa na **hiari juu ya ubora wa huduma**, utafiti huu umeonyesha kuwa karibu theluthi mbili ya wahojiwa waliona kuwa wamekaa kwa muda mrefu wakisubiri kutibiwa katika vituo vya afya. Matokeo haya ni muhimu kwa kuwa yanatoa ushahidi wa kuwepo dhahiri kwa rushwa – aina ya rushwa ambayo haihusishi malipo ya pesa, lakini husababisha

huduma kutotolewa kulingana na viwango vya ubora vilivyowekwa. Ukweli, utoaji wa huduma za ubora wa chini unaweza kuwa mkakati wa makusudi wa kushawishi kupewa malipo kutoka kwa watumia huduma ambao wangependa kupata huduma za ubora wa juu.

Mara nyingi, rushwa ni ishara ya kushindwa kwa uongozi (Lewis 2007). Si ajabu kuwa karibu nusu ya wahojiwa ambao walilalamika kuhusu kusubiri kwa muda mrefu walifikiri kusubiri kwao kulitokana na kuchelewa kufika kwa tabibu. Kuchelewa kufika kwa matabibu ni ishara ya kushindwa kwa uongozi kusimamia wafanyakazi wa sekta ya afya na kuhakikisha kuwa kanuni za wafanyakazi ikiwa ni pamoja na kufika mapema kazini hazivunjwi.

5. Kununua huduma bora na malipo yasiyo rasmi

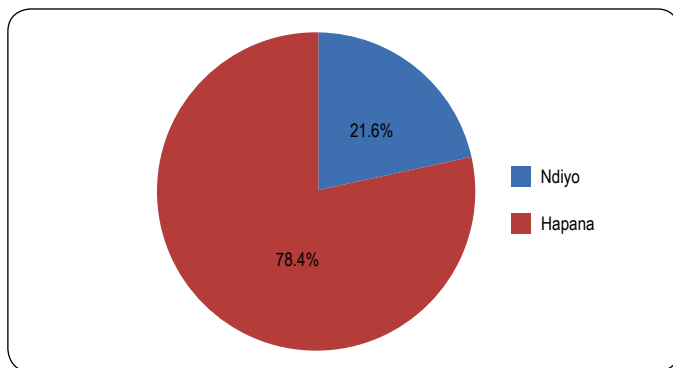
Sura hii inawasilisha matokeo na majadiliano kuhusu nadhariatete ya 2: Vikwazo vya upande wa usambazaji vinachochea kununua huduma bora kwa bei za soko (haramu) ambazo ni juu ya utaratibu (rasmi) wa bei unaodhibitiwa. Matokeo ya utafiti kwa nadhariatete hii yalipatikana kwa kuuliza maswali wagonjwa ambao wana kumbukumbu za karibuni za malipo ya huduma za afya na wanajamii ambao wanakumbuka uzoefu wao wa kuwasiliana na mfumo wa huduma za afya. Hivyo, katika sehemu ambazo zinafuata, tunawasilisha matokeo yanayohusiana na malipo yasiyo rasmi yaliyotolewa na wanajamii kwa kiwango ambapo upungufu wa rasilimali unachochea vitendo vya rushwa.

5.1 Kushiriki katika malipo yasiyo rasmi

Taarifa zifuatazo zilichukuliwa kutoka kwa wagonjwa na wanajamii. Utafiti huu umechunguza malipo ya kificho na uwazi ya rushwa yanayotolewa na wagonjwa. Rushwa ya wazi hapa na baadaye inarejelewa kama hali ambapo mgonjwa anaombwa moja kwa moja alipe kiasi fulani cha pesa ili kumwezesha kupata huduma au huduma bora. Hongo ya kificho, kinyume chake, inarejelea hali ambapo malipo yasiyo rasmi hutolewa, kwa kujua au bila kujua. Kwa hali kama hizo, kiasi kinacholipwa kinaweza kuwa kikubwa zaidi kuliko kiwango rasmi ili kupata huduma fulani (k.m. kupima, matibabu/upasuaji) na risiti haitolewi kwa makusudi.

5.1.1 Kutoa rushwa wazi

Wagonjwa wanje waliulizwa kuhusu iwapo waliombwa rushwa moja kwa moja. Kielelezo 5.1 kinaonyesha kuwa karibu robo [402 (21.6%)] ya wahojiwa waliripoti kuwa waliombwa rushwa.

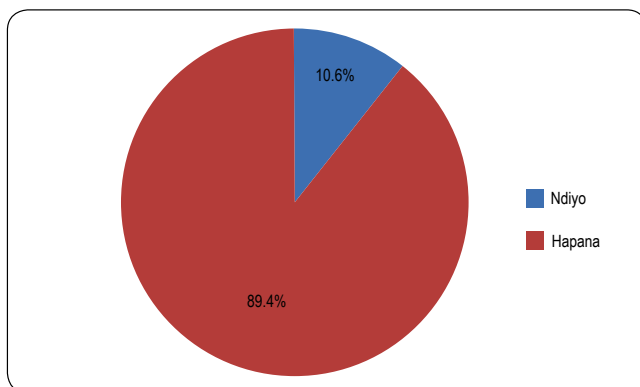


Jedwali 4. Wagonjwa wa nje ambao wamekiri kuombwa watoe hongo (n = 1854)

Kati ya wagonjwa wakutwa ambao wameripoti kuwa waliombwa hongo, 196 (48.7%) walilipa kweli.

5.2 Uzoefu wa watu wanaoishi na VVU (PLHIV)

Utafiti ulitaka kujua uzoefu wa watu wanaoishi na VVU kuhusu rushwa. Watu wanaoishi na VVU wanafika karibu robo (18.3%) ya jumla ya sampuli, wagonjwa wa nje 1854 ambao walishiriki katika utafiti. Mgawanyo wa majibu yao kuhusu kama waliombwa kutoa hongo yameonyeshwa katika kielelezo 5.2.



Kielelezo 8. Mgawanyo wa watu wanaoishi na VVU iwapo waliombwa hongo

Kielelezo 5.2 kinaonyesha kuwa karibu 11% ya watu wanaoishi na VVU waliripoti kuwa waliombwa hongo.

5.2.1 Hongo ya kificho

Wagonjwa wa nje walioshiriki waliulizwa kama wamewahi kushiriki kwenye kutoa hongo ya kificho. Ili kuhakikisha hili, kwanza waliulizwa kama walilipia huduma walizopatiwa. Matokeo yanaonyesha kuwa theluthi mbili ya wagonjwa wa nje [1260 kati ya 1854 (67.9%)] walikiri kuwa walilipia huduma ambazo walipatiwa au walizopewa wanafamilia wao.

Zaidi ya hayo, kati ya wale ambao wamesema wamelipia matibabu, wachache kidogo chini ya robo [230 kati ya 1260 (18.3%)] yao walitoa malipo yasiyo rasmi ambapo hawakupewa stakabadhi. Wagonjwa wa nje waliulizwa kuhusu aina ya malipo yasiyo rasmi waliyotoa. Matokeo katika Jedwali 5.1 yanaonyesha kuwa robo tatu (76.5%) ya wagonjwa wa nje waliohojiwa hawakupata stakabadhi na hawakujua kama kulikuwa na stakabadhi.

| Jibu | Namba (%) (n = 230) |
|--|---------------------|
| Stakabadhi zilikuwepo lakini hazikutolewa | 30 (13%) |
| Stakabadhi hazipo kabisa | 24 (10.4%) |
| “Sikupata stakabadhi na sikujua kama kulikuwa na stakabadhi” | 176 (76.5%) |

Jedwali 5. Utaratibu usio rasmi wa utoaji wa stakabadhi

Wagonjwa wa nje waliendelea kuhojiwa kuhusu kiasi cha fedha walizolipa isivyo rasmi. Utafiti huu ulitafuta taarifa kuhusu masuala ambayo yanachochea kujihusisha katika malipo yasiyo rasmi. Matokeo katika jedwali 5.2 yanaonyesha wazi kuwa zaidi ya theluthi tatu ya wagonjwa wa nje (40.4%) wamelipa zaidi ya kiasi rasmi kwa huduma walizopata kwa ushawishi wa mtoa huduma.

Jedwali 5.2 linaonyesha zaidi kuwa karibu theluthi moja (29.6%) ya wagonjwa wa nje wamelipa zaidi ya malipo rasmi kutokana na maombi ya mgonjwa kupata matibabu kwa upendeleo. Kwa ujumla,

kuna ushahidi kuwa wagonjwa wengi wa nje (70%) ya wagonjwa wa nje ambao wamelipa malipo yasiyo rasmi wamelipa kiasi kinachozidi kiwango rasmi kinachosimamiwa.

| Jibu | Namba (%) (n = 230) |
|--|----------------------------|
| Wamelipa kidogo kuliko malipo rasmi kutokana na ombi la mgonjwa | 26 (11.3%) |
| Amelipa kidogo kuliko kiasi rasmi kutokana na ushawishi wa mtoa huduma | 43 (18.6%) |
| Amelipa zaidi ya kiasi rasmi kutokana na ombi la mgonjwa kupata matibabu kwa upendeleo | 68 (29.6%) |
| Amelipa zaidi ya kiasi rasmi kutokana na ushawishi wa mtoa huduma | 93 (40.4%) |

Jedwali 6. Malipo yasiyo rasmi yaliyolipwa

5.3 Malipo ya huduma za afya zilizotolewa kwa wagonjwa wa nje

Kati ya wagonjwa 485 waliolazwa, 262 (54%) walilipia huduma walizopatiwa. Kati ya wagonjwa 262 waliolazwa, malipo yalifanyika kwa ajili ya huduma yameonyeshwa kwenye jedwali 5.3.

| Huduma zilizolipiwa | Idadi ya wagonjwa waliohusika (n = 262) | % |
|----------------------------|--|----------|
| Upasuaji | 103 | 39.3 |
| Tiba | 139 | 53.1 |
| Uchunguzi | 115 | 43.8 |

Jedwali 7. Huduma zilizolipiwa na wagonjwa waliolazwa

Kati ya wagonjwa 103 waliolazwa ambao wamelipia upasuaji, 15 (14.6%) walisema kuwa wamelipia malipo zaidi ya kiwango rasmi na 34 (33%) hawakupokea stakabadhi baada ya kulipia huduma za upasuaji.

Jambo la ziada la kukumbuka ni kuwa, wakati wahojiwa wengi katika sampuli ya wanajamii hawakuweza kukumbuka aina ya dawa na uchunguzi na kiasi cha fedha walicholipa, wale [84 (2.2%)] ambao

wamepata matibabu ya upasuaji waliweza kukumbuka. Kuhusu theluthi moja [27 (32.1%)] ya hawa waliodai kuwa walilipa zaidi kuliko bei zilizopangwa na serikali kwa ajili ya taratibu za upasuaji katika hospitali ya wilaya.

5.4 Uhusiano unaotambulika kati ya upungufu wa rasilimali na kujihusisha na vitendo vya rushwa

Taarifa hizi zilitafutwa kutoka kwa wanajamii. Jedwali 5.4 linaonyesha namna sababu zinazohusiana na upungufu wa rasilimali zilitathminiwa kuhusu kiwango ambacho zinachangia kujihusisha katika vitendo vya rushwa. Theluthi mbili (64.9%) ya wahojiwa walionyesha kuwa upungufu wa dawa unachangia katika rushwa kwa kiwango kikubwa. Mchango wa sababu nyingine katika mpangilio wa kwenda chini upo kama ifuatavyo: upungufu wa mashine na vifaa (51.9%); upungufu wa wafanyakazi (48.7%); na malipo duni ya mishahara (46.8%).

| S/N | Sababu | Kiwango cha kuchangia katika rushwa | | | |
|-----|---|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Kiwango kikubwa | Kiasi fulani | Kiasi kidogo | Hakuna kabisa |
| 1 | Upungufu wa dawa | 2521 (64.9%) | 703 (18.1%) | 147 (3.8%) | 514 (13.2%) |
| 2 | Upungufu wa mashine na vifaa | 2015 (51.9%) | 751 (19.3%) | 327 (8.4%) | 793 (20.4%) |
| 3 | Mishahara midogo | 1820 (46.8%) | 869 (22.4%) | 346 (8.9%) | 851 (21.9%) |
| 5 | Upungufu wa wafanyakazi (madaktari/wauguzi) | 1892 (48.7%) | 824 (21.2%) | 393 (10.1%) | 777 (20.0%) |

Jedwali 8. Sababu zinazotambulika kuchochea kujihusisha na vitendo vya rushwa

Mchango wa upungufu wa mashine na vifaa katika kuchochea rushwa pia ulipigiwa kelele na washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa ambao walitoa hoja kuwa wakati mwingine mgonjwa anaweza kutaarifiwa kuwa utaratibu/matibabu hayatolewi mara kwa mara kutokana na upungufu wa vitu muhimu. Zaidi ya hayo, watu walipewa taarifa kuwa vitu vichache vilivyokuwepo vilihifadhiwa kwa

madhumuni maalum au kwa ajili ya vikundi vilivyo kwenye mazingira hatarishi vya wagonjwa. Mmoja wa washiriki wa majadiliano ya kikundi lengwa alichangia uzoefu wake wa wafanyakazi wa sekta ya afya kutunga hadithi ya “uwongo” kuhusu upungufu wa vifaa vya kupimia VVU ili kutengeneza fedha kutokana huduma za bure.

Alisema:

“Vipimo vya virusi vya ukimwi unaweza ukaambiwa hapa hamna vimebaki vya wajawazito tuu, sasa unaambiwa unaweza ukatoa rushwa kidogo tu ili uweze kupimwa”. (mwanamke wa Iramba)

Upungufu wa wafanyakazi—wafanyakazi wachache wasiowiana na idadi kubwa ya wagonjwa—pia ilisisitizwa na washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa kuwa ni kichocheo kikuu cha rushwa katika vituo vya afya vya umma.

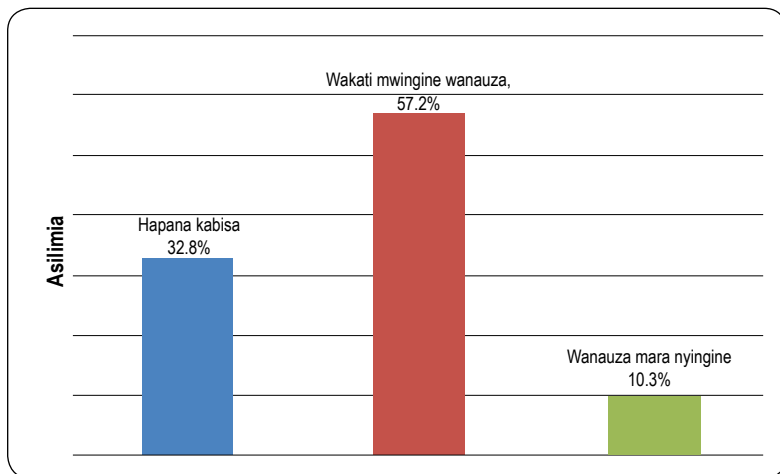
Madondoo yafuatayo yanaonekana:

“Kuna kitu kimoja ambacho kitaendeleza rushwa, wahudumu wachache wahudumiwa wengi. Sasa pindi wahudumiwa wanapokuwa wengi, rushwa lazima itakuwepo”. (Mwanaume wa Kondo)

Ilielezwa kuwa wakati kunapokuwa na wagonjwa wengi sana, kila mmoja wao anakuwa na wasiwasi kama atahudumiwa au hapana na wafanyakazi waliolemewa na idadi ya watu. Hali hii inamchochea mgonjwa au mlezi wake kutafuta “njia” ya kuhakikisha kuwa anahudumiwa.

“Wewe unapouguliwa ndio kitu kinachokuuma-(kugusa), daktari umuingize kwenye rushwa. Leo kuna wagonjwa hawa wote wanamuangalia daktari mmoja, hata Muhimbili, hata wapi, ipo hiyo sasa foleni iliyopo hapa huyu daktari anataka kupima (hawa wote) sasa wako karibu ishirini sasa kwa wepesi wangu mimi nataka tuonane aweze kunisaidia kuliko hawa walioko kwenye foleni”. (Mwanaume wa Mlandizi)

Kwa kuongezea, wahojiwa waliulizwa kama walijua kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya wanaojihusisha na rushwa wanawauzia dawa na vifaa watumia huduma kwa kujinufaisha. Majibu yao yameonyeshwa katika kielelezo 5.3, ambacho kinaonyesha kuwa zaidi ya nusu (57.2%) ya wahojiwa wameonyesha kuwa walikuwa wanajua kuwa wakati mwingine wafanyakazi wa sekta ya afya wanachukua dawa na vifaa na kuwauzia watumia huduma kwa kujinufaisha.



Kielelezo 9. Kiwango kinachotambulika cha wafanyakazi wa sekta ya afya kuuza dawa na vifaa

Matokeo haya yamethibitishwa na washiriki katika majadiliano ya vukundi lengwa. Ilidaiwa kuwa mgonjwa au mwangalizi wake anaweza kufahamishwa kuwa dawa fulani zimeisha, lakini anashauriwa haraka kwenda kwenye duka fulani ambalo lina dawa hiyo. Katika matukio kama hayo, duka hilo linakuwa linamilikiwa na daktari anayefanya kazi kwenye kituo hicho cha afya cha umma chenye upungufu wa dawa. Mmoja wa washiriki alisema:

“Mimi naona watumishi wanajinufaisha kwa sababu ukienda unaambiwa hiyo dawa hamna lakini unaelekezwa nenda duka fulani la dokta fulani ambaye huyo dokta yupo pale hospitali. Kwa hiyo tunahisi vitu vinachukuliwa kwenda kujinufaisha”.
(Mwanamke wa Kinondoni)

Ukweli, mmoja wa washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa aliuliza kama je ni sahihi kimaadili kwa daktari anayefanya kazi kwenye kituo cha afya cha serikali kumiliki duka la dawa [Pharmacy] na kwanini wanakuwa na mwenendo tofauti wakati wagonjwa wanapoenda kwenye vituo vyao vya afya kinyume na wakati mgonjwa anapokutana nao kwenye kituo cha afya cha serikali. Alisema:

“Kwanini kila daktari ana duka la madawa? Ukimkuta kwenye duka lake anakutibu vizuri, anakunyenyekoa. Ngoja siku umwendee serikalini”. (Mwanamke wa Simanjiro)

5.5 Wafanyakazi wa sekta ya afya kutumia fursa ya upungufu wa rasilimali na hiari juu ya ubora wa huduma

Kwa kuwa swali la utafiti kuhusiana na athari za rushwa lilikuwa wazi (tazama kielelezo 5.5), tuliweza kupata taarifa za ziada zisizo za kiidadi. Iliripotiwa na wahojiwa walewale kuwa wakati wafanyakazi wa sekta ya afya wanapoona kuwa mgonjwa amezidiwa [wafanyakazi] wakati mwingine wanamweleza mgonjwa au mwangalizi wake kuwa kuna dawa ambayo itamfaa mgonjwa ambayo imeisha. Ili kuipata, mgonjwa au mwangalizi wake inambidi kumpatia fedha mfanyakazi huyo ambaye anajua “wapi pa kununua dawa hiyo haraka” kwa ajili ya mgonjwa. Dondoo ifuatayo inaonyesha:

“Madaktari na manesi wana mamlaka makubwa mno juu ya afya zetu. Nilipokuja hapa asubuhi mwanangu alikuwa na hali mbaya, wakatuambia kuna dawa muhimu sana ambayo inahitajika ili mgonjwa apate tiba. Lakini wakasema dawa hiyo wameishiwa. Wakasema tutoe elfu kumi watusaidie tui pate haraka. Ilibidi tuwape, bora uzima”. (mwanamke mlezi, Temeke)

Tukio kama hilo lilielezwa katika moja ya majadiliano ya vikundi lengwa, ambapo mgonjwa au mwangalizi wake amemweleza kuwa dawa fulani zimeisha, lakini mfanyakazi anaweza kudai kuwa na dawa zake ambazo anaweza kujitolea kuuza kwa mtu mwenye kuhitaji ili kuokoa muda. Hali hii ilielezwa vizuri na mmoja wa washiriki:

“Mimi mwenyewe nililazwa na nikaambiwa umwambie ndugu yako umtume akanunue, lakini baadae nikatoa shs 38000/=, na daktari alizitoa (hizo dawa) yeye mwenyewe”. (Mwanaume wa Temeke)

5.6 Rushwa ya kutoa rufaa kwa wagonjwa

Matokeo ya majadiliano ya vikundi lengwa yameonyesha tukio jingine ambapo wafanyakazi wa sekta ya afya wanaanzisha na/au kutumia upungufu wa rasilimali kwa kujinufaisha. Ilielezwa kuwa ni kama vile kuna njama kati ya wafanyakazi wa sekta ya afya wanaotoa huduma fulani katika kituo cha afya cha umma na watoa huduma binafsi walio karibu. Wagonjwa wakati mwingine huelezwa kimakosa kuwa huduma haitolewi kwenye kituo cha afya cha umma lakini wanaweza kwenda kwenye kituo binafsi cha afya kilicho karibu ambacho mashine zake wakati wote zinafanya kazi; gharama ni kubwa sana. Mmoja wa washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa alikuwa na haya kusema:

“Hakuna kitu kinachonikera kama vipimo...x-ray ukienda ni lazima utoe rushwa ndio upatiwe huduma...nafikiri ni mchezo mchafu pale unafanyika, kwani wanasema nenda kwa Masawe, x-ray Temeke ni shs 3000/=, wakati ukienda kwa Masawe x-ray ni shs 15000/=”. (Mwanaume wa Temeke)

5.7 Mjadala

Kupunguza ukubwa wa rushwa

Matokeo yanaonyesha kuwa karibu robo tu ya wagonjwa wa nje ambao walishiriki kwenye utafiti walikiri kuwa waliombwa moja kwa moja watoe rushwa. Hiki ni kiasi kidogo lakini muhimu ukizingatia mambo mawili. Kwanza, wahojiwa walikuwa wagonjwa maskini ambao walijua kuhusu tatizo la rushwa karibu katika sekta zote za umma, lakini hawakuwa na njia isipokuwa kutafuta huduma ya tiba kwenye vituo vya afya vya umma walipokuwa wakihojiwa.

Pili, huenda walikuwa wanajua kuhusu mamlaka waliyo nayo juu ya wagonjwa. Kwa maneno mengine, inaonekana kuwa jambo la kawaida, hasa katika nchi maskini, kukiwa na mtazamo kuwa waatalamu wa tiba ni wale ambao wanajua kila kitu kuhusu usababishaji na udhibiti wa ugonjwa, na hivyo, huduma yoyote watakatotoa huenda ndicho ambacho mgonjwa anastahili.

Kuuliza kuhusu vitendo vya wataalamu kunaweza kusababisha mgonjwa kupuuzwa kabisa. Hivyo, inawezekana kuwa, licha ya kuhakikishiwa kutunza siri na watafiti, baadhi ya wahojiwa wanaweza kuwa na waliogopa kueleza ukweli kwa hofu ya kuharibu uhusiano wao na wafanyakazi na hivyo kuhatarisha fursa yao ya kushughulikiwa au ya kupata huduma vya kutosha.

Kwa kuongezea katika matokeo hayo hapo juu, utafiti umetaja matumizi ya malipo yasiyo rasmi ili kununua huduma bora za afya. Matokeo haya yanaonyesha kuwa rushwa inapuuuzwa na watoa huduma na watumiaji huduma. Ushiriki wa watumiaji huduma kwenye rushwa unaweza kuwa ishara ya kushindwa kugharimia gharama kubwa za matibabu ambazo zinawafanya watumiaji kuwasihi watoa huduma ili wapokee malipo kidogo kwa njia isiyo rasmi. Tukio la aina hii linawanufaisha wote watoa huduma na watumia huduma za afya na mtumia huduma hana sababu ya kupiga kelele kuhusu hili kutokana na kujinufaisha.

Utafiti uliofanywa na Maestad (2007) umeonyesha matokeo kama haya kuhusu namna watumia huduma za afya nchini Tanzania walivyo tayari kutoa malipo yasiyo rasmi ili kupata huduma bora pamoja na kusubiri kwa muda mfupi. Maestad ameendelea kuripoti kuwa watoa huduma wakati mwingine wanajenga upungufu wa wongo wa dawa ili waweze kupata malipo ya ziada kutoka kwa watafuta huduma.

Utafiti huu pia umeona kuwa upungufu wa dawa, vifaa tiba na vitendanishi kwa ajili ya uchunguzi ni matatizo makuu ambayo yanasababisha wagonjwa waliolazwa kukaa wodini kwa muda mrefu, hivyo kutoa mazingira mazuri ya vitendo vya rushwa kwenye vituo vya

afya vya umma. Utafiti kuhusu rushwa kwenye mfumo wa huduma za afya wa Ghana (Agbenorku 2012) anaripoti matokeo kama haya, akisema kuwa wafanyakazi wa kituo cha afya wanadai malipo yasiyo rasmi kutoka kwa wagonjwa kabla hawajaweza kupata huduma bora, hususan miadi na daktari, dawa na uchunguzi wa aina nyingine.

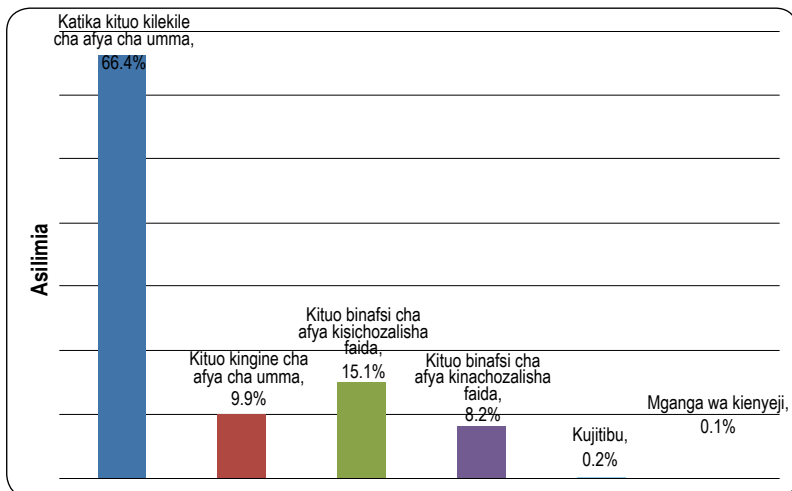
Wafanyakazi wa sekta ya afya wanatumia vibaya hiari juu ya ubora wa huduma

Matokeo ya utafiti kuhusu athari za rushwa yanaonyesha kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya hawakutumia fursa ya upungufu wa rasilimali pekee bali pia wanatumia vibaya uwezo wao wa kitaalamu. Kwa kuwa swali la kupata huduma za afya wakati mwingine lina maana maisha au kifo, wafanyakazi wa huduma ya afya wanaweza kwa urahisi kutumia vibaya nafasi zao kama watoa huduma na kuamua kutengeneza kutoka kwa wagonjwa na waangalizi wao waliokata tamaa.

6. Athari ya rushwa katika mwenendo wa kutafuta huduma ya afya

Sura hii inawasilisha matokeo na majadiliano kuhusiana na nadhariatete ya 3: *mwenendo wa rushwa katika vituo vya afya vya umma unaathiri upendeleo wa watumiaji juu ya watoa huduma za afya.*

Taarifa zinazohusiana na nadhariatete hii zilipatikana kwa kuuliza maswali wanajamii ambao walitafuta huduma siku za nyuma na wagonjwa ambao wana kumbukumbu za karibuni za vitendo vya rushwa katika vituo vya afya ambavyo vimeshiriki kwenye utafiti huu. Wanajamii waliombwa kubainisha namna uzoefu wao wa rushwa unavyoweza kuchochea uchaguzi wao wa kituo cha afya au chanzo cha huduma ya afya wakati wenyewe wakiugua au kumtunza mwanafamilia mgonjwa. Matokeo yameonyeshwa kwenye kielelezo 6.1.

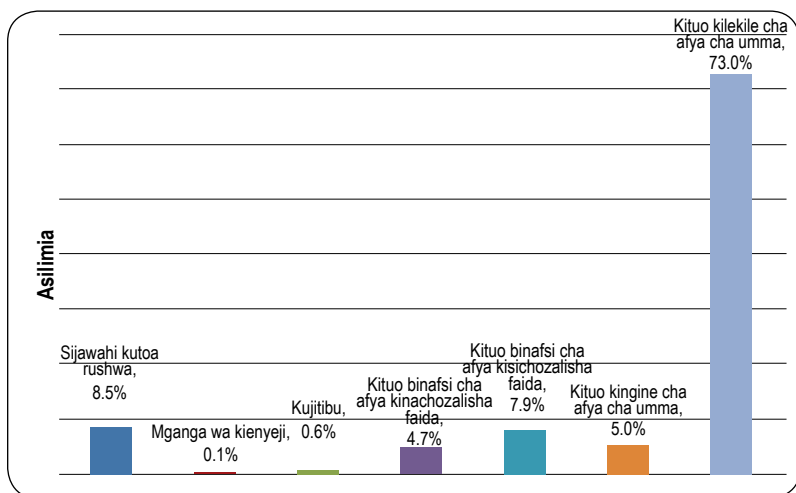


Kielelezo 10. Wanajamii waliotambua athari ya rushwa katika uchaguziwa kituo kinginecha afya/mahali pa kupata huduma ya afya

Kielelezo 6.1 kinaonyesha kuwa theluthi mbili (66.4%) ya wahojiwa wangeenda kwenye kituo cha afya cha umma. Kielelezo kinaendelea kuonyesha kuwa vyanzo mbadala vya huduma vilionyeshwa na

wahojiwa wachache. Hivi ni, katika mpangilio wa kushuka: vituo binafsi vya afya visivyozalisha faida; kituo kingine cha afya cha umma; na kituo binafsi cha afya kinachozalisha faida.

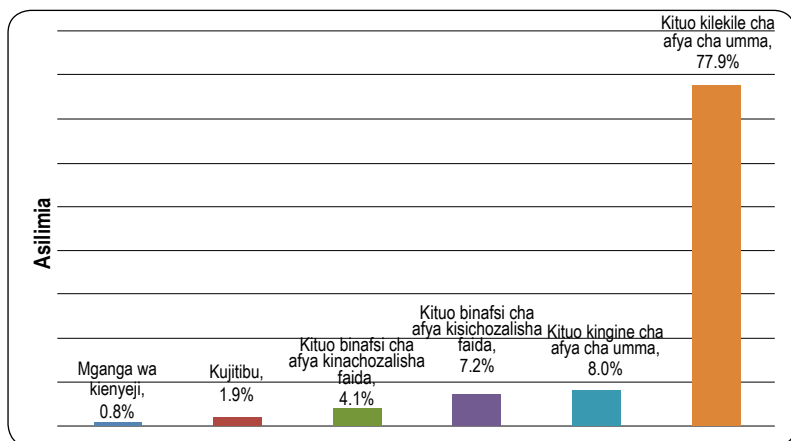
Matokeo kama haya yalipatikana wakati wagonjwa katika idara ya wagonjwa wa nje walipohojiwa. Waliombwa kutafakari kuhusu uzoefu wa rushwa katika kituo cha afya ambapo walikuwa wakihojiwa na kuonyesha wangeenda wapi wakati mwingine wakihitaji huduma za afya. Cha kufurahisha, kama ilivyoonekana kwenye kielelezo 6.2, karibu robo tatu wamesema wangerudi kwenye kituo kilekile cha afya cha umma.



Kielelezo 11. Mtazamo wa wagonjwa wa nje kuhusu athari za rushwakatika uchaguzi wa kituo kingine cha afyalsehemu ya kupatia huduma (n = 1854)

Tena, matokeo haya yamethibitishwa na majibu ya wagonjwa waliolazwa. Washiriki waliombwa kueleza ni kwa vipi rushwa inaweza kuwa imeathiri maamuzi yao kuhusu mahali pa kwenda kwa ajili ya matibabu wakati mwingine watakapohitaji huduma. Kati ya wahojiwa 485 waliohojiwa, 77.9% walisema kuwa watumia vituo vilevile vya afya vya umma wakati 8.0%, 7.2% na 4.1% walidai kuwa watatafuta huduma za afya kwenye kituo kingine cha afya cha umma, kituo

binafsi cha afya kisichozalisha faida na kituo cha afya kinachozalisha faida kwa mtiririko huo (kielelezo 6.3). Walipoulizwa kwanini wanapendelea kutumia vituo vya afya vya umma ikilinganishwa na vituo vingine vya afya, 74.2% ya wagonjwa waliolazwa waliohojiwa walidai kuwa ni rahisi zaidi kulipia hongo kwenye vituo vya afya vya umma kuliko kutafuta huduma za afya kwenye vituo binafsi vya afya ambavyo gharama za huduma ni kubwa sana. Zaidi ya hayo, 3.7% waliripoti kuwa hawana pa kwenda kwasababu huduma zinazotolewa na vituo binafsi vya afya ni ghali sana kwao kumudu.



Kielelezo 12. Wagonjwa waliolazwa wanavyotambua athari za rushwa katika uchaguzi unaofuata wa kituo cha huduma ya afya/mahali pa kupata huduma

6.1 Usawa wa kijinsia na athari za rushwa katika mwenendo wa kutafuta huduma ya afya

Jaribio lilifanywa kushughulikia tofauti za kijinsia katika majibu ya wanajamii ambao walijibu swali kuhusu watatafuta wapi huduma wakati mwingine watakapohitaji, ikizingatiwa uzoefu wao kuhusu rushwa kwenye vituo vya afya vya umma.

| | Mahali pa huduma/Aina ya kituo cha afya | Jinsi | | |
|---|--|----------------|-----------------|-----------------|
| | | Kiume | Kike | Jumla |
| 1 | Katika kituo kilekile cha afya | 973 (62.9%) | 1609 (68.7%) | 2582 (66.4%) |
| 2 | Katika kituo kingine cha afya cha umma | 178 (11.5%) | 207 (8.8%) | 385 (9.9%) |
| 3 | Katika kituo binafsi cha afya kisichozalisha faida | 240 (15.5%) | 350 (14.9%) | 590 (15.1%) |
| 4 | Katika kituo binafsi cha afya kinachozalisha faida | 150 (9.7%) | 166 (7.1%) | 316 (8.2%) |
| 5 | Kujitibu mwenyewe | 1 (0.06%) | 7 (0.2%) | 8 (0.2%) |
| 6 | Matibabu kwa dawa za kienyeji | 3 (0.2%) | 2 (0.09%) | 5 (0.1%) |
| | Jumla | 1545 | 2341 | 3886 |

Jedwali 9. Athari za rushwa katika uchaguzi wa kituo kingine cha afya – mgawanyo kwa jinsi

Jedwali 6.1 linaonyesha kuwa idadi kubwa kiasi ya wanawake walionyesha wangekwenda kwenye vituo vilevile vya afya vya umma – hata kama kunakuwa na rushwa. Tofauti kitakwimu ilikuwa kubwa ($p = 0.002$).

6.2 Tofauti za vijijini – mijini kuhusiana na athari za rushwa katika mwenendo wa kutafuta huduma ya afya

Uchunguzi wa tofauti kati ya wilaya za vijijini na mijini kuhusiana na athari za rushwa katika kutafuta huduma za afya umeonyesha kuwa hakuna tofauti kubwa baina ya wilaya. Kama ilivyoonyeshwa kwenye Jedwali 6.2, katika wilaya zote karibu za vijijini na mijini zilizoshiriki kwenye utafiti huu, zaidi ya nusu ya wahojiwa walionyesha kuwa wangeenda kwenye vituo vilevile vya afya, licha ya kuwepo matatizo ya rushwa. Hata hivyo, Simanjiro ilikuwa ya kipekee. Katika wilaya hii, 46.4% tu walionyesha kuwa wangetafuta huduma katika kituo kilekile

cha afya cha umma. Wahojiwa wengi huko Simanjiro walionyesha kuwa wangeenda kwenye vituo mbadala vya afya, hususan vituo binafsi visivyozalisha faida.

| Vyanzo mbadala vya huduma | Wilaya | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Kinond- oni | Temeke | Ilala | Kibaha | Mpwa- Pwa | Kondoa | Kiteto | Sima- njiro | Singida | Iramba |
| Katika kituo kilekile cha afya | 227 (56.4%) | 311 (75.8%) | 386 (97.7%) | 239 (59.8%) | 204 (52.9%) | 258 (64.2%) | 222 (61.8%) | 177 (46.4%) | 238 (68.2%) | 320 (79.4%) |
| Katika kituo kingine cha afya cha umma | 38 (9.5%) | 31 (7.6%) | 2 (0.5%) | 33 (8.3%) | 63 (16.3%) | 110 (27.4%) | 27 (7.5%) | 15 (3.9%) | 40 (11.5%) | 26 (6.5%) |
| Katika kituo binafsi cha afya kisichoza- lisha faida | 62 (15.4%) | 44 (10.7%) | 0 | 77 (19.5%) | 93 (24.2%) | 25 (0.6%) | 21 (5.8%) | 168 (44.1%) | 58 (16.6%) | 57 (14.1%) |
| Katika kituo binafsi cha afya kinachoza- lisha faida | 74 (18.4%) | 24 (5.9%) | 6 (1.5%) | 51 (12.8%) | 19 (4.9%) | 8 (0.2) | 88 (24.5%) | 19 (3.9%) | 12 (3.4%) | 0 |
| Kujitibu | 0 | 0 | 1 (0.3%) | 0 | 3 (0.8%) | 0 | 1 (0.03%) | 2 (0.05%) | 1 | 0 |
| Tiba asili | 0 (0.03%) | 0 | 0 | 0 | 3 (0.8%) | 1 (0.02%) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jumla | 402 | 410 | 395 | 400 | 385 | 402 | 359 | 381 | 349 | 403 |

Jedwali 10. Athari za rushwa katika mwenendo wa kutafuta matibabu – mgawanyo wa majibu kwa wilaya

Kujaribu nadhariateteya 3: Mwenendo wa rushwa katika vituo vya afya vya umma unaathiri watumiaji kuchagua watoa huduma za afya.

Nadhariatete hii ilijaribiwa kwa kuchunguza majibu ya wahojiwa kuhusu namna ambavyo uzoefu wa rushwa ungeathiri maamuzi yao kuhusu watafute wapi huduma wakati mwingine watakapohitaji. Nadhariatete hii haikuungwa mkono kwa kuwa matokeo kutoka kwa

wagonjwa wote wa nje na waliolazwa na wanajamii walionyesha kuwa zaidi ya theluthi mbili ya wahojiwa wangependelea kwenda kwenye vituo vilevile vya afya, licha ya kuwepo tatizo la rushwa. Mpangilio wa mambo kuhusu tatizo la rushwa na mwenendo wa kutafuta huduma za afya umeonyeshwa katika jedwali 6.3.

| | | Kutokana na vitendo vya rushwa ulivyoona utatafuta wapi huduma za afya wakati mwingine? | | | |
|---|--------|---|---|-------|-------------|
| | | Katika kituo kilekile cha afya cha umma | Vyanzo vingine mbadala vya huduma ya afya | Jumla | Thamani - P |
| Je unafikiri vitendo vya rushwa vipo katika kituo cha afya cha umma unapopata huduma za afya? | Ndiyo | 1621 (64.2%) | 903 (35.7%) | 2524 | <0.001 |
| | Hapana | 962 (70.6%) | 400 (29.3%) | 1362 | |

Jedwali 11. Mpangilio wauzoefu wa vitendo vya rushwa na mwenendo wa kutafuta huduma za afya

Jedwali 6.3 linaonyesha kuwa, kati ya wale ambao hawafikiri kuwa vitendo vya rushwa vinafanyika katika vituo vya afya vya umma wanapopatia huduma ya afya, 70.6% wameonyesha kuwa watatafuta huduma katika vituo vilevile vya afya vya umma wakati mwingine watakapohitaji huduma. Wengine 29.3% wangetafuta huduma kwenye kituo mbadala cha huduma ya afya licha ya kutokuwa na matatizo ya rushwa. Idadi hii inaongezeka hadi 35.7% iwapo wahojiwa wanafikiri kuwa rushwa ipo kwenye kituo cha afya wanachotumia. Wakati ongezeko kutoka 29.3% hadi 35.7% kitakwimu ni kubwa ($p < 0.001$), matokeo yanaonyesha kuwa wahojiwa wengi ambao wangetafuta huduma kwa mtoa huduma mwingine ambaye hachangamkii masuala ya rushwa; wengi wao wanaonekana kuwa na sababu nyingine za kueleza nia yao ya kubadili mtoa huduma.

Kimsingi, utafiti huu umeonyesha kuwa vitendo vya rushwa vina athari ndogo, ingawa muhimu kwa upendeleo wa watumiaji juu ya watoa

huduma. Wahojiwa wengi ambao wanafikiri kuwa rushwa ipo katika kituo cha afya wanachotumia wameeleza kuwa wangerudi kwenye kituo kilekile kwasababu ya unafuu wa bei. Hii ina maana kuwa, kutokana na umaskini, watumiaji wengi wa vituo vya afya vya umma kama chaguo lao la kwanza licha ya kuwepo vitendo vya rushwa na athari zake. Ukweli, ilielezwa kuwa gharama ya hongo kwenye kituo cha afya cha umma ni ndogo zaidi kuliko gharama halisi za tiba kwenye kituo binafsi cha afya.

Hata hivyo, data ya majadiliano ya vikundi lengwa inaonyesha kuwa vitendo vya rushwa ambavyo vinahusisha wizi wa dawa na vifaa vingine vinasababisha uhaba na kuathiri ubora wa huduma. Vilevile, wagonjwa/waangalizi wao wanalazimika kutafuta huduma kutoka vyanzo mbadala ikiwa ni pamoja na vituo binafsi vya afya vinavyozalisha faida vinavyomilikiwa na wafanyakazi waandamizi kutoka katika kituo cha afya cha umma chenye uhaba wa dawa. Dondoo ifuatayo kutoka kwenye moja ya majadiliano ya vikundi lengwa yaliyofanyika katika wilaya ya Kondoa inaonyesha:

“Uzalendo unapungua, inakuwa ni sababu ya wahudumu kuanzisha vituo vingine. Ukifika pale Kondoa kuna hospitali nyingi za watumishi wa afya, ukienda hospitali za serikali unakuta dawa hazipo lakini kwao zipo... Wagonjwa wengi wengi wanakwenda hospitali za private kwa sababu zinatoa huduma nzuri, lakini ni wahudumu wa afya wale wale ndio wanakuwa hapo.

Kwa hiyo huu mwanja wa kuwa na vifaa vichache unasababisha kusema kwamba huku [private] ni bora”. (Mwanaume wa Kondoa).

Kama suala la ziada, washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa walidai kuwa vitendo vya rushwa isiyokuwa ya fedha vinawafukuza wagonjwa mbali na vituo vya afya. Hasa vinajulikana kama kukosa huruma na utu ambavyo vinaathiri vibaya ubora wa huduma.

“Hasa kwenye wodi ya kina mama wajawazito ndio kuna shida sana. Kwa mfano...mimi mwenyewe nnimefika pale usiku (nikiwa na uchungu) nimegonga wanani fungulia wanagomba, una vifaa,, umekujaje, mimba ya ngapi? Nikamwambia ananigombeza sio kwamba anataka kunisaidia. Yaani huna Imani na yule anaekuhudumia. Basi huduma ile inakuwa ngumu. Ndio maana wengi wanajifungulia nyumbani wanasema nikienda kule naenda kutukanwa”. (Mwanamke wa Kiteto)

“Matumizi ya lugha mbaya kwa wauguzi yalibainishwa hasa kama kuogopesha, kama ilivyoonyeshwa kwenye dondo zifuatazo:

Mimi nafikiri wauguzi wetu ...wanakuwa hawana kauli, hata kama kile kitu hakipo ukiuliza utajua kuwa kweli hamna, lakini kauli zao.unaweza usimwelewe amekujibu nini”. (Mwanamke wa Mlandizi)

“Nikiangalia zile adha za manesi, nina haja gani kwenda kutibiwa pale”. (Mwanaume wa Mpwapwa)

“...wengine akili zao ni fyatu...wana lugha chafu... wanakuambia uende tu sisi hatubembelezi, hata ukifa utajua mwenyewe”. (Mwanaume wa Mpwapwa)

6.3 Mjadala

Kipengele hiki cha utafiti kimeonyesha kuwa kuwepo kwa rushwa hakukubadili upendeleo wa watumiaji kutumia kituo fulani cha afya au huduma. Hii ni kinyume na ilivyodhaniwa hapo awali kama ilivyoonyeshwa katika kielelezo 1.1, ambacho kimetabiri kuwepo kwa rushwa kunaweza kubadili mwenendo wa kutafuta huduma za afya kwa watumiaji. Matokeo yanapendekeza kuwa, kwasababu ya umaskini, watumiaji wengi wa huduma za afya wanaona vituo vya afya vya umma kama chaguo la kwanza, licha ya kuwepo vitendo vya rushwa. Ukweli, ilielezwa kuwa gharama za hongo kwenye kituo cha afya cha umma ni ndogo kuliko gharama halisi za matibabu kwenye kituo binafsi cha afya.

Matokeo yake, kama ilivyoonyeshwa katika utafiti huu, watu wengi hawaripoti matukio ya rushwa kwa woga wa kuharibu uhusiano na watoa huduma – na kusababisha jambo linaloweza kuitwa uvumilivu wa rushwa. Mbali na umaskini, matokeo ambapo wahojiwa wengi wameonyesha kuwa wangeenda kwenye vituo vilevile vya afya vya umma wakati mwingine yanaweza kuelezwa na usemi kama nafasi ya uhusiano ulioanzishwa (washirika katika kosa la jinai – wote wana hatia!). Yaani, kwa kuwa mtu amelipa fedha, basi ameshajenga uhusiano wa muda mrefu ambao unafanya iwe rahisi zaidi kwa mtumia huduma kumwendea mtoa huduma huyo wakati mwingine anapohitaji huduma.

Inafaa kukumbuka, hata hivyo, kuwa theluthi moja ya watumia huduma waliohojiwa wangepadili mwenendo wa utafutaji wa huduma ya afya kwasababu ya kuwepo kwa rushwa katika vituo vya afya vya umma. Hivyo, matokeo haya, yanasisitiza haja ya kupambana na rushwa ndani ya sekta ya umma ya huduma ya afya kwa kuwa ni chanzo cha msingi cha huduma kwa watu wengi sana. Kwa kuongezea, kupambana na rushwa kwenye sekta ya afya ya umma kutapunguza idadi ya watumia huduma ambao wanalazimika kutafuta huduma mbadala kwenye vituo binafsi vya afya.

7. Nafasi ya wanakamati ya usimamizi wa kituo cha afya katika kupambana na kuzuia rushwa

7.1 Utangulizi

Sura hii inawasilisha matokeo na mjadala husika kuhusu nadhariatete ya nne: Kamati za usimamizi wa vituo vya afya vinafuatilia kwa makini malalamiko ya wananchi kuhusu mwenendo wa rushwa kwenye kituo husika cha afya. Nadharia hii inaangalia juhudi za kupambana na rushwa kwenye vituo vya afya vya umma. Matokeo yamepatikana kutokana na mahojiano ya kina yaliyofanywa na wajumbe wa Kamati za Usimamizi wa Vituo vya Afya, kutokana na mahojiano nusu funge na wazi yaliyofanywa na wanajamii, na kutokana na majadiliano ya vikundi lengwa. Sura hii imepangwa katika sehemu tatu kuu, ambazo ni: sifa za kijamii na kiidadi za wahojiwa; nafasi ya kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa; na mjadala.

7.2 Sifa za Kijamii na Kiidadi za wahojiwa

Jedwali 7.1 linaonyesha sifa za kijamii na kiidadi za wahojiwa. Jedwali linaonyesha kuwa karibu theluthi mbili (62.2%) ya wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya walikuwa wanaume. Zaidi ya hayo, wahojiwa wengi (37.8%) wapo katika umri wa miaka 34 - 55. Kuhusu elimu, wengi wao (37.8%) walimaliza elimu ya msingi.

| S/N | Sifa | Marudio (%) [n = 111] |
|-----|--|---|
| 1 | Jinsia Kike Kiume | 42 (37.8%) 69 (62.2%) |
| 2 | Age 23 – 33 34 – 44 45 – 55 56 – 66 67 – 77 78 – 88 | 10 (9%) 37 (33.3%) 42 (37.8%) 18 (16.2%) 2 (1.8%) 2 (1.8%) |

| | | |
|---|--------------------------|------------|
| 3 | Elimu: | |
| | Elimu ya msingi | 42 (37.8%) |
| | Elimu ya Sekondari | 40 (36%) |
| | Mafunzo ya ufundi stadi | 1 (0.9%) |
| | Elimu baada ya sekondari | 27 (24.3%) |
| | Hawajawahi kwenda shule | 1(9%) |

Jedwali12. Sifa za kijamii na kiidadi za wahojiwa

7.3 Changamoto zinazokabili kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa

7.3.1 Ufahamu mdogo wa wanajamii wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya

Matokeo ya kwanza kuangalia ni kuwa wahojiwa wengi sana (85.7%) wameonyesha kuwa hawakuwajua wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya. Pili, kati yao (wahojiwa 555) ambao wamedai kuwa walikuwa wanawajua wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo chao cha afya, (44.9%) tu walionyesha waliweza kuwaona kwa urahisi wajumbe wa kamati.

7.3.2 Kamati za usimamizi wa vituo vya afya hazifanyi kazi au hazina ufanisi

Matokeo kutokana na mahojiano na wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya na majadiliano ya vikundi lengwa na wanajamii yamedhihirisha kuwa kamati za usimamizi wa vituo vya afya hazifanyi kazi. Kwa kiasi fulani hii ni kwasababu, kama ilivyoielezwa hapo juu, wanajamii wengi (85.7%) hawakuwajua wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vyao vya afya. Jedwali 7.2 linaonyesha kuwa (2.3%) tu ya wahojiwa wameonyesha kuwa waliripoti vitendo vya rushwa kwenye kamati za usimamizi wa kituo cha afya.

| Jibu | Idadi (%) (n = 3886) |
|--|----------------------|
| Ndiyo | 89 (2.3%) |
| Hapana | 466 (11.9%) |
| Siwajui wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya | 3331 (85.7%) |

Jedwali13. Iwapo kama wahojiwa wanaripoti vitendo vya rushwa kwenye kamati za usimamizi wa kituo cha afya

Kulingana na data ya majadiliano ya vikundi lengwa, wanajamii wanachukulia kamati za usimamizi wa vituo vya afya kuwa na nafasi ya kuhakiki usambazaji wa dawa na vifaa vingine vya tiba. Mmoja wa washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa alisema:

“Kuhusu kamati ya kijiji 5 inayosimamia huduma za afya Mimi ninachojua kuna kamati fulani ... inayohakiki madawa yanapoletwa, ila sijui wanafanya kazi gani wale kweli. Lakini kama kamati nyingine sijawahi kusikia”. (Mwanamke wa Kinondoni)

Hata nafasi hii ya kuhakiki usambazaji wa dawa kutoka serikalini ni ndogo kwa maana kwamba inahitaji wanakamati kushuhudia kufikishwa kwa dawa na si zaidi ya hapo. Wajumbe wa kamati ya usimamizi wa vituo vya afya hawana uwezo wa kufuatilia baadaye matumizi ya vitu vilivyopokelewa. Washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa wameona hili kama mgawanyo wa mamlaka kati ya wafanyakazi wataalamu wa afya na wajumbe wa kamati ya usimamizi wa vituo vya afya, ambao ni watu wa kawaida. Mmoja wao alisema:

“Kamati ya huduma ya kijiji hawa nao utendaji wao wa kazi ni mdogo. Yaani kamati zile zote kama jinsi ilivyo taratibu zipo ila kinashindikana si wale ndowataalam. Hawezi akaenda labda utendaji wa kazi asimamie, anakwambia mimi ni mtaalam na niliyesomea hii kazi, na wewe ambae uko kijijini umeteuliwa tu, sasa utaelewaje kazi”. (Mwanaume wa Mpwapa)

Mshiriki mwingine wa majadiliano ya vikundi lengwa alichangia kwa kueleza kuwa hata uhakiki wa vifaa vinapowasili haufanyiki siku hizi. Matokeo yake, uwezekano wa wafanyakazi wa sekta ya afya wanaotumia vibaya madaraka na kujihusisha na wizi wa dawa ni mkubwa sana. Alikiri:

“Kuna udhibiti gani? Mtu akitaka kutoa madawa huku na kupeleka huku kuna mtu atamzuia? Kwa sababu yeye ndiye anayepokea na ndiye anaekaa nazo na ndiye anayesema zimekwisha, kwa hiyo

akisema dawa zimekwisha hakuna mtu atakayekuja kuangalia. Zamani palikuwa na utaratibu mzuri, serikali inajua kwamba leo tumeletewa kiasi gani na tunajua kwamba ni baada ya muda gani dawa hizi zitakuwa zimekwisha. Sasa hili halipo siku hizi".
(Mwanaume wa Kondo)

7.3.3 Kutokuwepo mada ya rushwa kwenye ajenda ya mikutano ya kamati ya usimamizi wa kituo cha afya

Utafiti huu ulitaka kuelewa nafasi inayochukuliwa na kamati ya usimamizi wa kituo cha afya katika kupambana na kuzuia rushwa kwa kuibua masuala mbalimbali na wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya, pamoja na: kiwango ambacho dalili za rushwa kwenye ajenda ya kamati ya usimamizi wa kituo cha afya. Jedwali 7.3 linaonyesha kuwa karibu nusu (47.7%) ya wahojiwa walisema kuwa rushwa haitokei kabisa kwenye ajenda za mikutano.

| Jibu | Idadi (%) (n = 111) |
|--|----------------------------|
| Haitokei kabisa | 53 (47.7%) |
| Kwa kiwango fulani (mara moja kwamiezi 3 tunapojadili masuala yanayohusiana na usimamizi na/au uwajibikaji) | 35 (31.5%) |
| Kwa kiwango cha kutosha (mara mbili katika miezi 3 tunapokuwa tukijadili masuala yanayohusiana na usimamizi na/au uwajibikaji) | 6 (5.4%) |
| To a great extent (mara moja kwa mwezitunapokuwa tukijadili masuala yanayohusiana na usimamizi na/au uwajibikaji) | 17 (15.3%) |

Jedwali 14. Kiwango ambacho rushwa inaonekana kwenye ajenda za mikutano ya kamati ya usimamizi wa kituo cha afya

7.3.4 Kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kuwa na mamlaka kidogo ya kuchukua hatua za kurekebisha masuala ya rushwa

Wahojiwa (wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya) waliulizwa iwapo waliwahi kupokea malalamiko kutoka kwa wagonjwa kuhusu ubora wa huduma, na wengi wao (73.9%) walikiri kuwa wamewahi kupokea. Mmoja wao alisema:

“Hatukutani, ila inatakiwa tukutane mara nne kwa mwaka. Agenda zinatokana na malalamiko tunayopokea kutoka kwa wananchi na matatizo ya kituo chetu, lakini tukimwambia mganga pale hataki tukutane. Hivyo hamna utekelezaji.”

Hata hivyo, idadi ya wahojiwa walisema hawachukui hatua zozote za kurekebisha kwa kuwa hawana mamlaka ya kushughulikia masuala kama hayo. Walidai kuwa hawawajibiki kuitisha mikutano. Ni mkuu wa kituo ndiye anayeitisha mikutano wakati anapoon a inafaa. Maoni yafuatayo yanaonyesha hilo:

“Hatujapewa nguvu na uongozi wa Zahanati, na uongozi wake hautaki tuwe na majukumu yoyote katika kituo cha Afya.

Sina uwezo wa kutambua na kutatua matatizo ya utoaji wa huduma kwasababu sishirikishwi katika kitu chochote kuhusu kituo chetu. Naitwa tu mwanakamatikwa jina tu lakini utendaji sina.”

7.3.5 Uhuru kidogo kutoka uongozi wa kituo

Kwa kuongezea katika maswali hayo hapo juu, wahojiwa waliulizwa kama wanafuatilia malalamiko ya wagonjwa kuhusu rushwa. Wengi wao (62.2%) walisema kuwa hawafuatilii. Udhaifu huu umetokana na uongozi kutokuwa tayari kufanya kazi kwa kushirikiana na kamati za usimamizi wa vituo vya afya kushughulikia malalamiko ya wagonjwa kuhusu rushwa, kama ilivyoelezwa na mmoja wa wahojiwa:

“Hatufuatilii malalamiko ya rushwa kwa sababu hatuna ushirikiano mzuri na uongozi wa kituo chetu. Hivyo wao hawatupi taarifa yoyote, pia hatujadili malalamiko ikiwa tunakutana.”

7.3.6 Masanduku ya maoni hayatumiki

Kukosekana ushirikiano kutoka uongozi wa kituo cha afya kulichangiwa zaidi kwa kukuta kuwa wahojiwa wengi (61.3%) [wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya] walikiri kuwa hawakutumia masanduku ya maoni ili kukusanya taarifa kuhusu malalamiko ya

wagonjwa. Waliona kuwa ama hakukuwa na masanduku ya maoni au hawakushirikishwa kwenye mchakato mzima wa kushughulikia taarifa zilizokusanywa kwenye masanduku. Hata hivyo, washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa waliripoti kuwa watumia huduma hawatumii masanduku ya maoni kwa kuwa wanaogopa wanaweza kusumbuliwa iwapo watajulikana kuwa wametumbukiza taarifa “mbaya”. Mmoja wa washiriki alisema:

“Sanduku la maoni watu wanaogopa kutumbukiza kuwa ikijulikana ni mimi watanigeuzia kibao”. (Mwanamke kutoka Mpwapwa)

7.3.7 Watu wanaogopa kulipiziwa visasi kwa kuzungumza kupinga rushwa

Washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa wametoa hoja kuwa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kukosa ufanisi kwa kiasi fulani ni kutokana na ukweli kwamba watu wanaogopa kuwaeleza matatizo yao wajumbe wa kamati wasije kusumbuliwa. Alisema mmoja wa washiriki:

“Ukipeleka malalamiko utapigwa sindano mbaya Yesu na Maria” (Mwanamke wa Kiteto)

Mshiriki mwingine aliendelea kusema na kuwasihi watafiti:

“Tunayowaambia haya (ninyi watafiti) yawekwe kwenye mabano. Kwa sababu mtu akisimama kwenye mkutano na unaoongelea hili hatendewi haki. Utachukiwa. Ndio maana visa vinaanza hapo. Niende nikachomwe sindano ya maji hapo hospitali? Si inabidi kila mmoja ajilinde, inabidi unyamaze”. (Mwanamke wa Kinondoni)

7.3.8 Uwezo mdogo wa wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kushughulikia masuala ya rushwa

Utafiti huu umetathmini uwezo wa wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya kushughulikia masuala ya rushwa. Karibu theluthi mbili ya wahojiwa (61.3%) wamekiri kuwa hawakuwa na uwezo

unaotakiwa kuchunguza na kutoa adhabu kutokana na kukiuka maadili katika vituo vya afya. Wakati walipohojiwa zaidi, zaidi ya nusu ya wahojiwa walisema kweli kuwa hawakuwa wamepata mafunzo rasmi au maelekezo kuhusu namna ya kushughulikia ukiukaji wa maadili kwenye vituo vya afya. Maoni yaliyotolewa na mmoja wao yanaonekana:

“Kwa kweli sina ujuzi maalum, natumia busara zangu tu. Bado hatujapewa elimu ya kutosha kuhusu maadili ya taaluma ya utabibu na namna ya kufuatilia uzingatiwaji wake.”

7.3.9 Mtazamo hasi wa nafasi zinazochukua kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa

Kama ilivyoonyeshwa kwenye jedwali 7.3, walipoulizwa kuhusu nafasi iliyochukuliwa na kamati za usimamizi wa vituo vya afya katika kupambana na rushwa, wahojiwa wengi walikuwa na mtazamo kuwa kamati ina nafasi ndogo au duni.

| Mtazamo | Idadi (%) (n = 111) |
|----------------------|----------------------------|
| Nafasi duni | 72 (64.9%) |
| Nafasi ya kuridhisha | 29 (26.1%) |
| Nafasi imara | 10 (9%) |

Jedwali 15. Mtazamo wa nafasi kamati ya usimamizi wa kituo cha afya inayochukua katika kuzuia rushwa

7.3.10 Kutokuwa na mwongozo kutoka serikalini

Wahojiwa waliombwa kufafanua kuwa kwanini walichukulia nafasi yao kuwa ndogo. Walitaja kukosa mwongozo na msimamo kutoka upande wa serikali. Tatizo hili lilihitimishwa na mmoja wa wahojiwa:

“Serikali bado haijatoa mwongozo wa kutuwezeshwa kupambana na rushwa. Kwa hiyo sasa hivi hatuna majukumu ambayo tumepewa rasmi kupambana na rushwa kwa utaratibu mzuri wa kisheria. Serikali itupe semina za kutosha na kutuwekea

utaratibu mzuri sana ulio wazi wa kupambana na rushwa ambao utakuwa ukiratibiwa kila baada ya muda fulani na mamlaka ya serikali “. (Mwanaume miaka 56, Mpwapwa)

7.3.11 Serikali inaonekana kujitoa wajibu wake wa kupambana na rushwa

Washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa walikiri kuwa kuenea kwa rushwa kwenye vituo vya afya vya umma kunaakisi kushindwa kwa upande wa serikali yenyewe. Kamati ya usimamizi wa kituo cha afya ipo lakini haijawezeshwa na kuunganishwa na watumia huduma. Mmoja wa washiriki alisema:

“Ninachoona serikali yetu ni kama vile imetusahau... panahitajika mtu wa kuangalia hapo kituoni, anaangalia haki inatendeka...vongozi wetu wangetuita wote (tukaeleza) kwamba tuna kamati ya kuangalia wananchi kama wanapata huduma kweli, au wanazipataje huduma hizi. Mimi naona serikali ndio imebaki nyuma kuelimisha watu”. (Mwanamke wa Kinondoni)

Mshiriki mwingine aliongezea:

“Tunaomba serikali itujali. Serikali ianzishe vituo au ofisi twende kupeleka matatizo yetu. Tunaomba tutendewe haki. Tunaomba usimamizi na hata tume za uchunguzi na kusimamia ziwepo, kwani labda wataboresha. Usimamizi ndio si mzuri”. (Mwanamke wa Kinondoni)

Zaidi ya hayo, ilidaiwa na washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa kuwa vita dhidi ya rushwa inapaswa kuratibiwa vizuri na kuwashirikisha wadau wote. Ni bahati mbaya kuwa serikali haijatambua ipasavyo mchango wa asasi za kiraia katika kuchukua nafasi ya ulinzi, kufichua namna vyombo vya uongozi wa umma vinavyojihusisha au vinavyoshindwa kupambana na rushwa. Mmoja wa washiriki wa majadiliano ya vikundi lengwa alisema:

“Serikali haitaki kukubali kuwa wafanyakazi wake wana mapungufu, kuna shirika moja lisilokuwa la serikali lilikuja kufanya utafiti wilaya ya Mpwapwa kuhusu huduma za afya. Shirika linaitwa SIKIKA. Baadae walikuja kutoa ripoti yao. Baadae wameambiwa hawa watu ni wazushi...wakaja watu kutoka mkoani wanapita sehemu zote ambapo watu wa SIKIKA walipita kuhoji, wanasema nyie mnawasikiliza wale watu, hawaelewi chochote...Sasa tunakwenda wapi Wizara haitaki kukubaliana na ukweli ...kwa hiyo inabidi kwanza wakubaliane na ukweli”. (Mwanaume wa Mpwapwa)

Kujaribu nadhariatete 4: Kamati za usimamizi wa vituo vya afya vinafuatilia kikamilifu malalamiko ya wananchi kuhusu mwenendo wa rushwa kwenye vituo husika vya afya:

Nadhariatete hii ilijaribiwa kwa kupangilio mabadiliko huru yanayohusu kama iwapo mwanajamii ameripoti malalamiko ya rushwa kwenye kamati ya usimamizi wa kituo cha afya na mabadiliko tegemezi kuhusu kama juhudi zilizochukuliwa na uongozi wa kituo kupambana na rushwa zinatoshia au hazitoshi.

| Swali | | Je unafikiri juhudi za kupambana na rushwa kwenye kituo cha afya unapopata huduma zinatoshia? | | P thamani |
|---|--------|---|--------------|-----------|
| | | Ndiyo | Hapana | |
| Kuripoti matukio ya rushwa kwenye kamati ya usimamizi | Ndiyo | 26 (29.5%) | 469 (12.3%) | P = 0.002 |
| | Hapana | 62 (70.5%) | 3329 (87.6%) | |
| | Jumla | 88 | 3798 | |

Jedwali 16. Kuripoti vitendo vya rushwa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya na mtazamo kuhusu juhudi za kupambana na rushwa

Jedwali 7.5 linaonyesha kuwa kutoripoti malalamiko kwenye kamati ya usimamizi wa kituo cha afya kulihusiana na mtazamo kuwa hakuna juhudi za kutosha zilizochukuliwa kupambana na rushwa ($p = 0.002$).

7.4 Mjadala

Matokeo yaliyowasilishwa hapo juu yanatoa ushahidi ambao unaipinga nadhariatete hiyo:

“Kamati za usimamizi wa vituo vya afya zinafuata ipasavyo malalamiko ya wananchi kuhusu mwenendo wa rushwa kwenye kituo cha afya husika.”

Kimsingi, matokeo haya yameonyesha kuwa kamati za usimamizi wa vituo vya afya **hawafuatilii ipasavyo** malalamiko ya wananchi kuhusu mwenendo wa rushwa kwenye kituo husika cha afya kama ilivyopendekezwa hapo awali kwenye kiunzi cha nadharia (Kielelezo 1.1).

Katika utafiti huu karibu nusu (47.7%) ya wahojiwa walisema kuwa rushwa haijitokezi kabisa kwenye ajenda za mikutano ya kamati za usimamizi wa vituo vya afya. Hii inaashiria kuwa, katika vituo vingi vya afya, kamati za usimamizi wa vituo vya afya hazichukui nafasi katika kupambana na kuzuia rushwa. Kikwazo kikubwa ni kuwa kamati za usimamizi wa vituo vya afya havijitegemei katika kutimiza wajibu wao. Hili linathibitishwa na matokeo kuwa ingawa wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya walidai kuwa wanapokea malalamiko kutoka kwa wanajamii, hawachukui hatua zozote za kurekebisha. Mkuu wakituo ndiye anayeitisha mikutano wakati anapooni inafaa nayeye ndiye anayeamua ajenda za mikutano. Katika mazingira kama hayo, ni wazi kuwa wajumbe wa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya hawawezi kuwakilisha ipasavyo sauti za watumia huduma hasa wale wanaouliza sifa za mfanyakazi wa kituo.

Zaidi ya hayo, utafiti huu umeona kuwa 24.3% tu ya wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya walikuwa na elimu ya baada ya sekondari au msingi. Theluthi mbili ya wahojiwa waligawanyika karibu sawa kati ya wale ambao ni wahitimu wa shule ya msingi na wale ambao walikuwa na elimu ya sekondari. Hivyo, isipokuwa kama juhudi za makusudi zinachukuliwa kuongeza ujuzi wa wajumbe wa

kamati za usimamizi wa vituo vya afya kuhusu masuala yanayohusiana na ufuatiliaji wa utoaji wa huduma, madhumuni yaliyokusudiwa ya kuanzisha kamati hizi yanaweza yasifikwiwe kikamilifu. Kulingana na Wizara ya Afya na Ustawi wa Jamii (2001), kazi za kamati ya usimamizi wa kituo cha afya ni:

- Kuandaa mipango na bajeti ya kituo;
- Kuhamasisha jamii kuchangia mfuko wa afya ya watoto na kuhakikisha upatikanaji wa dawa na vifaa;
- Kuwajibika kutoa ripoti ya ajira ya mtoa huduma na mahitaji ya mafunzo kwenda halmashauri ya wilaya, na kuhakikisha upatikanaji wao kwenye kituo;
- Kushirikiana na Timu za Uongozi wa Zahanati (TUZ) na watendaji wengine kuhakikisha utoaji wa huduma za afya zenye ubora.

Utekelezaji wa kazi hizi unahitaji programu maalum ya mafunzo zaidi ya elimu ya msingi iliyofikiwa na wajumbe wengi wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya.

Kuhusu kazi ya kuhakikisha utoaji wa huduma za afya zenye ubora, utafiti huu umeandika kuwa kamati ya usimamizi wa kituo cha afya inachukua nafasi ndogo au haina nafasi kabisa. Iwapo kamati za usimamizi wa vituo vya afya zinatakiwa kutoa mchango muhimu kuhakikisha utoaji wa huduma za afya zenye ubora pamoja na kupambana na rushwa, nafasi zao, mchanganyiko wao na uhusiano na vyombo vingine vya utawala ndani ya wilaya unapaswa kuelezwa upya.

8. Mchanganuo wa matokeo ya Utafiti

Utafiti huu ulitaka kushughulikia sababu za kiutawala katika vituo vya afya vya umma ambazo zinachochea watoa huduma kuomba hongo kutoka kwa watumia huduma za afya na athari za vitendo hivyo katika ubora na matumizi ya huduma za afya. ulikuwa utafiti unaotumia mbinu mbalimbali na uliongozwa na nadhariatete kuhusu sababu za kiutawala na jinsi zinavyoathiri rushwa.

Matokeo yanawasilishwa kulingana na nadhariatete kwa mtazamo wa kuonyesha sababu muhimu za kiutawala. Mkabala huu una faida ya kulenga kila nadhariatete kupitia mchakato wa kupima pande tatu za mbinu za utafiti zilizotumika. Faida ya ziada ya haya ni kuwa yanaonyesha namna matokeo ya kila nadhariatete yanavyosaidiana.

Utafiti huu umeonyesha kuwa sababu za kiutawala ni muhimu katika kudhibiti rushwa katika vituo vya afya vya umma. Hivyo, kwa kuwa matokeo yanayohusiana na nadhariatete ya kwanza inavyoonyesha, udhaifu katika usimamizi na uwajibikaji, kutokuwa na uwazi na kudharau maadili ya kitaalamu yanachukuliwa kuchangia katika rushwa katika vigezo vilivyosisitizwa na nadhariatete zote. Nadhariatete ya kwanza inasisitiza kigezo kinacholenga kuhusu namna wafanyakazi wa sekta ya afya wanavyotumia kutowajibika kwa kuomba hongo kutoka kwa wagonjwa. Vilevile, wahojiwa wanahusisha uwajibikaji duni na mazingira ya kazi yanayoruhusu ambapo uongozi wa vituo vya afya unashindwa kukagua wizi ambao umesababisha upungufu wa dawa.

Matokeo yanayohusiana na nadhariatete ya pili yameonyesha kuwa upungufu wa dawa ulihusiana na uwezekano wa mgonjwa kulipa fedha kiasi fulani kwa ajili ya matibabu kiasi kinachozidi kiwango rasmi. Uhusiano kati ya upungufu wa dawa na wizi unaofanywa na wafanyakazi wa sekta ya afya unatokana na ushahidi ulioripotiwa kuwa wafanyakazi wa sekta ya afya wanawauzia dawa wagonjwa baada ya kuwaambia kuwa dawa hizo zimeisha stoo. Kwa mara nyingine,

kujihusisha na uuzaji wa dawa kunakofanywa na wafanyakazi wa sekta ya afya, ndani ya majengo ya kituo cha afya cha serikali, kunaweza kuuakisi kushindwa kwa upande wa mameneja wa vituo vya afya kusimamia kanuni za kitaalamu.

Matokeo yanayohusiana na nadhariatete ya tatu yameonyesha kuwa utawala dhaifu zina matatizo ya ubora wa huduma walizopata watu maskini. Hii ni kwasababu wananchi maskini hawana njia ya kutafuta huduma mbadala (binafsi). Mara nyingi wanapata huduma za afya za ubora wa hali ya chini, wanapaswa kutoa hongo, na kufanya malipo yasiyo rasmi zaidi ya viwango sanifu vilivyopangwa.

Hatimaye, uwepo wa utawala maskini kama kichocheo cha rushwa katika vituo vya afya vya umma unazidishwa na ukosefu wa sauti za wananchi kwenye usimamizi wa utoaji wa huduma. Wawakilishi wa wananchi kwenye kamati za usimamizi wa vituo vya afya hawana njia na uwezo wa kuwawajibisha wafanyakazi wa sekta ya afya. Karibu theluthi mbili ya wajumbe wa kamati ya usimamizi wa vituo vya afya wamekiri kuwa **hawafuatilii** kikamilifu malalamiko ya wananchi kuhusu mwenendo wa rushwa kwenye vituo husika vya afya. Tatizo hili lilitokana na vikwazo vya uongozi.

Katika kuhitimisha, wafanyakazi wa sekta ya umma wanachukuliwa kutumia mamlaka waliyopewa kutumia vibaya mamlaka yao kwasababu ya kutowajibika kupitia ufuatiliaji wa kanuni na kutokuwa na usimamizi kamili kupitia kamati za usimamizi. Kukosekana watoa huduma za afya wengine mbadala inawezekana kumesababisha kushamiri kwa rushwa ndogondogo kama jambo la kawaida kijamii.

9. Mipaka ya utafiti

Utafiti huu haukufanyika bila mipaka yake. Mambo yafuatayo ya kimethodolojia yanaweza kuwa yameathiri uhalali wa matokeo:

Utafiti ulitegemea ripoti binafsi ambazo zimetoa taarifa zisizo na upendeleo kuhusu uzoefu wa rushwa. Hata hivyo, athari za ripoti binafsi ziliondolewa kwa kupima mara tatu matokeo yaliyopatikana kutokana na mbinu mbalimbali za utafiti zilizotumika ikiwa ni pamoja na sampuli ndogondogo mbalimbali (wanajamii, wagonjwa wa nje, wagonjwa waliolazwa, viongozi wa vituo vya afya na wajumbe wa vikao vya usimamizi wa vituo vya afya).

Utafiti huu ulikuwa wa kutumia mbinu mbalimbali. Yaani, ulihusisha ukusanyaji wa data mahali pamoja kwa wakati mmoja – hivyo kupunguza uimara wa uhusiano uliopatikana na matokeo yake uwezo wa kuonyesha usababishaji. Hata hivyo, matumizi ya mbinu za kiidadi na zisizo za kiidadi yametoa ushahidi wa kutosha kuhusu msingi ambapo hatua za kuingilia kati zinaweza kubuniwa.

Kwa kuongezea, wilaya zilizofanyiwa usampulishaji hazikuchaguliwa kiholela na hivyo, haziwakilishi nyingine. Hii ilizuia kutoa majumuisho nje ya maeneo yaliyofanyiwa utafiti.

10. Hitimisho na mapendekezo

10.1 Hitimisho

Matokeo haya yanasisitiza haja ya kuimarisha mifumo ya usimamizi katika vituo vya afya ili kupambana na rushwa kikamilifu na kuongeza ubora wa huduma kwa ujumla. Mkakati wa kuingilia kati unapaswa kuwa unatumia vigezo mbalimbali, unaowashirikisha wadau wote muhimu – serikali/halmashauri, uongozi wa kituo, asasi za kiraia na jamii.

10.2 Mapendekezo

Kwa kuzingatia matokeo ya utafiti, hatua zifuatazo zinapendekezwa:

Kuhusu athari za sababu za kiutawala katika rushwa:

1. Mapambano dhidi ya rushwa kwenye vituo vya afya vya umma yanapaswa kuongozwa na serikali yenyewe, hasa serikali za mitaa (LGAs), na vyombo vingine vinaweza kutoa msukumo wao kutokana na hili.
2. Serikali (halmashauri ya wilaya/manispaa) inapaswa kuuwajibisha uongozi wa kila kituo cha afya cha umma ili kuhakikisha usimamizi na uwajibikaji.
3. Timu ya Usimamizi wa Afya ya Halmashauri inapaswa kuwa lengo la wazi kwa ajili ya kuzuia na kupambana na rushwa katika eneo lake la kazi. Miongozo kwa ajili ya hili inapaswa kuandaliwa.
4. Serikali inaweza kuwalipa vizuri wafanyakazi wa sekta ya afya, na kujaza vifaa na mashine za kupimia, vifaa na dawa. Serikali inapaswa kuchukua hatua dhidi ya wale ambao wanachukua au wanafikiriwa kuomba na kupokea hongo. Wafanyakazi hao wasihamishwe kirahisi kutoka kituo kimoja kwenda kituo kingine.

5. Wale ambao wamepewa nafasi za uongozi kwenye huduma za afya wanapaswa kuongoza kwa mfano na kujiona amepewa mamlaka ya kuchukua hatua za kinidhamu dhidi ya wafanyakazi wa sekta ya afya ambao mwenendo wao umekiuka viwango vya kimaadili vya huduma ya afya, pamoja na wale ambao wanatumia lugha chafu wakati wanapowasiliana na wagonjwa, ukiacha wale ambao wanaomba na kupokea hongo.

Kuhusu mabadilishano ya huduma bora kwa malipo yasiyo rasmi

1. Uongozi wa vituo vya afya unapaswa kuanzisha na kuimarisha mfumo wa ukaguzi wa wizi na/au matumizi mabaya ya dawa yanayofanywa na wafanyakazi. Serikali inaweza kutaka kuajiri wataalamu wa kubuni mfumo huo na kuwapa mafunzo mameneja wa vituo vya afya.

Kuhusu athari za rushwa katika mwenendo wa kutafuta huduma za afya

1. Serikali inapaswa kuwekeza kwa wingi katika kupambana na rushwa katika vituo vya afya vya umma kwa kuwa watumiaji wengi wa huduma hii, ambao ni maskini, hawaoni vituo binafsi vya afya kama mbadala wa huduma hii.
2. Watumia huduma ya afya wanapaswa kujua viwango vya huduma wanazoweza kutegemea katika vituo vya afya vya umma.

Kuhusu mchango wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya:

1. Nafasi na mchanganyiko wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya na uhusiano wao na vyombo vingine vya utawala (k.m. bodi ya huduma za afya) ndani ya wilaya unapaswa kupangwa upya ili kuwafanya wawe na ufanisi zaidi.
2. Kamati za usimamizi wa vituo vya afya zinapaswa kuonekana na kukubalika kuwa vyombo halali vya kufuatilia mwenendo wa watoa

- huduma na watumia huduma kuhusiana na vitendo vya rushwa na vilevile hatua za kuzuia rushwa. Kwa kuongezea, wajumbe wa kamati za usimamizi wa vituo vya afya wasinyanyaswe na wafanyakazi wanajihusisha na vitendo vya rushwa.
3. Kamati za usimamizi wa vituo vya afya vinapaswa pia kufanya kazi ya ufuatiliaji kwa kukusanya malalamiko ya wananchi (bila kutaja majina) na kuyaripoti kwenye Timu ya Halmashauri ya Usimamizi wa Afya (CHMT), ambayo ipo kusimamia kanuni, na baraza la madiwani, ambalo linafanya kazi ya kufuatilia na kuidhinisha kazi ya usimamizi wa Timu ya Halmashauri ya Usimamizi wa Afya.
 4. Watu wanapaswa kuelimishwa na kuwezesha kuripoti kwenye kamati za usimamizi wa vituo vya afya kuhusu mwenendo wa rushwa, na kulindwa kutokana na visasi visivyostahili na visivyosameheka vinavyofanywa na wafanyakazi wa sekta ya afya wakati wanapotakiwa kutekeleza haki zao za binadamu katika kupata huduma ya afya kwao wenyewe au wanafamilia wao.

Abdellatif A.M (2003). Good Governance and Its Relationship to Democracy & Economic Development. Paper presented in *Global Forum III on Fighting Corruption and Safeguarding Integrity*, Seoul 20-31 May 2003. Regional Bureau for Arab States (RBAS), United Nations Development Programme (UNDP).

Aboud, M. (1993) "Watch-dog Organizations for Upholding Administrative Ethics in Africa: The case of Tanzania" in R. Sadig and D. Olowu (Eds.) *Ethics and Accountability in African Public Services* United Nations Economic Foundation for Africa and Africa Association for Public Administration and Management, ICIPE Science Press.

Afrobarometer (2006a) "Combating Corruption in Tanzania: Perception and Experience." *Afrobarometer Briefing Paper* No. 33, AFROBAROMETER and REPOA.

Afrobarometer (2006b) "Delivery of Social Services on Mainland Tanzania: Are People Satisfied?" *Afrobarometer Briefing Paper* No. 34, AFROBAROMETER and REPOA.

Agbenorku, P. (2012) "Corruption in Ghanaian healthcare system: the consequences" *Journal of Medicine and Medical Sciences Vol. 3 (10)*, pp. 622-630.

Ake, C. (1993) "Deeper into Original Sin: The Context of the Ethical Crisis in Africa's Public Services" in R. Sadig and D. Olowu (Eds.) *Ethics and Accountability in African Public Services* United Nations Economic Foundation for Africa and Africa Association for Public Administration and Management, ICIPE Science Press.

Bovens, M. (2007) "Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework" *European Law Journal*, Vol. 13, No. 4, July 2007, pp. 447-468.

Brinkerhoff D.W. (2004) “Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance” *Health Policy and Planning* 19: 371–9.

Delcheva, E., Balabanova, D. and McKee, M. (1997) “Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria” *Health Policy* 42 (1997) 89–100.

Duncan F. (2003) *Corruption in the health sector* Washington, DC: USAID Bureau for Europe & Eurasia, Office of Democracy and Governance.

Erhun W.O., Babalola O.O. and Erhun M.O. (2001) “Drug Regulation and Control in Nigeria: The Challenge of Counterfeit Drugs”, *Journal of Health & Population in Developing Countries* 2001, 4(2), pp.23–34.

Fritzen, S.A. (2005) “Beyond “political will”: How institutional context shapes the implementation of anti-corruption policies” *Policy and Society*, 24, pp.79–96.

Gray-Molina, G., Pérez de Rada, E., Yanez, E., Diálogo, F. (1999) *Transparency and Accountability in Bolivia*.

Does Voice Matter? Working paper #R-381, Inter-American Development Bank

Banco Interamericano de Desarrollo, Latin American Research Network.

Iafakara Health Institute (IHI) (2011) “Health Facility Governing Committee: Are they working?” *Spotlight*, August 2011, Issue 7.

Kamuzora, P. (2004) “Socio – economic Context of Ethics in Health Care: A Case Study of Corruption in Public Health Systems in Tanzania” *Tanzania Journal of Development Studies*, 5 (2), pp.33 – 51.

Kamuzora, P. (2005a) "Strategies for Public Sector Corruption Prevention: Experience from Public Health Systems in *Tanzania*" *Tanzania Journal of Development Studies*, 5 (2), pp.33 – 51.

Kamuzora, P (2005b) "Strategies for Public Sector Corruption Prevention: Experience from Public Health Systems in *Tanzania*" *Tanzania Journal of Development Studies*, 5 (2), pp.33 – 51.

Kessy, F. (2008) *Technical Review of Council Health Service Boards and Health Facility Governing Committees in Tanzania*. Report prepared for the Ministry of Health and Social Welfare, Dar es Salaam, Tanzania.

Kinemo, R.E.J. (2000) Corruption and Health Sector *Reform in Tanzania*. Proceedings of the 18th TPHA Scientific Conference. Tanzania Public Health Association, Dar es Salaam.

Klitgaard R. (1988a) *Controlling corruption*, Berkeley, CA: University of California Press.

Klitgaard R. (1998b) "International Cooperation Against Corruption", *Finance and Development*, Vol. 35, No 1.

Lewis M. (2006) *Governance and corruption in public health care systems*, Working paper number 78. Washington, DC: Center for Global Development.

Lewis, M (2007) "Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries", *Health Affairs*, 26, no.4 (2007), pp.984-997. Doi: 10.1377/hlthaff.26.4.984.

Mæstad, O., & Mwisongo, A. (2007) *Informal pay and the quality of health care: lessons from Tanzania*, U4 Brief 9, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

Makeula, D. (2000) *Factors Influencing Corruption in Health Services Delivery*, Proceedings of the 18th TPHA Scientific Conference. Tanzania Public Health Association, Dar es Salaam.

Matsheza P, Timilsina A. R. and Arutyunova, A. (eds.) (2011) *Fighting Corruption in the Health Sector: Methods, Tools and Good Practices*, United Nations Development Programme, Bureau for Development Policy, One United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA.

Milewa T. (2006) "Health technology adoption and the politics of governance in the UK", *Social Science and Medicine* 63, pp.3102–12.

Muula, A.S. and Maseko, F.C. (2006) "How are health professionals earning their living in Malawi?" *BMC Health Services Research*, 6:97, DOI: 10.1186/1472-6963-6-97.

Moster et al., (2011) *A commentary on the effect of corruption on medical care in low-income countries*, *Pediatr Blood Cancer* DOI 10.1002/pbc.

Olivier R.W. (2004) *What is transparency?* New York: McGraw-Hill Companies: Inc.

Ramos M. (2003) "Auditors' responsibility for fraud detection", *Journal of Accountancy* (online), January, p.28, <http://www.aicpa.org/pubs/jofa/jan2003/ramos.htm>.

Rowe, A.K., Savigny, D., Lanata, C.F., Victoria, C.G. (2005) "How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?" *The Lancet*, Volume 366, Issue 9490, 17–23 September 2005, pp.1026–1035.

Sadananda, S. and Bhat, S. (2010) *Where have they gone???* (A study on the absenteeism of Doctors and support staff in Primary Health Care Centres). Final Draft Report, Karnataka: iDpms.

Sakiko, F. and Richard (2002) *Governance: Past, Present, Future Setting the governance agenda for the Millennium Declaration*, Background paper on the HDR 2002.

Shellukindo, W.N. & Baguma R. (1993) "Ethical Standards and Behaviour in African Public Services" in R. Sadig and D. Olowu (Eds.) *Ethics and Accountability in African Public Services*. United Nations Economic Foundation for Africa and Africa Association for Public Administration and Management ICIPE Science Press.

Sikika (2010) *Petty corruption in health services in Dar es Salaam and Coast regions*, E&D Readership and Development Agency: Jamana Printers, Dar es Salaam, Tanzania.

Transparency International (TI) (2006a) *Global Corruption Report 2006*, London. Pluto Press.

Transparency International (TI) (2006b) Summary Sheet: *Corruption and Paying for Health Care*, TI Working Paper.

The Associated Press (2012) *Fake malaria drugs hinder global health efforts* <http://www.cbc.ca/news/health/story/2012/05/22/world-malaria-disease-drugs-fake.html>, accessed on 20th December, 2012.

United Republic of Tanzania (URT) (2005) *Poverty and Human Development Report 2005*. Mkuki na Nyota Publishers: Dar es Salaam.

United Republic of Tanzania (URT) (1996) *Report of the Presidential Commission of Inquiry against Corruption*, Dar es Salaam.

UNDP (1997) *Governance for Sustainable Human Development*, A UNDP policy paper, pp.2-3.

URT (2009) *National Anti-Corruption Strategy and Action Plan - II (NACSAP II): Implementation report*, Dar es Salaam University Press, Dar es Salaam, Tanzania.

Vian, T. (2008) "Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions", *Health Policy Plan* 23 (2), pp.83-94. doi: 10.1093/heapol/czm048.

Vian, T., Brinkerhoff, D.W., Feeley, F.G., Salomon, M., and Vien, N.T.K (2011) *Confronting Corruption in the Health Sector in Vietnam: Patterns and Prospects*, Health and Development Discussion Paper No. 14, Center for Global Health and Development, Boston University School of Public Health.

WHO (2006a) *Ethical Infrastructure for Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector Working draft for field testing and revision*, Geneva: World Health Organization, Department of Medicines Policy and Standards (PSM).

WHO (2006b) *Counterfeit medicine*, Fact Sheet NO 275, November 2006.

Yahaya, A.D. (1993) "The Economic Crisis, Resource Scarcities and Decline in Ethical Standards in Public Agencies" in R. Sadig and D. Olowu (Eds.) *Ethics and Accountability in African Public Services*. United Nations Economic Foundation for Africa and Africa Association for Public Administration and Management, ICIPE Science Press.

Youth Action Volunteers (YAV) (2008) *Petty Corruption in Health Services in Dar es Salaam and Coast Regions*, YAV: Dar es Salaam.

**Sikika inafanya kazi
kuhakikisha usawa katika
upatikanaji wa huduma bora za
afya, kwa kutathimini mifumo
ya uwajibikaji katika ngazi zote
za serikali**



House No. 69
Ada Estate, Kinondoni
Tunisia Road
Waverley Street
P.O. Box 12183
Dar es Salaam, Tanzania
Tel: +255 22 26 663 55/57

SMS: 0688 493 882
Fax: +255 22 26 680 15
Email: info@sikika.or.tz
Website: www.sikika.or.tz
Blog: www.sikika-tz.blogspot.com
Twitter: @sikika1
Facebook: Sikika Tanzania

House No. 340
Kilimani Street
P.O. Box 1970
Dodoma, Tanzania
Tel: 026 23 21307
Fax: 026 23 21316