

Liste čekanja kao katalizator korupcije: Teorijski model i implikacije za Hrvatsku

Autor: Davor Moravek

Sažetak

Ovaj rad pruža teorijsku analizu veza između lista čekanja i sistemske korupcije, s posebnim osvrtom na Hrvatsku kao studiju slučaja. Polazeći od istraživačkog pitanja kako liste čekanja u sustavima sa slabim institucijama postaju katalizator korupcije, rad postavlja tezu da one, unutar predloženog teorijskog modela, nisu pasivna nuspojava neefikasnosti, već aktivni mehanizam koji stvara prilike za traženje i prisvajanje koruptivne rente. Analiza sintetizira teoriju traženja rente, bihevioralnu ekonomiju, teoriju principala i agenta, teoriju kolektivne akcije te teoriju institucionalnih zamki u jedinstven integrativni model. Statistički podaci za Hrvatsku, gdje je Indeks percepcije korupcije (CPI) za 2023. iznosio 50, a procjene sive ekonomije dosežu značajan udio u BDP-u, koriste se isključivo za kontekstualizaciju i ilustraciju teorijskog okvira. Kroz proširenu komparativnu analizu s modelima Skandinavije i Italije, istražuje se uloga institucionalnog dizajna kao ključne varijable. Doprinos rada leži u sintezi navedenih teorijskih okvira kako bi se objasnila perzistentnost korupcije povezane s listama čekanja. Rad se zaključuje strukturiranim preporukama, koje su izvedene iz teorijske analize i predstavljene kao operativne hipoteze za buduća empirijska istraživanja i kreiranje politika.

Ključne riječi: liste čekanja, sistemska korupcija, traženje rente, teorijski model, institucionalni dizajn, Hrvatska

Abstract

This paper provides a theoretical analysis of the links between waiting lists and systemic corruption, using Croatia as a case study. Starting from the research question of how waiting lists in systems with weak institutions become a catalyst for corruption, the paper posits that, within the proposed theoretical model, they are not a passive side effect of inefficiency but an active mechanism that creates opportunities for rent-seeking and the appropriation of corrupt rents. The analysis synthesizes rent-seeking theory, behavioral economics, principal-agent theory, collective action theory, and institutional traps theory into a unique integrative model. Statistical data for Croatia, where the Corruption Perception Index (CPI) for 2023 was 50, and estimates of the shadow economy constitute a significant share of GDP, are used solely to contextualize and illustrate the theoretical framework. Through an expanded comparative analysis with Scandinavian and Italian models, the role of institutional design is explored as a key variable. The paper's contribution lies in synthesizing these theoretical frameworks to explain the persistence of corruption linked to waiting lists. The paper concludes with structured recommendations derived from the theoretical analysis, presented as operational hypotheses for future empirical research and policymaking.

Keywords: waiting lists, systemic corruption, rent-seeking, theoretical model, institutional design, Croatia

Uvod

Liste čekanja u javnim sustavima, iako administrativno ponekad nužne, u uvjetima slabih institucija mogu, teorijski gledano, postati katalizator sistemskih patologija. Ovaj rad postavlja istraživačko pitanje: **Kako i putem kojih mehanizama liste čekanja u sustavima sa slabim institucijama postaju katalizator sistemske korupcije?** Teza rada je da one nisu tek pasivna nuspojava, već **aktivni mehanizam koji generira neformalnu ekonomiju** i potkopava povjerenje u institucije.

Dok postojeća literatura o korupciji u zdravstvu često analizira farmaceutsku industriju, javnu nabavu ili neformalna plaćanja kao izolirane fenomene (Vian, 2008), ovaj rad nudi specifičan doprinos fokusirajući se na liste čekanja kao **strukturni generator prilika za korupciju**. Kako bi se jasno pozicionirala ova teza, važno je razlikovati je od alternativnih, iako ne i isključivih, objašnjenja. Dok su **nedostatak financijskih sredstava i ograničeni kapaciteti** (npr. manjak liječnika ili opreme) neupitno ključni uzroci dugih čekanja, ovaj rad se fokusira na specifičan mehanizam gdje administrativno stvorena nestašica generira **poticaje za traženje rente (rent-seeking)**. Drugim riječima, analiza se pomiče s pitanja *zašto resursa nema dovoljno* na pitanje *kako se postojećim, ograničenim resursima upravlja* i tko ima koristi od održavanja statusa quo.

Hrvatska se koristi kao studija slučaja za ilustraciju ovog teorijskog modela. Kontekstualno, Indeks percepcije korupcije (CPI) za Hrvatsku je 2023. godine iznosio 50, što je i dalje ispod prosjeka Europske unije (Transparency International, 2024).

Operacionalizacija ključnih pojmova i mjerni indikatori

Za potrebe ove teorijske analize, ključni pojmovi se definiraju na sljedeći način, uz prijedlog mjerljivih indikatora za buduća empirijska istraživanja.

Pojam	Definicija	Mogući mjerljivi indikatori (Proxy)	Mogući izvori podataka
Koruptivna renta	Zarada iznad tržišno konkurentne razine koja nastaje zlouporabom javnih ovlasti.	1. Udio pacijenata koji prijavljuju davanje mita. 2. Razlika u vremenu čekanja za istu uslugu između javnog i privatnog sektora. 3. Tržišna cijena "preskakanja reda" u privatnom sektoru.	Ankete pacijenata (npr. Eurobarometar), HZZO, privatne klinike.
Sistemska korupcija	Teorijsko stanje u kojem koruptivne prakse postaju ugrađene u procedure i norme institucija.	1. Stopa neprovedenih GRECO preporuka. 2. Udio institucionalnih procedura s dokumentiranom manipulacijom listama. 3. Trendovi u prijavama/optužbama za korupciju u zdravstvu.	GRECO izvješća, sudska praksa, izvješća pučkog pravobranitelja.
Kulturna inercija	Perzistentnost neformalnih praksi (npr. "veze i poznanstva") unatoč promjeni formalnih pravila.	1. Udio građana koji smatraju da su "veze" nužne za pristup uslugama. 2. Korelacija između dobi ispitanika i tolerancije na korupciju.	Ankete javnog mnijenja (npr. World Values Survey, Eurobarometar).

Metodološki okvir: Multidisciplinarni pristup

Pristup je isključivo teorijski i multidisciplinaran, a doprinos rada je u sintezi pet ključnih teorijskih okvira:

1. **Teorija traženja rente** (Tullock, 1967; Krueger, 1974)
2. **Bihevioralna ekonomija** (Kahneman & Tversky, 1979)
3. **Teorija problema principala i agenta** (Rose-Ackerman, 1978; Vian, 2008)
4. **Teorija kolektivne akcije** (Ostrom, 1990)
5. **Teorija institucionalnih zamki** (North, 1990)

Integrativni teorijski model

Navedene teorije nisu izolirane, već djeluju sinergijski. Njihova integracija omogućuje dublje razumijevanje fenomena:

Poveznica traženja rente i problema principala-agenta: Problem principala (pacijent) i agenta (liječnik, administrator) nastaje zbog **informacijske asimetrije**. Agent posjeduje informacije o stvarnim kapacitetima i prioritetima, što mu daje diskrecijsku moć. Ta moć otvara priliku za **traženje rente**: agent može namjerno održavati ili loše upravljati listama čekanja kako bi stvorio nestašicu i potom naplatio "rentu" (mito) za zaobilaženje sustava.

Poveznica bihevioralne ekonomije i traženja rente: Teorija traženja rente objašnjava *ponudu* korupcije, dok bihevioralna ekonomija objašnjava njezinu *potražnju*. Prema teoriji averzije prema gubitku (Kahneman & Tversky, 1979), psihološka bol zbog gubitka (čekanja na pregled) dvostruko je jača od zadovoljstva zbog ekvivalentnog dobitka. To stvara snažan psihološki pritisak na pacijenta da plati rentu kako bi izbjegao percipirani gubitak, čineći ga podložnijim korupciji.

Poveznica kolektivne akcije i institucionalnih zamki: Čak i ako većina pacijenata (principala) i dio osoblja (agenata) želi pošten sustav, "koruptivni ekvilibrij" se održava jer je sustav upao u **institucionalnu zamku** (North, 1990). Promjena zahtijeva kolektivnu akciju, no za pojedinca ostaje racionalno koristiti postojeće neformalne kanale ("veze", mito), čime se jača postojeća neefikasna ravnoteža. Nedostatak povjerenja da će se *drugi* pridržavati pravila demotivira pojedinca da ih se i sam pridržava.

Ograničenja, endogenost i buduća istraživanja

Ključno ograničenje ove analize jest njezin **primarno teorijski karakter**. Rad koristi poznate činjenice isključivo kao ilustraciju, bez namjere pružanja novih empirijskih istraživanja. Stoga, nalazi predstavljaju teorijski model, a ne empirijski dokazanu kauzalnost.

Posebno je važno adresirati **problem endogenosti i moguće reverzne kauzalnosti**. Dok ovaj rad postavlja hipotezu da duge liste čekanja potiču korupciju, moguće je da i sama korupcija (npr. kroz neefikasnu javnu nabavu opreme) dovodi do produljenja lista čekanja. Ova dva mehanizma vjerojatno djeluju sinergijski, stvarajući začarani krug. Buduća istraživanja morala bi koristiti napredne ekonometrijske metode (npr. instrumentalne varijable, kao što su ex-ante ulaganja iz EU fondova, ili *difference-in-differences* dizajn pri pilot-implementaciji reformi) kako bi razdvojila ove efekte.

Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na **empirijsku validaciju** ovog modela, uključujući:

Kvalitativne metode: Provođenje dubinskih intervjua s pacijentima, liječnicima i administratorima radi validacije bihevioralnih hipoteza (npr. o averziji prema gubitku).

Analiza rodne dimenzije: Istraživanje postoje li rodne razlike u iskustvima s korupcijom, s obzirom na to da žene mogu snositi veći teret neformalnih plaćanja u određenim područjima zdravstva.

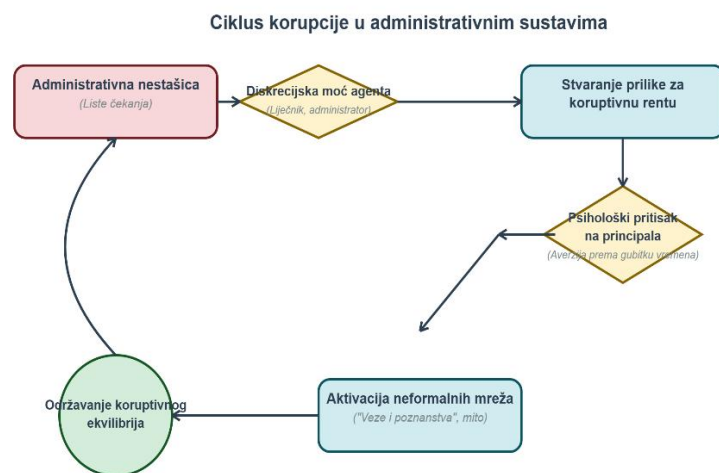
Ekonomska Geneza Nestašice

Liste čekanja su manifestacija nestašice koja nastaje kada potražnja sustavno premašuje ponudu po administrativno određenoj cijeni. Podaci za Hrvatsku, poput prosječnog čekanja od 146 dana za određene dijagnostičke preglede krajem 2023. godine¹, služe kao stvarna ilustracija ovog teorijskog fenomena.

¹ *Napomena o metodologiji: Broj od 146 dana je aritmetička sredina vremena čekanja za odabrane nehitne dijagnostičke preglede, kako je izvijestilo Ministarstvo zdravstva (2024., 10. siječnja) na dan 31. 12. 2023. Važno je naglasiti da prosjeci mogu prikriti značajne regionalne varijacije i razlike među pojedinim procedurama.*

Mehanizmi Neformalne Ekonomije: Kauzalni Lanac

Teorijski model predlaže sljedeći kauzalni lanac koji povezuje administrativnu nestašicu s održavanjem koruptivnog ekvilibrija:



Dijagram 1: Vizualizacija kauzalnog mehanizma

Ovaj lanac ilustrira kako se problem seli iz domene tehničke neefikasnosti u domenu političke ekonomije. Posebno je važno naglasiti da diskrecijska moć agenta (B) može neravnomjerno utjecati na različite skupine pacijenata. Primjerice, u područjima zdravstvene skrbi koja

dominantno koriste žene (npr. ginekologija), duža čekanja mogu stvoriti specifičan pritisak i povećati njihovu ranjivost na neformalna plaćanja, čime rodna dimenzija postaje sastavni dio mehanizma.

Formalizacija modela

Iako je detaljno matematičko modeliranje izvan opsega ovog rada, temeljna veza može se formalizirati jednostavnom funkcijom. Vjerojatnost pojave koruptivne rente (KR) može se izraziti kao funkcija tri ključne varijable:

$$KR \approx \alpha\check{C} + \beta D - \gamma I + \varepsilon$$

Gdje je:

- $\check{C}$ = Duljina liste čekanja (što je čekanje duže, veći je poticaj za korupciju).
- D = Stupanj diskrecijske moći agenta (što je moć veća, veća je prilika za korupciju).
- I = Snaga institucionalnog nadzora (što je nadzor slabiji, manji je rizik za koruptivno ponašanje).
- α, β, γ = Koeficijenti koji predstavljaju relativnu važnost svake varijable.
- ε = Pogreška modela koja obuhvaća neobjašnjene faktore.

Ovaj model sugerira da se korupcija može smanjiti djelovanjem na bilo koju od ovih varijabli: skraćivanjem čekanja, smanjenjem diskrecijske moći ili jačanjem nadzora.

Ilustracija modela: Studija slučaja iz prakse

Iako specifične afere mogu biti pravno složene, opći obrazac korupcije u javnoj nabavi medicinske opreme pruža jasnu ilustraciju reverzne kauzalnosti u modelu. Slučajevi u kojima su javni natječaji namješteni za povlaštene dobavljače (čime se povećava diskrecijska moć, D) dovode do nabave skuplje ili neadekvatne opreme. To izravno utječe na kapacitete bolnica, umjetno produljuje liste čekanja ($\check{C}$) i stvara dodatni pritisak na pacijente, potvrđujući tako povratnu vezu u kauzalnom lancu gdje korupcija aktivno generira uvjete za vlastitu reprodukciju.

Sistemska Korupcija i Manipulacija

Institucionalni kapacitet za borbu protiv korupcije može biti slab, što ilustrira činjenica da provedba preporuka GRECO-a u Hrvatskoj ostaje izazov. Prema drugom izvješću o sukladnosti za Peti evaluacijski krug, nijedna od sedamnaest preporuka nije ocijenjena kao u potpunosti provedena, dok su neke ocijenjene kao djelomično provedene (GRECO, 2024)². Usporedbe radi, regionalni partneri poput Slovenije (CPI 56) pokazuju bolju razinu sukladnosti, što upućuje na to da su značajnija poboljšanja moguća.

² Napomena o izvoru: Zaključak se odnosi na status preporuka u trenutku objave izvješća (vidi GRECO (2024), str. 5, točka 12).

Makroekonomske Posljedice i Povijesni Kontekst

Procjena sive ekonomije u Hrvatskoj, iako varira, ukazuje na strukturni problem. Iako novije studije (Schneider & Kearney, 2024) sugeriraju pad na 24-27%, Hrvatska i dalje značajno

zaostaje za EU prosjekom (oko 17%), što potvrđuje perzistentnost problema. Visok udio sive ekonomije izravno smanjuje porezne prihode, čime se ograničava kapacitet države za javne investicije, uključujući i ulaganja u zdravstveni sustav. To stvara začarani krug u kojem korupcija smanjuje dostupna sredstva, što dovodi do dužih listi čekanja, koje potom ponovno stvaraju prilike za korupciju.

Perzistentnost ovih praksi dijelom se može objasniti **kulturnom inercijom**. Kronične nestašice u socijalističkoj Jugoslaviji (npr. za automobile ili stanove) normalizirale su "veze" kao alternativni alokacijski mehanizam. Ove prakse, nekoć ključne za preživljavanje, preživjele su tranziciju i postale dio neformalnog institucionalnog okvira, što se danas može očitovati u većoj toleranciji na korupciju kod starijih generacija.

Komparativna Perspektiva

Kontrast s drugim modelima otkriva važnost konkretnih institucionalnih mehanizama. U Danskoj, primjerice, zakonski definirano **pravo pacijenta na liječenje** unutar 30 dana drastično smanjuje prostor za stvaranje rente. Taj sustav nadopunjuju **neovisna tijela za reviziju lista čekanja**, koja imaju ovlast provjeravati kriterije prioriteta i sankcionirati manipulacije. Time se izravno smanjuje diskrecijska moć agenata (varijabla **D** u modelu), što potvrđuje učinkovitost hipoteze o transparentnosti i nadzoru. Slično tome, Estonija koristi ENHIS (Estonian National Health Information System) te KSI rješenje za osiguranje integriteta zapisa, odnosno *hash-anchoring* pristup koji onemogućuje neprimjetnu manipulaciju podacima i jača institucionalni nadzor (varijabla **I**).

Značajka	Hrvatska	Danska	Italija
CPI 2023	50	90	56
Izdavanja za zdravstvo (% BDP-a, 2022)	7.7%	10.9%	9.0%
Ključni mehanizam kontrole čekanja	Administrativno upravljanje listama	Zakonsko pravo pacijenta na liječenje u roku; neovisna revizija	Nacionalni plan za upravljanje listama (PNGLA) s regionalnim varijacijama
Glavni izazov	Sistemska korupcija, traženje rente	Visoki troškovi sustava	Regionalne nejednakosti, fragmentacija
<i>Izvori: Transparency International (2024), Eurostat (2024)</i>			

Zaključna Razmatranja i Preporuke kao Operativne Hipoteze

Sljedeće preporuke izvedene su iz teorijske analize i trebaju se shvatiti kao **operativne hipoteze** koje zahtijevaju daljnju razradu i empirijsku provjeru kroz pilot-projekte. Prije implementacije, nužno je uspostaviti jasne početne vrijednosti (baseline) za svaki KPI i provesti analizu troškova i koristi.

Hipoteza 1: Transparentnost smanjuje informacijsku asimetriju.

Policy preporuka: Uspostava jedinstvenog, javnog i centraliziranog digitalnog sustava za upravljanje listama čekanja.

Prijedlog pilot-projekta: Implementacija sustava u jednoj županiji s javnim *dashboardom* koji prikazuje anonimizirane podatke u stvarnom vremenu. Potencijalni izvor financiranja: program *Digital Europe*.

Ključni pokazatelji uspješnosti (KPI):

Ciljano smanjenje medijana vremena čekanja za 15-30 % u 2 godine.

Smanjenje broja pritužbi pacijenata vezanih uz liste čekanja.

Promjena u udjelu pacijenata koji se okreću privatnom sektoru za iste usluge.

Hipoteza 2: Javni nadzor povećava odgovornost.

Policy preporuka: Uspostava javnog "semafor" sustava za praćenje provedbe GRECO preporuka na stranicama Vlade.

Prijedlog pilot-projekta: Kreiranje interaktivne web stranice s redovitim kvartalnim ažuriranjima.

Ključni pokazatelji uspješnosti (KPI):

Povećanje postotka potpuno implementiranih preporuka za 50 % u 24 mjeseca.

Povećanje medijske vidljivosti i javne rasprave o temi.

Hipoteza 3: Promjena poticaja mijenja ponašanje.

Policy preporuka: Reforma sustava plaća u javnim službama s uvođenjem nagrađivanja temeljenog na učinkovitosti i kvaliteti.

Prijedlog pilot-projekta: Uvođenje diferenciranog sustava nagrađivanja u dvije odabrane bolnice, uz praćenje neželjenih posljedica (npr. selekcija lakših slučajeva). Potencijalni izvor financiranja: Nacionalni plan oporavka i otpornosti (NPOO).

Ključni pokazatelji uspješnosti (KPI):

Smanjenje stope prijavljenih incidenata traženja mita.

Povećanje zadovoljstva pacijenata i osoblja (mjereno anketama).

Politička ekonomija implementacije: Zašto se reforme ne provode?

Provedba ovih reformi suočava se sa značajnim preprekama koje proizlaze iz političke ekonomije. Otpor promjenama vjerojatno će doći od interesnih skupina koje imaju koristi od postojećeg netransparentnog sustava. Uspješna reforma stoga mora uključivati strategiju za prevladavanje političkog otpora, koristeći mehanizme poput pritiska EU (npr. uvjetovanje fondova provedbom GRECO preporuka), jačanja zaštite zviždača i izgradnje široke koalicije za promjene koja uključuje udruge pacijenata i medije.

Akter	Interes	Strategija otpora reformama
Liječnici s dualnom praksom	Održavanje neformalnih prihoda i preusmjeravanje pacijenata	Lobiranje protiv centraliziranih lista i strože kontrole
Političke mreže	Održavanje kontrole nad zapošljavanjem i javnom nabavom	Zakonske i administrativne prepreke za reforme nadzora
Privatne klinike	Zadržavanje profita od prelijevanja pacijenata iz javnog sektora	Financiranje medijskih narativa protiv jačanja javnog zdravstva
Sindikati u zdravstvu	Očuvanje postojećih kolektivnih ugovora i otpor reformama plaća	Organiziranje prosvjeda, pregovaračko blokiranje promjena

Etičke i sigurnosne implikacije

Pri implementaciji digitalnih rješenja, nužno je osigurati najviše standarde kibernetičke sigurnosti i usklađenost s Općom uredbom o zaštiti podataka (GDPR). To uključuje potpunu anonimizaciju javno dostupnih podataka (npr. minimalna veličina ćelije za prikaz podataka: 5 pacijenata po kategoriji), strogu kontrolu pristupa zasnovanu na ulogama (RBAC), redovite neovisne sigurnosne revizije i jasan plan za odgovor na incidente. Smanjenje diskrecijske moći ne smije dovesti do rigidnih sustava; stoga je ključno zadržati "human-in-the-loop" pristup, gdje tehnologija služi kao podrška, a ne zamjena za kliničku prosudbu. Potrebno je provesti i etičku procjenu, primjerice kroz anketiranje liječnika o tome smatraju li da algoritam za raspoređivanje termina smanjuje njihovu profesionalnu autonomiju.

Treba razmotriti i **paradoks transparentnosti**: potpuna otvorenost može dovesti do sofisticiranijih oblika manipulacije, gdje pacijenti s "vezama" intenzivnije koriste sustav kako bi pronašli "rupe" u alokaciji. Stoga, transparentnost mora biti popraćena snažnim nadzorom.

Zahvale

Autor izražava zahvalnost na značajnom doprinosu naprednih jezičnih modela u iterativnom procesu izrade ovog rukopisa. Kroz suradničku interakciju, modeli **Gemini Pro**, **ChatGPT 5**, **Claude Sonnet 4**, **Perplexity Pro**, **DeepSeek** i **Grok 3** pružili su neprocjenjivu pomoć u strukturiranju argumenata, analizi i sintezi složenih teorijskih koncepata, provjeri konzistentnosti, lekturi te stilskom usavršavanju teksta. Njihova sposobnost brze obrade i generiranja informacija omogućila je dublju i sveobuhvatniju analizu, pretvarajući ovaj rad u istinski kolaborativni napor čovjeka i umjetne inteligencije.

Bibliografija

Carlsen, A. H., & Wulff, C. (2020). Legal regulations on waiting times and patient rights in Norway and Denmark: A comparative study of cardiologists' assessments. *BMC Health Services Research*, 20(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4927-9>

Di Novi, C., Piacenza, M., & Turati, G. (2023). The Italian health system: A focus on the National Recovery and Resilience Plan (NRRP). *Health Policy*, 134, 104847. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104847>

e-Estonia. (n.d.). *e-Health Records*. Preuzeto 11. kolovoza 2025. s <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/>

Eurohealth Observatory. (2021). *Health Systems in Transition: Denmark*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Eurohealth Observatory. (2024). *Health Systems in Transition: Italy*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Eurostat. (2024). *Health expenditure statistics* [Skup podataka]. Preuzeto 11. kolovoza 2025. s <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data>

Fattore, G., Mariotti, G., & Rebba, V. (2017). The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. *Health Economics*, 26(S2), 58–74. <https://doi.org/10.1002/hec.3533>

Grahek-Ravančić, J., Vuletić, G., & Kern, J. (2005). Privatization in the health care system of Croatia: Effects on general practice accessibility. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 47–53.

GRECO. (2024). *Fifth Evaluation Round - Second Compliance Report Croatia*. Council of Europe. Preuzeto 11. kolovoza 2025. s <https://rm.coe.int/fifth-evaluation-round-preventing-corruption-and-promoting-integrity-i/1680afb991>

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291. <https://doi.org/10.2307/1914185>

Kaufmann, D., & Wei, S. J. (2000). *Does 'grease money' speed up the wheels of commerce?* (IMF Working Paper No. 00/64). International Monetary Fund.

Kerikmäe, T., & Pärn, A. (2018). The story of the Estonian E-health system. In T. Kerikmäe & A. Rull (Eds.), *The future of law and eTechnologies* (pp. 209-224). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89599-8_13

Krueger, A. O. (1974). The political economy of the rent-seeking society. *The American Economic Review*, 64(3), 291–303.

Liyanage, H., Messer, T., & de Lusignan, S. (2019). Artificial intelligence in primary health care: Perceptions, issues, and challenges. *Yearbook of Medical Informatics*, 28(1), 41–46. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677901>

- Lydall, H. (1991). Yugoslavia: The case of self-managing market socialism. *Journal of Economic Perspectives*, 5(4), 187–193. <https://doi.org/10.1257/jep.5.4.187>
- Mannion, R., & Goddard, M. (2010). Don't stop the clock: Manipulating hospital waiting lists. *Journal of Health Organization and Management*, 24(4), 348–366. <https://doi.org/10.1108/14777261011064906>
- Mauro, P. (1995). Corruption and growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 110(3), 681–712. <https://doi.org/10.2307/2946696>
- Ministarstvo zdravstva. (2024, 10. siječnja). *Silazni trend lista čekanja na dijagnostičke preglede*. Vlada Republike Hrvatske. Preuzeto 11. kolovoza 2025. s <https://zdravlje.gov.hr/vijesti/silazni-trend-lista-cekanja-na-dijagnosticke-preglede/6225>
- North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.
- Rose-Ackerman, S. (1978). *Corruption: A study in political economy*. Academic Press.
- Schneider, F. (2011). *The Shadow Economy and Shadow Economy Labor Force: What Do We Know?* (IZA Discussion Paper No. 5769). IZA Institute of Labor Economics.
- Schneider, F., & Kearney, A. T. (2024). *Studija o sivoj ekonomiji u Hrvatskoj*. [Prezentacija]. Hrvatski sabor, Zagreb, Hrvatska.
- Transparency International. (2024). *Corruption Perception Index 2023*. Preuzeto 11. kolovoza 2025. s <https://www.transparency.org/en/cpi/2023>
- Tullock, G. (1967). The welfare costs of tariffs, monopolies, and theft. *Western Economic Journal*, 5(3), 224–232.
- Varga, M., Bradvica, M., Vrbic, D., & Zibar, D. (2024). Medical students' attitudes toward artificial intelligence in healthcare: A cross-sectional study in Croatia, Slovakia, and among international students. *JMIR Medical Education*, 10, e51884. <https://doi.org/10.2196/51884>
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83–94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
- Vlada Republike Hrvatske. (2022). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva za razdoblje do 2030. godine*. Narodne novine, 116/2022.
- Woodward, S. L. (2001). Paradigm lost: Yugoslav self-management and the economics of disaster. *Balkanologie*, 5(1-2). <https://doi.org/10.4000/balkanologie.321>
- World Health Organization. (2022). *Health system summary: Croatia*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Health system summary: Sweden*. World Health Organization.