



<https://doi.org/10.5559/di.30.1.04>

RASPROSTRANJENOST I UZROCI "POVLAČENJA VEZA" U HRVATSKOM ZDRAVSTVU

Josip FRANIĆ
Institut za javne financije, Zagreb, Hrvatska

UDK: 614.2(497.5)"2015":343.35
614.253(497.5)"2015"

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 3. 1. 2020.

Napomena: Rad je izrađen u okviru projekta "Izlazak iz sjene, razvoj kapaciteta i sposobnosti za suzbijanje neprijavljenog rada u Bugarskoj, Hrvatskoj i Makedoniji" (broj 611259), koji je financirala Europska komisija.

Premda se u hrvatskoj javnosti često čuju izjave o ukorijenjenosti raznih oblika nezakonita ponašanja unutar sustava zdravstvene zaštite, konkretnija istraživanja ove problematike do sada su izostala. Ovaj rad nastoji dati doprinos u tom pogledu analizom učestalosti i glavnih razloga oslanjanja stanovništva na prijatelje, rodbinu i poznanike zbog stjecanja prednosti pred ostalim korisnicima sustava. Rezultati anketnog istraživanja provedenog 2015. godine na stratificiranom uzorku od 2000 građana otkrivaju kako je gotovo svaki peti stanovnik Hrvatske "povlačio veze" u zdravstvenim ustanovama tijekom 12 mjeseci koji su prethodili istraživanju. Iako je polovica ispitanika navela duge liste čekanja kao opravdanje, provedena logistička regresija pokazala je kako iza ovakvih zloporaba sustava najčešće ne leži stvarna potreba nego je riječ o obrascu ponašanja što ga osoba demonstrira i u drugim sferama života. S obzirom na njezinu znatnu prisutnost u svakodnevnim interakcijama stanovništva, naponi za suzbijanjem ove vrlo štetne društvene i ekonomske pojave trebali bi stoga biti u prvom redu usmjereni na pružatelje nezakonitih usluga, odnosno osobe unutar sustava.

Ključne riječi: zdravstveni sustav u Hrvatskoj, povlačenje veza, neformalne radnje, logistička regresija, Hrvatska



Josip Franić, Institut za javne financije, Smičklasova 21,
10 000 Zagreb, Hrvatska.
E-mail: josip.franic@ijf.hr

UVOD

Učinkovitost, pravednost i jednakost temeljne su odlike dobrog zdravstvenog sustava. Premda se hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite često spočitavaju slabosti u sva tri nabrojena načela, znanstvena i stručna literatura uglavnom je usre-

dotočena na analizu njegove učinkovitosti (Džakula i sur., 2014; Stašević i sur., 2019; Vončina i sur., 2018). Uz iznimku nekoliko radova na temu neformalnih plaćanja od strane pacijenata za usluge koje su već pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem (primjerice Budak i Rajh, 2014; Franić i Kojouharov, 2019), do sada je izostalo sustavnije praćenje ostalih nedopuštenih radnji koje ugrožavaju prava jednakoga pristupa za sve građane i prioriteta za najpotrebnije.

Ovaj rad nastoji ostvariti pomak upravo u tom pogledu analizom rasprostranjenosti i uzroka "povlačenja veza" u sustavu zdravstvene zaštite. Općenito govoreći, povlačenje veze podrazumijeva svaki oblik oslanjanja na rodbinu, prijatelje i poznanike, s ciljem pristupa oskudnim dobrima i uslugama ili zbog zaobilaska formalnih procedura (Ledeneva, 1998). Iako se u osnovi radi o koruptivnom ponašanju, ova praksa uglavnom nailazi na mnogo manju osudu društva no što je to slučaj s onim oblicima zlorabe ovlasti koji za isključiv cilj imaju stjecanje financijske koristi¹ (Čaldarović i sur., 2009; Derenčinović, 2001; Štulhofer i sur., 2008). Doista, istraživanja diljem svijeta pokazuju kako tek manji dio takvih interakcija završava materijalnom kompenzacijom, dok se znatno češće radi o razvijenim mrežama uzajamnoga pružanja usluge, a u nešto rjeđem opsegu o čistom altruizmu (Barnett i sur., 2013).

Bez obzira na to, mnoge su ekonomske i društvene posljedice ove prakse, koje dolaze najviše do izražaja upravo u javnom zdravstvu (Ledeneva, 2009; Williams i Onoshchenko, 2016). Primjerice, neopravdano stjecanje prednosti pred ostalim korisnicima predstavlja izravan financijski trošak onom dijelu stanovništva koje je zbog toga primorano na odlazak u privatne zdravstvene ustanove. Međutim, s obzirom na visoke cijene usluga privatnih pružatelja zdravstvene zaštite (a koje uglavnom nisu pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem), pojedinci slabijega imovinskog stanja najčešće su suočeni s jednostavnom dvojbom: odgoditi (privremeno ili trajno) odlazak liječniku ili se pak poslužiti istom strategijom oslanjanja na bliske osobe u cilju osiguravanja adekvatne i pravovremene zdravstvene skrbi.²

Budući da odgoda nerijetko dovodi do pogoršanja zdravstvenoga stanja pacijenta, što u optimističnijem scenariju rezultira dodatnim financijskim teretom za cijeli sustav, a u najgorim situacijama i do prelaska točke nakon koje je zdravlje trajno narušeno, prihvaćanje nametnute igre mnogo je prihvatljivija opcija za većinu građana (Williams i Onoshchenko, 2016). No to dovodi do začaranoga kruga urušavanja sustava službeno propisanih procedura, pri čemu iskripljena društvena praksa u konačnici postaje pravilo (Ledeneva, 2009).

S obzirom na to da se o ovom konkretnom problemu u Hrvatskoj mnogo govori, a malo zna i još manje čini kako bi

ga se riješilo, ovaj rad nastoji ostvariti ne samo znanstveni doprinos nego i onaj praktični. Preciznije, glavni je cilj rada analizirati koliko je povlačenje veza doista rašireno u hrvatskom zdravstvu te koje kategorije stanovništva najčešće posežu za njima. Nadalje, ideja je primjenom statističkih modela dobiti uvid u ključne razloge povlačenja veza kako bi se upozorilo na učinkovite načine suzbijanja ove prakse. U konačnici, namjera je utvrditi i koji se dio takvih interakcija može okvalificirati kao podmićivanje, a do koje se mjere zapravo radi o blažim oblicima društveno neodgovorna ponašanja.

U skladu s navedenim ciljevima, u nastavku rada najprije je dan kratak uvid u prirodu i uzroke povlačenja veza u Hrvatskoj i svijetu. Nakon toga donosimo pregled stanja u hrvatskom zdravstvu, s posebnim naglaskom na paradokse koji sugeriraju znatnu rasprostranjenost nepoštenih radnji od strane korisnika. Metodološki dio rada nudi pojedinosti o provedenom anketnom istraživanju, primijenjenim varijablama i metodama uz pomoć kojih se nastojalo odgovoriti na postavljena istraživačka pitanja. Nakon prikaza rezultata i popratne rasprave, rad završava kratkim smjernicama za suzbijanje ove neetične prakse u Hrvatskoj.

Uzroci, značenje i povijesni razvoj fenomena povlačenja veza

Premda ne postoje konkretni dokazi o njezinim korijenima, instrumentalizacija društvenih kontakata s ciljem ostvarivanja osobne koristi najvjerojatnije se pojavila s prvim organiziranim zajednicama. Doista, antropološka istraživanja pokazuju kako obrazac ponašanja vrlo sličan onom u modernim društvima postoji i kod izoliranih plemena Sjeverne Amerike, Bliskog istoka i Afrike (Barnett i sur., 2013). To ne iznenađuje, s obzirom na to da se u osnovi oslanjanja na veze nalazi univerzalna težnja svakoga pojedinca za smanjenjem neizvjesnosti u ključnim životnim situacijama. Bilo da se radi o trenutačnoj ugrozi ili pak o nesigurnostima koje donosi budućnost, u prirodi je čovjeka kao društvenoga bića stvarati sigurnosnu mrežu ljudi iz najbliže okoline koja će mu olakšati suočavanje s izazovima (Barnett i sur., 2013; Smith i sur., 2012).

U skladu s tim, nepotrebno je naglašavati kako ni jedno suvremeno društvo nije lišeno raznih oblika instrumentalizacije prijateljstava, poznanstava i rodbinskih veza. O tome svjedoči i usvojena terminologija te pripadajuće definicije koje se mogu pronaći uvidom u službene rječnike velikoga dijela svjetskih jezika.³ No osim što postoje manje razlike u samoj naravi i načinu odvijanja ove prakse, uočljiv je i kontrast među zemljama kad je riječ o njezinoj rasprostranjenosti. Naime, strategija rješavanja problema uz pomoć bližnjih znatno je prisutnija u zemljama u tranziciji, što se uglavnom pripisuje ostavštini socijalizma⁴ (Ledeneva, 2009; Šimac, 2000).

Hrvatsko društvo ne samo da nije bilo pošteđeno od ove i sličnih praksi za vrijeme Jugoslavije nego je tijekom turbulentnog razdoblja rane tranzicije svjedočilo njihovoj dodatnoj ekspanziji. Glavni uzrok tomu nedvojbeno leži u izrazito ne-transparentnom postupku privatizacije, koji se odvijao u sjeni ratnih razaranja i borbe za nezavisnost (Tomić-Koludrović i Petrić, 2007). Uz klasično podmićivanje, upravo su prijateljske i rodbinske veze odigrale ključnu ulogu u ekspresnom bogaćenju povlaštenih pojedinaca na štetu cijeloga društva (Grubiša, 2005; Kregar, 1999). Ne iznenađuje stoga što je paralelno s razvojem tzv. predatorskoga kapitalizma 1990-ih došlo do znatnoga pada povjerenja u institucije (ali i uopćenog povjerenja), a onda i do retradicionalizacije i repatrijarhalizacije društva (Kregar, 1999; Štulhofer, 2004; Tomić-Koludrović i Petrić, 2007).

Ovakav slijed događaja nije bilo teško predvidjeti imajući na umu ambivalentnost fenomena povlačenja veza kad govorimo o povjerenju kao temelju njegova postojanja (Ledeneva, 2009). Naime, kako ostvarivanje vlastite koristi uz pomoć poznanstava gotovo uvijek ide na štetu ostalih korisnika određenoga sustava, a često i cijeloga društva, pojedinac stvaranjem svojega kruga povjerenja istodobno narušava povjerenje ostatka populacije ne samo u njega nego i u cijeli sustav. U takvim su okolnostima poštenu građani i sami prisiljeni povlačiti veze kako bi u konačnici ostvarili svoja prava u razumnom roku (Williams i Onoshchenko, 2016).

S obzirom na to da potražnja za povjerenjem nigdje nije toliko izražena kao kad je riječ o zdravlju, ne čudi što je hrvatsko zdravstvo do danas ostalo izrazito podložno raznim oblicima neformalnoga ponašanja (Gorjanski i sur., 2010; Božić, 2015). Doista, čak 45 % sudionika Eurobarometer istraživanja iz 2017. godine smatra kako je korupcija vrlo rasprostranjena u hrvatskom zdravstvu (European Commission, 2017). Posebice zabrinjava učestalost takvih radnji od strane samih korisnika, ne samo kroz direktna podmićivanja nego i kroz neformalna plaćanja usluga koje su pokrivene zdravstvenim osiguranjem⁵ te ostalim nedopuštenim utjecajima na službene osobe (Gorjanski i sur., 2010).

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj kao plodno tlo za neetične aktivnosti

Zbog niza poteškoća u kojima se trenutačno nalazi, hrvatsko zdravstvo ogledni je primjer sustava u kojem se teško izboriti za svoja prava i potrebe poštujući formalne procedure. Dugačak je popis razloga za takvo stanje, no srž problema nedvojbeno leži u velikom nerazmjeru između ukupnih financijskih sredstava unutar sustava i opsega zdravstvene zaštite koje on nudi u sklopu obveznog osiguranja (OECD/EOHSP, 2019).

Naime, sa svega 1272 eura po stanovniku (odnosno 6,8 % BDP-a) u 2017. godini Hrvatska je pri samom dnu EU liste u pogledu potrošnje na zdravstvenu zaštitu, dok je istodobno osnovni paket usluga usporediv s ostalim zemljama članicama (OECD/EOHSP, 2019). Stoga u situaciji kontinuiranoga porasta potražnje za zdravstvenim uslugama, koji nije samo rezultat povećanja udjela starijega stanovništva nego i napretka medicine, nimalo ne čudi što je Vlada u zadnje vrijeme u više navrata bila primorana sanirati nakupljena dugovanja bolnica i s njima povezanih ustanova (Broz i Švaljek, 2014; Šimović i Deskar-Škrbić, 2019).

Dodatan je problem u činjenici kako unatoč blagom porastu izravne participacije pacijenata još uvijek više od tri četvrtine ukupnih sredstava dolazi iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (Džakula i sur., 2014; Vončina i sur., 2018). Međutim, tek trećina građana financira sustav tim putem, dok su ostali oslobođeni od obveze plaćanja po raznim osnovama (Džakula i sur., 2014; Vončina i sur., 2018). Da stvar bude gora, zbog loših je financijskih rezultata stopa doprinosa za obvezno osiguranje na teret zaposlenih osoba u dva navrata podizana,⁶ što je dodatno umanjilo ionako nisku razinu zadovoljstva kvalitetom i učinkovitošću sustava zdravstvene zaštite među onim dijelom stanovništva koje isti taj sustav izdašno financira (Stišević i sur., 2019).

Uz navedeno valja naglasiti i dugogodišnji problem niskog udjela medicinskog osoblja u ukupnoj populaciji, koji je nakon pristupanja Europskoj uniji dodatno produbljen zahvaljujući znatnom odljevu liječnika i sestara u zemlje zapadne Europe (OECD/EOHSP, 2019). Manjak stručnoga kadra posebice je izražen na otocima te u ruralnim krajevima Like i Slavonije (Džakula i sur., 2014).

U ovakvim okolnostima nimalo ne iznenađuje da je Hrvatska na samom europskom dnu kad je riječ o jednom od ključnih indikatora kvalitete zdravstvene zaštite, a to su liste čekanja (Björnberg i Phang, 2019; Stišević i sur., 2019). Usporedbe radi, u Hrvatskoj se 2017. godine na operaciju endoproteze kuka čekalo prosječno 184 dana (Bobinac, 2017), dok je za istu operaciju u Nizozemskoj bilo potrebno 45, u Danskoj 52, a u Italiji 80 dana (OECD/EU, 2018). Uvid u aktualne podatke Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje otkriva kako u međuvremenu nije bilo značajnijega napretka u tom pogledu, a slična je situacija i s mnogim drugim zahvatima. Primjerice, na magnetsku rezonancu mozga po prijavi u prosincu 2019. u većini bolnica čekalo se više od 100 dana, dok je u nekima vrijeme čekanja prelazilo i 500 dana (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2019).

S obzirom na upravo navedene činjenice, poprilično nevjerojatno zvuči informacija kako duge liste čekanja stanov-

nicima Hrvatske zapravo i nisu prevelik problem. Naime, prema rezultatima EU-SILC istraživanja za 2018. godinu, ukupno je 4,3 % građana koji su imali potrebu za zdravstvenom njegom u konačnici odustalo od daljnje procedure (Eurostat, 2019). Međutim, to je najvećim dijelom bilo zbog uvjerenja da će problem nestati sam od sebe (1,2 %) te zbog manjka vlastita vremena (0,8 %). S druge strane, samo 0,3 % njih navelo je preduge liste čekanja kao glavni razlog nepoduzimanja daljnjih koraka. Zanimljivo je također primijetiti kako je ovaj postotak u konstantnom padu od 2010. godine, kada je Hrvatska prvi put uvrštena u spomenuto istraživanje (Eurostat, 2019).

U danom se paradoksu zapravo krije temeljna motivacija za nastankom ovoga znanstvenog rada, jer se kao najočiglednije objašnjenje značajnoga nepodudaranja između prezentiranih podataka nameće upravo pozamašno oslanjanje stanovništva na osobe unutar sustava s ciljem zaobilaska formalnih procedura. U nastavku stoga istražujemo koliko često građani Hrvatske pribjegavaju ovoj nepoštenoj praksi te postoji li doista uzročno-posljedična veza između ovog oblika ponašanja i dužine listi čekanja. No prije samog iznošenja podataka i analize treba se pozabaviti detaljima o metodologiji primijenjenoj u tu svrhu.

METODOLOGIJA RADA

Anketno istraživanje, rezultate kojega analiziramo u ovom radu, provedeno je 2015. godine na stratificiranom uzorku od 2000 stanovnika Hrvatske.⁷ Postupak stratifikacije temeljio se na kombinaciji veličine naselja i regije kojoj pripada,⁸ dok je vjerojatnost uzorkovanja svake jedinice unutar pojedinoga stratum ovisila o njezinoj relativnoj veličini mjereno brojem stanovnika. U svakom od ukupno 110 naselja koja su ušla u uzorak početne su adrese određene slučajnim odabirom, a preostala kućanstva metodom slučajne šetnje s korakom šest. Unutar kućanstva ispitanici su odabirani po principu "najbližeg rođendana" među članovima starijima od 15 godina.

Anketni je upitnik sadržavao 56 pitanja, od kojih se najveći broj odnosio na iskustva i stavove stanovništva o neprijavljenom radu.⁹ Manji dio istraživanja bio je posvećen ocjeni učinkovitosti institucija nadležnih za borbu protiv neformalnih aktivnosti i percepcijama u pogledu potrebnih poboljšanja. U ovom ćemo se pak radu fokusirati na treći dio ankete, kojemu je cilj bio istražiti uzroke i rasprostranjenost povlačenja veza u raznim prigodama. Konkretnije, ispitanicima je naizmjence navedeno 13 životnih situacija i za svaku od njih upitani su jesu li u zadnjih 12 mjeseci zatražili pomoć prijatelja, rodbine ili poznanika kako bi zaobišli propisane procedure.

Upravo je odgovor na ovo pitanje u slučaju medicinskih usluga zavisna varijabla u našoj analizi.¹⁰ S obzirom na to da

je temeljni cilj ustanoviti što točno razlikuje pojedince koji su odgovorili potvrdno na ovo pitanje od ostatka populacije, logistička regresija nametnula se kao prirodan izbor.¹¹ Ako s $P(Y_i = 1)$ označimo vjerojatnost potvrdnog odgovora osobe i na spomenuto pitanje, tada je pripadna logistička regresija definirana ovako:

$$P(Y_i = 1) = \frac{e^{\beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{ik}}}{1 + e^{\beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{ik}}} \quad (1)$$

Pritom je X_k ($k=1, \dots, K$) promatrana varijabla odrednica s efektom β_k , a K predstavlja ukupan broj takvih varijabli.

Kao kontrolne varijable u gornji su model uključeni spol, dob te tip naselja u kojem pojedinac živi. Veličina kućanstva također je uzeta u obzir, prije svega zbog kontroliranja situacija u kojima osoba povlači vezu za nekoga drugog (npr. vlastitu djecu ili roditelje).

Kako bi se ispitali sociološki i psihološki aspekti ovoga fenomena, u model su uključene i četiri varijable koje mjere stavove, očekivanja i iskustva stanovništva s povlačenjem veza i povezanim aktivnostima. Prva od njih na Likertovoj skali od 1 do 4 kvantificira mišljenje ispitanika o važnosti oslanjanja na poznanstva kod postizanja određenih ciljeva u Hrvatskoj, pri čemu su bile ponuđene sljedeće opcije: 1 – potpuno nevažno; 2 – važno do određene mjere i u određenim situacijama; 3 – važno; 4 – obvezno. Druga varijabla iz ove skupine konceptualizira osobni stav o vezama na Likertovoj skali od 1 do 5, gdje 1 označuje apsolutno protivljenje ovakvoj praksi, a 5 potpuno odobravanje.

U model je uvrštena i binarna varijabla s vrijednosti 1 ako je ispitanik priznao oslanjanje na rodbinu, prijatelje i poznanike u bilo kojoj drugoj situaciji izvan sustava zdravstvene skrbi (tj. u bilo kojem od preostalih 12 ponuđenih scenarija). Postojanje poveznice između povlačenja veza u zdravstvu i općenite sklonosti prema izigravanju pravila i normi nadalje je ispitano binarnom varijablom, koja označuje je li ispitanik u zadnjih 12 mjeseci kupovao robu ili usluge bez plaćanja pripadajućih poreza (tj. "na crno").

U konačnici, potencijalna ekonomska pozadina povlačenja veza u zdravstvu istražena je uključivanjem radnoga statusa i financijske situacije ispitanika. Premda su sudionici istraživanja eksplicitno upitani o vlastitom neto dohotku, zbog prevelikoga broja nedostatnih vrijednosti ta varijabla, nažalost, nije od prevelike pomoći. Stoga je u analizi uzeta zamjenska varijabla koja odražava ispitanikov subjektivni doživljaj vlastite financijske pozicije. Više detalja o ovoj i preostalim odrednicama u modelu vidi u Tablici 1.

Naziv varijable	Kratak opis	Detalji kodiranja	Broj nedostatnih vrijednosti
Dob	Diskretna varijabla; označuje stvarnu dob ispitanika	Vrijednosti zaokružene na najbliži cijeli broj	0
Spol	Binarni indikator spola ispitanika	1 – muško 2 – žensko	0
Broj osoba u kućanstvu	Ordinalna varijabla; broj ljudi koji žive unutar uzorkovanoga kućanstva (uključujući ispitanika)	1 – samo ispitanik 2 – dvije osobe 3 – tri osobe 4 – četiri ili više osoba	0
Radni status	Nominalna varijabla; označuje ostvaruje li ispitanik i na koji način dohodak od rada	1 – zaposlen 2 – samozaposlen 3 – nezaposlen 4 – radno neaktivan	80
Tip naselja	Kategorička varijabla; pobliže označuje o kojoj je vrsti naselja riječ	1 – ruralno područje 2 – mali/srednje velik grad 3 – velik grad	0
Financijska situacija	Ordinalna varijabla; ispitanikov subjektivni doživljaj o dostatnosti financija kojima raspolaže	1 – redoviti problemi s podmirivanjem financijskih obveza 2 – sredstva dovoljna taman za podmirivanje obveza 3 – zadovoljavajuća financijska situacija 4 – raspoloživa sredstva i više nego zadovoljavajuća	45
Stav prema povlačenju veza	Ordinalna varijabla; razina tolerancije prema zaobilaženju procedura uz pomoć prijatelja, rodbine i poznanika	1 – izrazito negativan 2 – negativan 3 – neutralan 4 – pozitivan 5 – izrazito pozitivan	0
Mišljenje o važnosti oslanjanja na veze	Ordinalna varijabla; subjektivan doživljaj ispitanika o uloji koju poznanstva imaju pri postizanju ciljeva	1 – potpuno nevažne 2 – važne do određene mjere 3 – važne 4 – obvezne	0
Oslanjanje na veze u ostalim životnim situacijama	Binarni indikator; označuje je li ispitanik u zadnjih 12 mjeseci povlačio veze izvan sustava zdravstvene skrbi	0 – Ne 1 – Da	38
Plaćanje roba i usluga "na crno"	Binarni indikator; označuje je li ispitanik u zadnjih 12 mjeseci svjesno kupio dobra ili usluge za koje nisu plaćeni pripadajući porezi	0 – Ne 1 – Da	72

● TABLICA 1
Pregled varijabli
odrednica
upotrijebljenih u
logističkoj regresiji

Treba napomenuti kako postoje još neka obilježja čiji bi utjecaj na postupke pojedinca valjalo ispitati, pri čemu su bračni status i regija u kojoj ispitanik živi najočitiji primjeri. Međutim, s obzirom na to da kod statističkoga modeliranja treba voditi računa o zadovoljavajućem omjeru raspoloživog uzorka i broja koeficijenta koji se procjenjuju, kao i o problemu multikolinearnosti koji se redovito pojavljuje kod socio-ekonomskih i demografskih varijabli, u konačnici je zadržan model sa 10 nabrojanih odrednica.¹² No u cilju što vjerodos-

tojnijega prikaza prirode i rasprostranjenosti povlačenja veza u hrvatskom zdravstvu, u sljedećem poglavlju dan je i širi deskriptivni uvid u ovaj fenomen.

Dodatni razlog ograničavanja broja determinanti u modelu leži u nezanimarivom broju nedostatnih vrijednosti kod zavisne varijable. Premda to nije iznenađujuće s obzirom na nelagodu i strah koji se pojave kod određenoga broja ispitanika u istraživanjima delikatnih pojava, problem nedostatnih vrijednosti nužno treba na odgovarajući način riješiti kako bi se dobili vjerodostojni rezultati. Budući da isti problem postoji i kod pojedinih varijabli odrednica (vidjeti Tablicu 1), prije samoga statističkog modeliranja proveden je postupak višestruke imputacije (Little i Rubin, 2002). Preciznije govoreći, za svaki nedostajući odgovor simulirano je 50 vrijednosti koristeći se sustavom lančanih jednadžbi.¹³

Na kraju napomenimo kako su svakom ispitaniku koji je priznao povlačenje veza postavljena i tri dodatna pitanja: zašto su se odlučili rješavati problem na taj način, tko im je pomogao u tome te kako su se odužili dotičnoj osobi. Kratak pregled odgovora na ova pitanja također podastiremo u nastavku rada.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Prikaz rezultata započinjemo deskriptivnim uvidom u socio-ekonomske, demografske i prostorne karakteristike ove pojave. Kao što se može vidjeti iz Tablice 2, najmanje 17 % građana u bliskoj je prošlosti zatražilo pomoć rodbine, prijatelja ili poznanika kako bi zaobišli formalne procedure u zdravstvu. Ovaj nalaz nedvojbeno upućuje na znatnu uvriježenost promatrane prakse u Hrvatskoj, pogotovo imajući na umu da se pitanje odnosilo samo na iskustva tijekom 12 mjeseci koji su prethodili istraživanju. Usto treba napomenuti kako se radi tek o donjoj granici stvarne stope participacije, jer osim 1,6 % ispitanika koji nisu dali konkretan odgovor na postavljeno pitanje, zasigurno postoji i određen broj onih koji su svjesno zanijekali ovakvo ponašanje.

U svakom slučaju, rezultati iz Tablice 2 otkrivaju kako žene nešto češće povlače veze u zdravstvu nego muškarci. S druge strane, premda se na prvi pogled može doimati kako građani između 25. i 54. godine starosti znatno učestalije rješavaju probleme preko veze, ne smijemo zanemariti nerazmjer među dobnim skupinama kad govorimo o izbjegavanju odgovora na postavljeno pitanje. U ovom je slučaju zapravo mnogo informativniji uvid u stope negiranja, koje pak sugeriraju kako razlika i nije tako velika. Pitanje je li ona statistički značajna ili ne bit će elaborirano kasnije, u dijelu teksta koji donosi rezultate logističke regresije. Sugestivna je, doduše, činjenica kako je rješavanje problema preko veze najzastupljenije među radno aktivnim osobama.

		Da	Ne	Ne zna/ odbija odgovoriti
Dobna skupina	15 – 24	14,7	84,9	0,4
	25 – 34	19,1	79,3	1,6
	35 – 44	18,9	79,3	1,8
	45 – 54	20,8	77,9	1,3
	55 – 64	14,8	82,8	2,4
	65+	14,2	83,9	1,9
Spol	Muškarci	14,8	82,9	2,3
	Žene	19,1	80,0	0,9
Bračni status	Oženjen/udana	19,2	79,0	1,8
	U izvanbračnoj zajednici	20,0	79,6	0,4
	Samac	13,3	84,7	2,0
	Rastavljen/a	16,2	82,5	1,3
	Udovac/udovica	14,3	84,0	1,7
Broj osoba u kućanstvu	Jedna	12,6	85,3	2,1
	Dvije	18,5	79,6	1,9
	Tri	15,8	83,1	1,1
	Četiri ili više	19,2	79,4	1,4
Radni status	Zaposlen/a	20,6	78,0	1,4
	Samozaposlen/a	19,4	78,6	2,0
	Nezaposlen/a	13,7	85,1	1,2
	Neaktivan/a (studenti, umirovljenici, radno nesposobni i dr.)	15,0	83,2	1,8
Tip naselja	Ruralno područje	17,0	80,6	2,4
	Mali/srednje velik grad	17,7	81,6	0,7
	Velik grad	15,9	82,3	1,8
Regija	Zagreb i okolica	18,2	80,3	1,5
	Sjeverna Hrvatska	16,7	81,2	2,1
	Slavonija	16,4	80,1	3,5
	Lika i Banovina	14,1	85,4	0,5
	Istra, Primorje i Gorski kotar	20,0	80,0	0,0
	Dalmacija	15,6	83,2	1,2
<i>Ukupno</i>		<i>17,0</i>	<i>81,4</i>	<i>1,6</i>

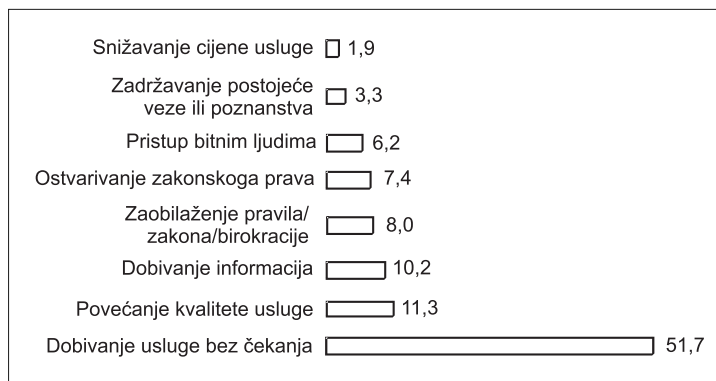
● **TABLICA 2**
Povlačenje veza u
zdravstvu – pregled
rezultata istraživanja,
% populacije

Tablica 2 nadalje pokazuje kako je ponašanje pojedinca usko povezano s veličinom zajednice u kojoj živi. To se posebice odnosi na kućanstva sa četiri ili više osoba, čiji su članovi osjetno skloniji povlačenju veza od ostatka populacije. Značenje povlačenja veza u korist svojih bližnjih ogleda se i u činjenici da se osobe u bračnim i izvanbračnim zajednicama znatno češće odlučuju na ovaj način zaobilaska formalnih pravila i procedura u usporedbi s onima koji žive sami.

Iako postoji znatna razlika između regija oko postotka afirmativnih izjašnjavanja, treba i ovdje biti oprezan zbog velikih razlika u stopama nevažjećih odgovora. Doista, uvid u udjele stanovništva koje je zaniijekalo ovakav oblik zloporabe

➔ GRAFIKON 1
Razlozi povlačenja
veza u zdravstvu, %
ispitanika

sustava pokazuje kako Lika i Banovina stoje ponešto bolje od ostatka Hrvatske, dok između ostalih regija i nema osjetnijega kontrasta. Sličan se zaključak nameće i kad je riječ o tipu naselja. Stanovnici velikih gradova, doduše, nešto su češće opovrgnuli ovakve aktivnosti u usporedbi s ostatkom populacije, ali konačan zaključak o relevantnosti ove varijable moći ćemo dati tek nakon uvida u rezultate logističke regresije.



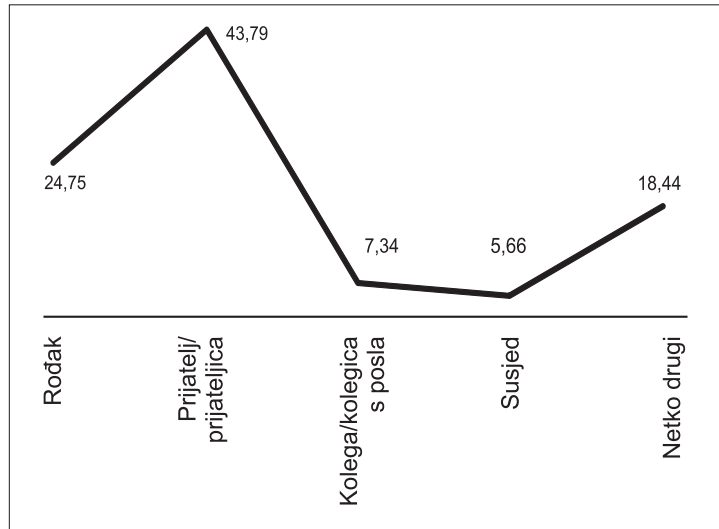
No prije toga dajemo kratak osvrt na ostale važne značajke ove prakse. Primjerice, rezultati sistematizirani na Grafikonu 1 otkrivaju kako je upravo ranije spomenuta dužina čekanja na uslugu daleko najvažniji razlog za zaobilaženje pravila i standardnih procedura u sustavu zdravstvene skrbi. Svaki drugi ispitanik naveo je ovo opravdanje za svoj postupak, što potvrđuje kako su liste čekanja doista ključan kogačić u objašnjavanju ove pojave. Međutim, ovdje ne treba nagliti sa zaključkom, s obzirom na to da i drugi smjer uzročno-posljedične veze vjerojatno ima važnu ulogu. Naime, svako ubacivanje pacijenata preko reda nesumnjivo će imati za posljedicu povećanje opterećenja i za bolničko osoblje i za infrastrukturu, što u konačnosti mora dovesti do produljenja liste čekanja za buduće pacijente.

Od ostalih razloga za povlačenje veza valja izdvojiti povećanje kvalitete usluge (11,3 %) te dobivanje bitnih informacija (10,2 %). Zanimljivo je napomenuti da je nezanemariv postotak ispitanika (3,3 %) naveo zadržavanje postojeće veze kao isključiv razlog izigravanja pravila, što sugerira kako određeni dio populacije prakticira strategiju održavanja korisnih kontakata do trenutka kad ih zaista zatrebaju.

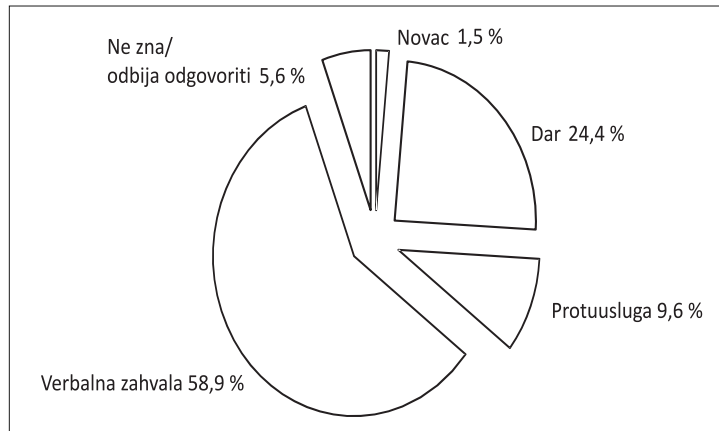
Kad je riječ o pružateljima usluga, u najvećoj je mjeri riječ o bliskim prijateljima i rodbini (Grafikon 2). Točnije, 44 % osoba obratilo se prijatelju, dok je svaki četvrti slučaj povlačenja veza u zdravstvu podrazumijevao pomoć krvnoga srodnika. S druge strane, stanovnici Hrvatske u tome se znatno rjeđe oslanjaju na kolege s posla i susjede. No zanimljivo je

da je gotovo svaki peti ispitanik naveo kako mu je u tome pomogla osoba s kojom ne dijeli bliske društvene veze (Grafikon 2), što pretpostavlja da je problem riješen uz pomoć posrednika (npr. prijatelji prijatelja).

➔ GRAFIKON 2
Pružatelji usluge preko veze, % ispitanika



➔ GRAFIKON 3
Načini oduživanja pružatelju usluge, % ispitanika



Uvid u načine oduživanja pružatelju usluge otkriva kako se rješavanje problema preko veze u hrvatskom zdravstvu tek u manjoj mjeri preklapa s klasičnim podmićivanjem. Doista, iz Grafikona 3 vidimo da se tek svaki četvrti ispitanik odužio pružatelju usluge darom. Premda iz prikazanih rezultata ne možemo donijeti konkretne zaključke o vrijednosti samih darova, razumno je pretpostaviti da je najveći dio njih bio simbolične vrijednosti. Tome u prilog govori i činjenica kako je novac bio prisutan u samo 1,5 % ukupnoga broja interakcija.

S druge strane, osoba koja je pomogla u zaobilaznoj procedure u najvećem broju slučajeva nije stekla nikakvu ma-

terijalnu korist. Preciznije, šest od deset takvih situacija završilo je isključivo verbalnom zahvalom, dok je svaka deseta podrazumijevala naknadno vraćanje usluge (ili se pak radilo o vraćanju prijašnje usluge). Stoga potonji nalaz sugerira da i u Hrvatskoj postoji razvijen sustav "ekonomije usluga", kao što je to u mnogim drugim zemljama u tranziciji.

Doista, rezultati logističke regresije prikazani u Tablici 3 otkrivaju kako je odluka pojedinca o (ne)povlačenju veza u zdravstvu u prvom redu odraz sličnih obrazaca ponašanja u drugim životnim situacijama, a tek u manjoj mjeri posljedica ekonomskih i demografskih čimbenika. Preciznije, građani koji izigravaju pravila uz pomoć bližnjih u ostalim ustanovama (tj. izvan sustava zdravstvene skrbi) imaju statistički gledano mnogo veće izgleda da slično naprave i u slučaju zdravstvene zaštite nego oni koji poštuju pravila i drugdje (Tablica 3). Istinitost teze o ovom obliku ponašanja kao svojevrsnoj životnoj filozofiji mnogih stanovnika Hrvatske dodatno je potkrijepljena nalazima o uskoj povezanosti između zaobilaženja formalnih procedura u zdravstvu i kupovanju roba/usluga "na crno". Naime, pojedinac koji pri nabavi pojedinih roba i usluga rabi neslužbene kanale ima statistički mnogo veće izgleda da se osloni na neslužbene kanale i u rješavanju zdravstvenih problema (Tablica 3).

Premda ovi rezultati mogu sugerirati kako je povlačenje veza više uzrok nego posljedica nezavidna stanja u hrvatskom zdravstvu, istina vjerojatno ipak leži negdje na pola puta. Kao što je već objašnjeno, jednom kad se stvori kritična masa onih koji bez razmišljanja traže pomoć prijatelja, rodbine ili poznanika kako bi zaobišli određene prepreke, ostatak populacije prisiljen je ili prihvatiti nametnutu igru ili snositi posljedice tuđih postupaka.

Rezultati provedene analize pokazuju kako dobar dio građana radije odabire prvu opciju. Kao što se vidi iz Tablice 3, nije pronađena statistički značajna razlika u ponašanju pojedinaca koji imaju negativan stav prema rješavanju problema povlačenjem veza u odnosu na one s neutralnim, pa i izrazito pozitivnim stavom. To implicira kako mnogi građani zapravo idu protiv svojih uvjerenja, odnosno primorani su i sami potražiti vezu, jer u protivnom riskiraju dugotrajna čekanja i/ili slabiju kvalitetu usluge. Valja ipak napomenuti kako su osobe koje iskazuju nultu razinu tolerancije prema ovakvom obliku zlorabe sustava nešto manje sklone povlačenju veza u zdravstvu (Tablica 3).

Zanimljivo, nije pronađena značajnija poveznica između mišljenja o nužnosti oslanjanja na bližnje i stvarnih postupaka, s obzirom na to da se pojedinci koji smatraju kako su veze izrazito važne u ostvarivanju ciljeva statistički ne razlikuju od ostatka populacije kad je riječ o povlačenju veza u zdravstvu.

To pak daje naslutiti kako dobar dio građana zapravo bez previše razmišljanja prihvaća iskrivljene norme, stoga im je povlačenje veza u prvom redu stvar navike.

Nezavisna varijabla		Procijenjena vrijednost koeficijenta	Standardna pogreška
Dob		0,005	0,005
Spol (RV: muškarci)		0,497***	0,145
Broj osoba u kućanstvu (RV: jedna)	dvije	0,596**	0,208
	tri	0,198	0,246
	četiri i više	0,529*	0,230
Radni status (RV: zaposlen)	samozaposlen	0,034	0,383
	nezaposlen	-0,735***	0,216
	radno neaktivan	-0,266	0,180
Tip naselja (RV: ruralno područje)	mali/srednje velik grad	-0,118	0,161
	velik grad	-0,041	0,177
Financijska situacija (RV: redoviti problemi s podmirivanjem obveza)	sredstva dovoljna taman za podmirivanje obveza	-0,161	0,161
	zadovoljavajuća	-0,048	0,190
	iznimno zadovoljavajuća	0,295	0,431
Stav prema povlačenju veza (RV: neutralan)	izrazito pozitivan	-0,339	0,632
	pozitivan	-0,084	0,224
	negativan	-0,076	0,167
	izrazito negativan	-0,547**	0,207
Mišljenje o važnosti oslanjanja ne veze pri postizanju ciljeva (RV: obavezne)	nevažne	-1,690	1,075
	važne do određene mjere	-0,100	0,227
	važne	-0,094	0,155
Oslanjanje na veze u ostalim životnim situacijama		1,699***	0,151
Plaćanje roba i usluga "na crno"		0,510***	0,160
Konstanta		-2,739***	0,393
Veličina uzorka	2000		
Broj imputacija	50		
$P > F$	0,000		
Pseudo R^2	0,148		
Područje ispod ROC krivulje	0,763		

Napomena: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

❶ **TABLICA 3**
 Odrednice oslanjanja na veze u hrvatskom zdravlju, rezultati logističke regresije

Za kraj dodajmo da su žene doista statistički značajno sklonije povlačenju veza u Hrvatskoj, dok dob nije značajna odrednica. Nadalje, kod osoba iz većih kućanstava postoji izraženija tendencija k instrumentalizaciji prijateljstva i poznanstva, dok se nezaposleni znatno rjeđe odlučuju na to u usporedbi s ostalim kategorijama. U konačnici, čini se da financijska situacija nema nikakvu ulogu u ovom slučaju, a isto vrijedi i za tip naselja u kojem pojedinac živi.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Zdravstveni je sustav u Hrvatskoj često na meti kritika zbog podložnosti raznim oblicima nezakonitih radnji uključenih dionika. Među najproblematičnijim praksama zasigurno je oslanjanje pacijenata na prijatelje, rodbinu i poznanike kako bi stekli dodatne pogodnosti ili ostvarili prednosti pred ostalim korisnicima sustava. No kako su konkretnija istraživanja ove problematike do sada izostala, u ovom smo radu nastojali ispitati koliko je doista takav oblik zloporabe rasprostranjen u hrvatskom sustavu zdravstvene skrbi, zašto se građani odlučuju na takve korake te koje ih skupine stanovništva najčešće poduzimaju.

Logistička regresija provedena na rezultatima anketnog istraživanja 2000 stanovnika iz 2015. godine otkrila je kako je rješavanje problema preko veze svojevrsni *modus operandi* dobroga dijela populacije, što se ne očituje samo u slučaju zdravstvene zaštite nego i u ostalim životnim situacijama. Međutim, stvaranje kritične mase takvih pojedinaca nagnalo je mnoge poštene građane na istu strategiju, jer bi u protivnom bili primorani snositi posljedice tuđega ponašanja. Konačan je rezultat deformirani sustav zdravstvene skrbi, u kojem se znatan udio stanovništva najvjerojatnije po automatizmu obraća osobama unutar njega kako bi ostvarili razne povlastice.

Doista, rezultati pokazuju kako je najmanje 17 % populacije povlačilo veze u zdravstvu samo tijekom 12 mjeseci koji su prethodili istraživanju. Premda je već i ovo zabrinjavajući podatak, nedvojbeno je kako bi nalazi bili mnogo porazniji da je kojim slučajem u obzir uzet duži period. Iako se tek neznan udio ovakvih interakcija može kategorizirati kao podmićivanje, nesagledive su njihove posljedice na sustav zdravstvene skrbi i društvo općenito. Osim potkopavanja temeljnih načela učinkovitosti, pravednosti i jednakosti pristupa zdravstvenoj zaštiti, ova nepoštena praksa, naime, razorno utječe na osnovno vezivno tkivo svakoga civiliziranog društva, a to je povjerenje.

Međutim, iz prikazanih je rezultata jasno kako borba protiv instrumentalizacije osobnih kontakata u cilju izigravanja formalno ustanovljenih pravila i procedura neće biti nimalo lagana. Dugoročno rješenje ovoga problema zahtijevat će silne napore oko osvješćivanja građana o svim štetnim stranama takva ponašanja, što će pak biti teško ostvarivo bez konkretnijih reformi odgojno-obrazovnog sustava.

S druge strane, u kratkom roku fokus mora biti stavljen na pružatelje takvih usluga, odnosno osobe unutar sustava zdravstvene skrbi koje pomažu u ostvarivanju pogodnosti i nezaslužene prednosti pred ostalim korisnicima. Osim edukacije, u ovom se slučaju i represija nameće kao jedna od

mogućih opcija. No ono što bi nedvojbeno rezultiralo smanjenjem učestalosti dane pojave jest povećana transparentnost, nedostatak koje zapravo i jest temelj za rasprostranjenost mnogih neetičnih radnji u hrvatskom zdravstvu. Valja napomenuti kako je uz podizanje svijesti svih dionika te jačanje kontrolnih mehanizama unutar samoga zdravstvenog sustava hrvatska Vlada istaknula upravo transparentno i učinkovito upravljanje listama čekanja kao jedan od glavnih prioriteta u borbi protiv korupcije u zdravstvu (vidi Strategija suzbijanja korupcije za razdoblje od 2015. do 2020. godine, 2015; Ministarstvo pravosuđa, 2019). Konkretnije akcije u tom pogledu do sada su, nažalost, izostale, no možemo se nadati da će ubuduće doći do pozitivnih pomaka.

Na kraju treba ipak upozoriti na značajan protok vremena između provođenja anketnog istraživanja i trenutka pisanja ovog rada. S obzirom na izazove pred kojima se sustav zdravstvene skrbi u Hrvatskoj u međuvremenu našao, ponovljeno istraživanje danas bi vjerojatno iznjedrilo ponešto drugačije (ne nužno pozitivnije) rezultate. U skladu s tim, ako ovaj rad motivira druge istraživače na proučavanje ove teme, tada će on ispuniti svoju širu znanstvenu i društvenu svrhu.

No osim uvida u uzroke i rasprostranjenost ove pojave, poželjno je buduća istraživanja usmjeriti i prema dubinskoj analizi njezine strukture, što nažalost nije bilo moguće učiniti na temelju anketnih podataka na kojima se temeljio ovaj rad. To se u prvom redu odnosi na potrebu uvida u tipove pacijenata koji se najčešće odlučuju na povlačenje veza (primjerice, je li riječ o teško bolesnim osobama, kroničnim bolesnicima i sl.), medicinske postupke kod kojih su najučestalije te njihovu pojavnost prema vrstama zdravstvenih ustanova. Dakako, borba protiv ovoga fenomena teško je moguća bez konkretnijih spoznaja o tome tko su osobe unutar sustava koje najčešće pružaju takve usluge.

BILJEŠKE

¹ Premda ne postoji konsenzus oko njezine definicije i obuhvata, u najširem shvaćanju korupcijom se smatra svaki nedopušteni oblik utjecaja u obnašanju državnih, javnih, gospodarskih i drugih dužnosti i poslova s namjerom ostvarivanja materijalnih koristi ili osobnih probitaka (Mrčela i sur., 2012). Ispitivanja javnoga mišljenja u Hrvatskoj i svijetu, međutim, pokazuju kako građani korupciju najčešće poistovjećuju s podmićivanjem u novcu ili skupim poklonima (Marasović Šušnjara, 2014; Božić, 2015).

² Treba napomenuti kako zbog asimetričnosti informacija zasigurno postoje i pacijenti koji nisu svjesni stvarnih uzroka problema. Dugotrajno čekanje takvim se osobama čini kao razumna odluka te stoga uopće ne razmišljaju o opciji povlačenja veza ili o odlasku u privatne ustanove.

³ Primjerice, u kineskom jeziku ova se praksa naziva "guanxi" (Gu i sur., 2008), u ruskom "blat" (Ledeneva, 2009), u arapskom "wasta" (Barnett i sur., 2013), dok u portugalskom jeziku termini "pistolao" i "jeitinho" označuju dvije inačice ove pojave (Ferreira i sur., 2012). U engleskom je pak govornom području u uporabi izraz "pulling strings" (Smith i sur., 2012), od čega najvjerojatnije i potječe naziv koji se rabi u hrvatskom jeziku. Napomenimo kako u Velikom rječniku hrvatskog jezika jedna od definicija riječi "veza" glasi: „probitačno poznanstvo, prijateljstvo s utjecajnim osobama" (Anić, 2006, str. 1728).

⁴ Zbog učestalih nestašica dobara i konstantnog opadanja kvalitete javnih usluga, u mnogim su socijalističkim zemljama osobne veze s vremenom postale alternativna valuta, što je u konačnici dovelo do razvoja hibridnog oblika razmjene koji je u stručnoj literaturi opisan izrazom "ekonomija usluga" (Ledeneva, 1998).

⁵ Prema istraživanju Ekonomskog instituta i United Nations Office on Drugs and Crime iz 2010. godine, 8,3 % pacijenata dalo je novac ili dar doktoru u prethodnih 12 mjeseci, dok je 6 % na isti način "nagradilo" medicinske sestre (Budak i Rajh, 2014). Novije studije pokazuju kako je ovaj trend i dalje prisutan, premda u blagom padu (vidi Franić i Kojouharov, 2019).

⁶ U travnju 2014. podignuta je sa 13 % na 15 %, a zatim u siječnju 2019. na 16,5 % (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima, 2014, 2018).

⁷ Istraživanje je obavljeno u sklopu četverogodišnjeg projekta financiranog od strane Europske komisije, a čiji je glavni cilj bio evaluirati učinkovitost postojećih mjera za suzbijanje neformalnih aktivnosti u zemljama jugoistočne Europe.

⁸ U ovom se slučaju radilo o tradicionalnoj podjeli Hrvatske na sljedećih šest regija: Sjeverna Hrvatska; Slavonija; Zagreb i okolica; Lika i Banovina; Dalmacija; Istra, Primorje i Gorski kotar. Naselja su pritom podijeljena u četiri grupe prema broju stanovnika: manje od 2000; 2000 – 10.000; 10.001 – 100.000 te više od 100.000 stanovnika. S obzirom na to da u dvije regije nisu postojala naselja s više od 100.000 stanovnika, u prvom je koraku uzorkovanja svako naselje svrstano u jedan od ukupno 22 moguća stratuma.

⁹ Upitnik je dostupan kod autora na zahtjev.

¹⁰ Osim zdravlja, uvriježenost povlačenja veza ispitana je i u slučaju pronalaska posla, osiguravanja mjesta u srednjoj školi i na fakultetu, dobivanja diplome, rješavanja problema s organima reda, rješavanja pravosudnih nedaća, poslovima s lokalnim vlastima, kupnje prehrambenih proizvoda, nabavka robe široke potrošnje, pronalaska adekvatnoga majstora i pristupa raznim događajima (kazališta, koncerti i sl.).

¹¹ Druga opcija bio je probit model, koji je zaista i primijenjen u fazi ispitivanja robusnosti dobivenih rezultata. Budući da su oba modela upućivala na jednake zaključke, u nastavku prikazujemo samo rezultate logističke regresije. Rezultati probit modela dostupni su kod autora na zahtjev.

¹² Utjecaj spomenutih obilježja koja nisu zadržana u konačnom modelu ispitan je u testnoj fazi istraživanja, no nije pronađena statistički značajna veza s modeliranom varijablom.

¹³ Cjelokupna analiza provedena je uz pomoć statističkoga paketa STATA. Pritom su uzeti poststratifikacijski težinski faktori, pa stoga svi rezultati prezentirani u sljedećem poglavlju zapravo odražavaju stanje unutar cijele populacije Hrvatske.

LITERATURA

Anić, V. (2006). *Veliki rječnik hrvatskog jezika*. Novi Liber.

Barnett, A., Yandle, B. i Naufal, G. (2013). Regulation, trust, and cronyism in Middle Eastern societies: The simple economics of "wasta". *The Journal of Socio-Economics*, 44, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2013.02.004>

Björnberg, A. i Phang, A. Y. (2019). *Euro health consumer index 2018*. Health Consumer Powerhouse. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Bobinac, A. (2017). *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj*. Centar za mirovne studije.

Božić, W. (2015). Kazneno djelo primanja mita kroz prizmu korupcije između ugovornih liječnika obiteljske medicine i tvornice lijekova. *Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske*, 6(1), 101–149.

Broz, T. i Švaljek, S. (2014). Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. U M. Vehovec (Ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 51–75). Ekonomski institut Zagreb.

Budak, J. i Rajh, E. (2014). Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost? U M. Vehovec (Ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 247–270). Ekonomski institut Zagreb.

Čaldarović, O., Štulhofer, A., Kufrin, K., Glavašević, B., Odak, I., Gregurović, M. i Detelić, M. (2009). Combating corruption in Croatia: From expert perceptions to policy-oriented action strategies and back. *Revija za sociologiju*, 40(39), 3–22. <https://hrcak.srce.hr/39818>

Derenčinović, D. (2001). *Mit(o) korupciji*. NOCCI.

Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K. i Sekelj-Kauzlarić, K. (2014). Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(3), 1–162.

European Commission (2017). *Special Eurobarometer 470. Corruption*. European Commission.

Eurostat (2019). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile*. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=hlth_silc_08

Ferreira, M. C., Fischer, R., Porto, J. B., Pilati, R. i Milfont, T. L. (2012). Unraveling the mystery of Brazilian jeitinho: A cultural exploration of social norms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(3), 331–344. <https://doi.org/10.1177/0146167211427148>

Franić, J. i Kojouharov, A. (2019). Informal payments by patients in Croatia: Benign custom or detrimental residue from socialism? *Croatian Review of Economic, Business and Social Statistics*, 5(2), 49–63. <https://doi.org/10.2478/crebss-2019-0011>

Corjanski, D., Gajski, L., Škaričić, N., Sladoljev, S. i Marušić, M. (2010). *Korupcija u hrvatskom zdravstvu*. Fond Hipokrat – Zaklada Slagalica.

Grubiša, D. (2005). Political corruption in transitional Croatia: The peculiarities of a model. *Politička misao*, 42(5), 55–74. <https://hrcak.srce.hr/20747>

Gu, F. F., Hung, K. i Tse, D. K. (2008). When does guanxi matter? Issues of capitalization and its dark sides. *Journal of Marketing*, 72(4), 12–28. <https://doi.org/10.1509/jmkg.72.4.012>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2019). *Liste narudžbi*. http://www.hzzo-net.hr/e_listei.htm

Kregar, J. (1999). *Nastanak predatorskog kapitalizma i korupcija*. RIFIN.

Ledeneva, A. (1998). *Russia's economies of favour: Blat, networking and informal exchange*. Cambridge University Press.

Ledeneva, A. (2009). From Russia with "blat": Can informal networks help modernize Russia? *Social Research*, 76(1), 257–288.

Little, R. J. A. i Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). John Wiley i Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119013563>

Marasović Šušnjara, I. (2014). Korupcija i zdravstveni sustav. *Acta Medica Croatica*, 68(3), 243–246. <https://hrcak.srce.hr/136983>

Ministarstvo pravosuđa (2019). *Akcijski plan za 2019. i 2020. godinu uz Strategiju suzbijanja korupcije za razdoblje od 2015. do 2020. godine*. Ministarstvo pravosuđa.

Mrčela, M., Novosel, D. i Rogić-Hadžalić, D. (2012). *Korupcija: pravni okvir i pojavi oblici 2008.–2010.* Državni zavod za statistiku.

OECD/EU (2018). *Health at a glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle*. OECD Publishing.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing.

Smith, P. B., Huang, H. J., Harb, C. i Torres, C. (2012). How distinctive are indigenous ways of achieving influence? A Comparative study of guanxi, wasta, jeitinho, and "pulling strings." *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(1), 135–150. <https://doi.org/10.1177/0022022110381430>

Stasević, I., Derk, D. i Ropac, D. (2019). Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. U A. Abidović (Ur.), *Modeli razvoja – iskustva drugih i naše mogućnosti*. Evropski univerzitet Brčko distrikt.

Strategija suzbijanja korupcije za razdoblje od 2015. do 2020. godine. *Narodne novine*, 26/2015.

Šimac, N. (2000). *Protiv korupcije: stara pošast, nove opasnosti: razgovori o korupciji i njezinu suzbijanju*. Udruga za demokratsko društvo.

Šimović, H. i Deskar-Škrbić, M. (2019, 18. srpnja). *EJS 8: Zdravstveno osiguranje*. <https://arhivanalitika.hr/blog/ejs-8-zdravstveno-osiguranje/>

Štulhofer, A. (2004). Percepcija korupcije i erozija društvenog kapitala u Hrvatskoj 1995.–2003. *Politička misao*, 41(3), 156–169. <https://hrcak.srce.hr/22672>

Štulhofer, A., Kufrin, K., Čaldarović, O., Gregurović, M., Odak, I., Detelić, M. i Glavašević, B. (2008). *Corruption as a cultural phenomenon: Expert perceptions in Croatia*. Discussion Paper Series No 11. University of Konstanz.

Tomić-Koludrović, I. i Petrić, M. (2007). Hrvatsko društvo – prije i tijekom tranzicije. *Društvena istraživanja*, 16(4-5), 867–889. <https://hrcaak.srce.hr/19170>

Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F. i Pezelj-Duliba, D. (2018). *Universal health coverage in Croatia: Reforms to revitalise primary health care. Universal health care coverage series 29*. World Bank Group. <https://doi.org/10.1596/29181>

Williams, C. C. i Onoshchenko, O. (2016). An evaluation of the persistence of blat in post-soviet societies: A case study of Ukraine's health services sector. *Studies of Transition States and Societies*, 7(2), 46–63. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2883481>

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima. *Narodne novine*, 41/2014.

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima. *Narodne novine*, 106/2018.

Prevalence and Determinants of "String-Pulling" Behaviour in the Croatian Healthcare System

Josip FRANIĆ
Institute of Public Finance, Zagreb, Croatia

In spite of frequent allegations about the Croatian healthcare system being susceptible to various illegitimate practices, research on this matter has been scarce so far. To start filling the gap, this paper investigates how often and why Croatians rely on friends, relatives and acquaintances in order to achieve an unfair advantage over other users of the healthcare system. As revealed by the representative survey of 2000 individuals, which was conducted in 2015, almost every fifth citizen employed this dishonest strategy during the 12-month period preceding the survey. Although half of the respondents justified their wrongdoings with extremely long waiting lists, logistic regression analysis offered a different conclusion. Explicitly, the study results indicate that citizens exert this misbehaviour more often by automatism than out of real need. Due to a strong embeddedness of this detrimental economic and social practice in Croatian society, it would be more beneficial if combating endeavours were focused on providers of illicit help.

Keywords: healthcare system in Croatia, string-pulling practices, informal activities, logistic regression, Croatia



Međunarodna licenca / International License:
Imenovanje-Nekomercijalno / Attribution-NonCommercial