

Of seint, óljóst og veikt: Hvernig og hvers vegna hugmyndin um fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu hefur misst marks

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, dósent í opinberri stjórnsýslu við Stjórn málafræðideild Háskóla Íslands

Útdráttur

Þessi rannsókn snýst um hugmyndir og hagsmuni í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Rannsóknin lýsir því hvernig annars vegar hugmyndin um heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað sjúklinga í heilbrigðiskerfinu og hugmyndin um það að sjúklingar eigi að hafa nokkurt val um það hvert þeir sækja þjónustu innan kerfisins hafa tekist á við mótun kerfisins í hart nær hálfra öld. Leitast er við að varpa ljósi á þá spurningu hvers vegna stjórnvöldum hefur ekki tekist að ná því markmiði að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðisþjónustunni. Markmið rannsóknarinnar er að öðlast betri skilning á því hvernig gjá milli markmiða og niðurstöðu í opinberri stefnumótun eins og greina má í þessu stefnumáli verður til. Byggt er m.a. á áralöngum rannsóknum á þróun íslenska heilbrigðiskerfisins, m.a. birtum og óbirtum gögnum úr rannsóknum höfundar og viðtölum við lækna, embættismenn og stjórn málamenn. Stuðst er við kenningar um innleiðingarferli í opinberri stefnumótun til að draga upp fræðilega mynd af því hvernig framkvæmd og eftirfylgni þessarar stefnumótunar hefur gengið fyrir sig. Þá er gefin mynd af því hvernig mál komast á dagskrá stjórnvalda og hvers vegna tilraunir stjórnvalda til að koma á meiriháttar breytingum takast stundum, en oftast ekki. Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru þær að betra aðgengi að heilsugæsluþjónustu fyrir landsmenn sem fyrstu lögin lögðu áherslu á var fyrst og fremst ætlað að ná til íbúa á landsbyggðinni. Aftur á móti, þá kom markmiðið um fyrsta viðkomustaðinn of seint fram sem



Icelandic Review of Politics and Administration Vol 11, Issue 2 (161–186)

© 2015 Contact: Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, silla@hi.is

Article first published online December 17th 2015 on <http://www.irpa.is>

Publisher: Institute of Public Administration and Politics, Gimli, Sæmundargötu 1, 101 Reykjavík, Iceland

Stjórn mála & stjórnsýsla 2. tbl. 11. árg. 2015 (161–186) Fræðigreinar

© 2015 Tengiliður: Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, silla@hi.is

Vefbirting 17. desember 2015 - Birtist á vefnum <http://www.irpa.is>

Útgefandi: Stofnun stjórnsýslufræða og stjórnmála, Gimli, Sæmundargötu 1, 101 Reykjavík

DOI: <http://dx.doi.org/10.13177/irpa.a.2015.11.2.3>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 License.

stefnumið stjórnvalda, markmið stefnumótunar og innleiðingar voru óljós og misvísandi, og stjórnækin of veik.

Efnisorð: Opinber stefnumótun; stefnubreytingar; stefnu innleiðing; heilbrigðiskerfi; stjórnmál heilbrigðismála.

Too late, too vague, too soft: How and why the idea of the first point of contact in the Icelandic health care system has failed

Abstract

This research is about ideas, interests and institutions in health care in Iceland. It describes how the idea of primary care centres as the first point of patients' contact in health care, on one hand, and the idea of patients' freedom to choose where to seek medical care, on the other, have been the competing views shaping the system for almost fifty years. The research seeks to shed lights on why the authorities have not succeeded in making primary care become the first point of contact in health care. It aims to create a better understanding about why and how such a gap between objectives and outcomes in public policy emerges. This study draws on published and unpublished findings from the author's earlier research on the Icelandic health care system, and interviews with medical doctors, civil servants and politicians. Theories on policy implementation are applied in order to bring out a theoretical perspective on government's policy implementation. Furthermore, the research brings out how issues in health care reach government's agenda and why government's attempts at change do sometimes succeed, but most often don't. It concludes that better access to primary care services emphasized by the early 1970s legislation was first and foremost aimed at people living outside the two main urban areas. On the other hand, the idea of patients' first point of contact as a goal of government policy emerged too late, its aim and implementation was too ambiguous and the tool of government applied too weak.

Key words: Health care system; public policy; policy change; implementation; politics of health care.

Inngangur

Í opinberri stefnumótun takast á hugmyndir og hagsmunir. Þessi rannsókn beinir athyglinni að hugmyndum og hagsmunum í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Rannsóknin lýsir því hvernig annars vegar hugmyndin um heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað sjúklinga í heilbrigðiskerfinu og hugmyndin um það að sjúklingar eigi að hafa nokkurt val um það hvert þeir sækja þjónustu innan kerfisins hafa tekist á við mótun kerfisins í hart nær hálföld. Þessi lýsing og nánari skoðun á ákvörðunum stjórnvalda á þessu tímabili varpa ljósi á mismunandi hagsmuni sem liggja að baki þessum hugmyndum og hvernig þessir hagsmunir hafa birst í átökum milli lækna og öðru fremur mótað íslenska heilbrigðiskerfið.

Það tímabil sem skoðað er í rannsókninni er tímabil þar sem sérhæfingin, lækni-
fræðilega tækniþróunin og einkafjármagnið halda innreið sína inn í íslenska heilbrigðis-
kerfið með þeim viðskiptalegu hagsmunum sem þessu fylgir. Skriðþungi þessarar þró-
unar í heilbrigðiskerfinu hefur mótað það tvöfalda þjónustukerfi sem einkennir íslenska
lækniþjónustu utan sjúkrahúsa í dag. Rannsóknin sýnir hvernig hljóðlátur skriðþungi
einkavæddrar lækniþjónustu utan sjúkrahúsa hefur smám saman þrengt að þeirri hug-
mynd um heildarsýn og samhæfingu þjónustunnar sem var leiðarstefið í uppbyggingu
heilsugæslunnar í upphafi. Hér má finna skýringu á því hvers vegna heimilis- og heilsu-
gæslulæknar eru ekki þeir hliðverðir kerfisins sem stefna stjórnvalda síðar virðist hafa
gert ráð fyrir í sínum stefnuýfirlýsingum.

Sú saga sem sögð er varpar ljósi á það hvernig hugmyndir og hagsmunir takast á í
litlu heilbrigðiskerfi, sem er hlutfallslega stórt innan íslenska hagkerfisins sé það mælt
í mannafla og opinberum framlögum. Hún lýsir því einnig hvernig stofnanir kerfisins
takast á við það verkefni að gæta almannahagsmuna í bráð og lengd annars vegar og hins
vegar að stýra átökum milli hópa innan kerfisins. Meginátakalínan innan heilbrigðis-
kerfisins í þessari sögu er og hefur verið milli þeirra sem tala máli hugmyndarinnar um
heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustaðinn í kerfinu og þeirra sem tala máli hugmyndar-
innar um valfrelsi sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins eins og hún birtist í frjálsu aðgengi
sjúklinga að þjónustu sérgreinalækna utan sjúkrahúsa.

Í þessari grein er dregin upp mynd af upphafi og örlögum stefnumarkandi hug-
myndar í opinberri stefnumótun í íslenska heilbrigðiskerfinu. Markmiðið er að öðlast
betri skilning á því hvernig slík gjá milli markmiða og niðurstöðu sem greina má í þessu
stefnumáli getur myndast í opinberri stefnumótun almennt og hvers vegna. Í þeim til-
gangi er leitast við að svara og varpa fræðilegu ljósi á þá spurningu hvers vegna stjórn-
völdum hefur ekki tekist að ná því markmiði að gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomu-
stað sjúklinga í heilbrigðiskerfinu þrátt fyrir að það hafi verið stefna heilbrigðisyfirvalda
til margra ára.

Greinin skiptist í sex hluta. Að loknum inngangi er kafli þar sem leitað er hugmynd-
inni um fyrsta viðkomustaðinn í opinberum stefnumótunargögnum. Þá tekur við kafli
tvö, nokkuð langur kafli þar sem gerð er grein fyrir rannsóknargögnum, meðferð þeirra
og fræðilegri staðsetningu rannsókna. Þar er val á kenningum rökstutt með útskýringum
á hugtökum og rök færð fyrir því á hvern hátt og hvers vegna þessi fræðilega staðsetning
og val á hugtökum er gagnlegt fyrir þessa rannsókn. Þriðji kafli skiptist í þrjá undirkafla.
Þar er gefin greinargóð og lýsandi greining á gögnum rannsóknarinnar. Fyrst er lýst til-
drögum og markmiðum laga um heilbrigðisþjónustu frá 1973, þá er skilgreindar tvær til-
raunir stjórnvalda til að koma á stýringu innan heilbrigðiskerfisins, tildrögum þeirrar til-
rauna lýst og þeim ákvörðunum og atburðum innan kerfisins sem mörkuðu það svigrúm
sem stjórnvöld höfðu og hafa til að breyta og innleiða stefnu sína. Þá er í fjórða kafla
fjallað um þann söguþráð sem upp var dregin í þriðja kafla í fræðilegum ljósi með þeim
hugtökum sem útskýrð voru í öðrum kafla greinarinnar. Að lokum eru niðurstöður
dregnar saman þar sem varpað er ljósi á þá spurningu hvers vegna stjórnvöldum hefur
ekki tekist að ná því markmiði að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaðurinn
í heilbrigðiskerfinu.

1. Leitin að „fyrsta viðkomustaðnum“.

Rannsóknir sem beinast að greiningu á innleiðingarferli stefnumótunar fela alltaf í sér ákveðið mat á því hverju tiltekin stefna átti að ná fram og hvort og þá hvenær því marki er náð. Þannig má ætla að hafi það verið stefna stjórnvalda við gildistöku laga nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu, að heilbrigðisþjónusta skuli ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan ætti að jafnaði að vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í kerfinu, þá ætti markmið þessa efnis að vera að finna í þessum tímamótalögum.

Ekkert kemur fram í markmiðslýsingu laga nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu að það sé sérstakt markmið heilbrigðisyfirvalda að heilsugæslan skuli að jafnaði vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Hins vegar má finna í 1. grein laganna þá yfirlýsingu að „*allir landsmenn skulu eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði*“¹. Þessi yfirlýsing er í raun eina markmiðsyfirlýsingin í lögunum sem lýtur að því að tryggja aðgengi landsmanna að þjónustu. Aðrar greinar þessara fyrstu heildarlaga um heilbrigðisþjónustu fjalla hins vegar í miklum smáatriðum um það hvert skuli vera ytra og innra skipulag þjónustunnar, og hlutverk og ábyrgð lækna og hjúkrunarfræðinga í því skipulagi. Þá er þar í 11. gr. laganna lagt upp með að heilsugæsla, í merkingunni „*heilsuverndarstarf og allt lækningastarf, sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra, sem ekki dveljast í sjúkrahúsum*“ skuli veitt á heilsugæslustöðvum. Af þessu má draga þá ályktun að heilbrigðisyfirvöld gangi út frá því að eina lækningaþjónustan sem veitt er utan sjúkrahúsa sé veitt á heilsugæslustöðvum, enda má gera ráð fyrir að svo hafi verið á þessum tíma þar sem nánast allar sérgreinalækningar sem þá voru stundaðar í landinu fóru fram innan sjúkrahúsa. Markmiðsyfirlýsingin frá 1973 stendur enn í 1. gr. laga nr. 40/2007, en aðstaður á þeim tíma þegar löggin voru sett virðast ekki hafa gert hugmyndina um fyrsta viðkomustaðinn í kerfinu að aðkallandi markmiði.

Aftur á móti má finna hugmyndina um fyrsta viðkomustaðinn í kerfinu í markmiðsyfirlýsingu þessa efnis í 1. gr. reglugerðar nr. 218 frá 7. mars 2002. Greinin fjallar um fagleg samskipti heilsugæslulækna, heimilislækna og sérfræðinga. Þar segir orðrétt: „*Í samræmi við markmið um að tryggja fagleg samskipti milli heilsugæslulækna, heimilislækna og sérfræðinga er gert ráð fyrir því sem meginreglu í reglugerð þessari að samskipti sjúklings og lækis hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilislækni*“.

Þessi markmiðsyfirlýsing var sett fram í upphafi fyrstu greinar í reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Hún á rætur sínar að rekja til stefnuyfirlýsingar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins frá 8. júlí 1996 sem kynnt var í framhaldi af samkomulagi sem ráðuneytið hafði gert við Félag íslenkra heimilislækna (FÍH). Þetta samkomulag hafði náðst í viðræðum sem ráðuneytið hafði tekið upp með FÍH um aðgerðir til þess að efla heilsugæsluna og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustunni, m.a. með “valfrjálsu stýrikerfi” (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 9).

Tildrög þessara viðræðna var hörð kjaradeila heilsugæslulækna og ríkisins, en í upphafi ársins 1996 hafði meirihluti heilsugæslulækna í landinu sagt upp störfum vegna óánægju með starfskjör sín og skipulag heilsugæslunnar (Ríkisendurskoðun 2002, 36). Stefnuyfirlýsing ráðuneytisins var kynnt í skýrslu sem bar yfirskriftina *Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustunni*. Þar kemur fram það sjónar-

mið varðandi verkaskiptingu milli lækna sem starfa utan sjúkrahúsa, að sjúklingar hafi ákveðið frelsi til að velja innan heilbrigðiskerfisins. Orðrétt segir í yfirlýsingunni: „*Stefnt verður að því að leggja leiðir sem beina sjúklingum á þann stað í heilbrigðiskerfinu er hafir hans vandamáli hverju sinni, og sá ferill hefst í flestum tilfellum hjá heilsugæslunni*“ (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1996, 3). Þá segir enn fremur að það sé stefna ráðuneytisins að: „*stunda að og tryggja edlilega verkaskiptingu lækna starfandi utan sjúkrabúsa í samræmi við það meginjónarmið, að edlilegt sé að sjúklingur leiti fyrst til heilsugæslu þegar hann þarfnast þjónustu heilbrigðiskerfisins*“ (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1996, 3).

Nokkrum mánuðum eftir útgáfu reglugerðar nr. 218 frá mars 2002 gaf Ríkisendurskoðun út skýrsluna um „*Fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu*“. Í skýrslu þessari frá því í september 2002 er birt stjórnsluúttekt Ríkisendurskoðunar á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Í niðurstöðum Ríkisendurskoðunar segir að markmiðið um að heilsugæslan verði „*að jafnaði fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu rekist að nokkeru leyti á við annað yfirlýst markmið stjórnvalda, sem segir að sjúklingar eigi að hafa nokkurt val um hvert þeir sækja þjónustu innan heilbrigðiskerfisins*“. Í skýrslu Ríkisendurskoðunar segir enn fremur að „*Miðað við tölur um þróun komufjölda til sjálfstætt starfandi sérfræðilækna á höfuðborgarsvæðinu og komufjölda á bráðamóttökum L-H (Landspítala Háskólasjúkrahúss, innskot höfundar), verður þó ekki annað séð en að stefna heilbrigðisfyrvalda sé í raun sú að markmiðið um valfrelsi sjúklinga skuli ganga framur markmiðinu um að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu*“ (Ríkisendurskoðun 2002, 9-10). Ráðgjafarfyrirtækið Boston Consulting Group komst að svipaðri niðurstöðu í viðamikilli úttekt sinni á íslenska heilbrigðiskerfinu á árunum 2010 og 2011. Fjöldi sérgreinalækna hér á hverja þúsund íbúa er hærri en fjöldi heimilis- og heilsugæslulækna; íslenska kerfið sker sig úr í samanburði við önnur Norðurlönd og Bretland þar sem heimilis- og heilsugæslulæknar gegna hlutverki hliðvarða innan kerfisins, og að greina mætti merki um ofnotkun á þjónustu einstakra sérgreinalækninga (Boston Consulting Group 2011, 56-77). Útreikningar á þróun heildarútgjalda til einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar á tímabilinu frá 2004 til 2012 sýna að útgjöld til heilsugæslunnar sem hlutfall af heildarútgjöldum til heilbrigðismála var 10% árið 2012 og hafði staðið í stað að raunvirði frá 2004, meðan hlutfallið til sjúkrahúsanna hafði dregist saman um 9 prósentustig (frá 49% til 40%) á sama tímabili. Aftur á móti hafði hlutfall til sérgreinalækninga utan sjúkrahúsa aukist um 1% (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð & Anna Maresso 2014, 150-151).

Þegar leitað er að því hvar í stefnumörkun stjórnvalda markmiðið um að stefna skuli að því við skipulag heilbrigðisþjónustunnar að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í kerfinu kemur í ljós að þessa stefnumörkun með þessu orðalagi er fyrst að finna í 3.gr. laga nr. 40 frá 2007 um heilbrigðisþjónustu. Í athugasemdum með frumvarpi þessara laga kemur fram í upptalningu undir liðnum um helstu breytingar sem lagðar eru til frá nügildandi lögum (þ.e. lög nr. 97/1990, um heilbrigðisþjónustu, með síðari breytingum) að mælt sé fyrir um að við skipulagningu heilbrigðisþjónustu verði stefnt að því að þjónustan sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Í athugasemdum frumvarpsins með þessari grein laganna eru nánar færð rök fyrir því

að það verði að teljast eðlilegt markmið laga um heilbrigðisþjónustu að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Þar segir að það hljóti „*ávallt að vera hafgældast, bæði með tilliti til kostnaðar og gæða, að heilbrigðisþjónusta sé veitt á viðeigandi þjónustustigi*“. Þá sé það í samræmi við stefnu „*heilbrigðisfyrvalda til margra ára að byggja upp heilsugæsluþjónustu í landinu enda er lítið svo á að heilsugæslulæknar séu almennt hæfastir til að leggja mat á það*“; hvaða þjónustustigi henti hverju sinni þegar sjúklingar leita í fyrsta skiptið til þjónustunnar (Alþingi 2006).

Í skýrslu nefndar heilbrigðisráðherra sem unnin var á árinu 2010 segir í upphafi að niðurstöðukafla skýrslunnar að „*Stefna heilbrigðisfyrvalda síðustu áratuginna hefur verið sú að heilsugæslan skuli annast frumheilsugæslu og vera að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Þessi stefnumið eru undirstrikuð í lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og reglugerð nr. 787/2007 um heilsugæslustöðvar. Frjáls aðgangur að þjónustu sérgreinalækna á höfuðborgarsvæðinu hefur hins vegar orðið til þess að fyrsta viðkoma fólks í heilbrigðiskerfinu er oft hjá þeim. Í reynd hefur krafa um valfrelsi sjúklinga gengið jafnvel framur markmiðinu um að heilsugæslan sé sá staður innan heilbrigðisþjónustunnar sem fólk skuli snúa sér fyrst til*“. Hér er það sagt skýrum orðum í skýrslu ráðherra að það hafi verið stefna heilbrigðisfyrvalda síðustu áratugi að heilsugæslan skuli að jafnaði vera fyrsti viðkomustaðurinn, en að svo sé í raun ekki.

Af framansögðu verður að teljast réttmætt að halda því fram að hafi það verið markmiðið með stefnu stjórnvalda við setningu laga nr. 56/1973 að heilsugæslan skuli að jafnaði vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í kerfinu þá hafi það markmið ekki gengið eftir. Á hinn bóginn er nokkuð ljóst að markmiðið um að stefnt skuli að því við skipulag heilbrigðisþjónustunnar að veita þjónustuna ávallt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í kerfinu kemur ekki fram í lögum fyrr en með nýju lögnum árið 2007. Þegar hér er komið sögu á árinu 2007 voru viðfangsefni stjórnvalda í heilbrigðismálum önnur en þau vandamál sem gömlu lögnum frá 1973 var ætlað að leysa.

Þegar stefna stjórnvalda nær ekki fram að ganga vegna þess að stjórnvöldum hefur ekki tekist að vinna á þeim hindrunum sem standa í veginum hafa þeir Hogwood og Gunn (1984, 197) kallað það „non-implementation“, þ.e. stefnan hefur ekki verið innleidd. Þeir aðgreina slíka niðurstöðu frá því þegar stefna hefur verið innleidd, en ekki skilað tilætluðum árangri (e. unsuccessful implementation).

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að tilraunir stjórnvalda til þess að fylgja eftir stefnunni um fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu hafi ekki tekist. Stefnan hefur ekki verið innleidd og er því dæmi um „non-implementation“.

2. Rannsóknargögn, meðferð þeirra og fræðileg staðsetning rannsókna

Með því að rekja framvindu sem lýsir stefnumörkun stjórnvalda eins og hún birtist í setningu laga, reglugerða og annarra ákvarðana sem gefa til kynna eða staðfesta áform stjórnvalda hverju sinni kemur fram saga sem höfundur gerir hér að tilviksathugun (Pettigrew 1997). Framsetning atvika í þessari athugun fylgir nálgun Pettigrews að greining á stefnumótunarferli sem byrjar á því að skilgreina og lýsa tiltekinni niðurstöðu stefnu-

mótunar á tilteknu tíma (e. policy outcome). Þannig er t.d. litið á lagasetningu og reglugerð sem ákveðna niðurstöðu sem lýsir ákvörðun stjórnvalda. Með reglusetningunni eru stjórnvöld að bregðast við og ljúka ákveðnu ferli í aðdraganda reglusetningarinnar og byrja innleiðingu að henni lokinni. Greinandinn leitar að rás atburða í aðdraganda reglusetningarinnar, skilgreinir tiltekinn upphafsreit að þeirri atburðarás; upphafsreit sem felur í sér ákvörðun eða atvik sem er mótandi fyrir það sem á eftir kemur. Hin eiginlega frásögn hefst við þennan upphafsreit og framvindan lýsir innleiðingu sem lýst er í tímaröð fram að niðurstöðunni sem skilgreind var í upphafi, í þessu dæmi reglusetningu. Þannig er lýsingu gagnanna skipt upp í tímabil þar sem skiptast á tímabil breytinga, þ.e. aðgerðum stjórnvalda og stöðugleika, þ.e. á tími sem unnið er að innleiðingu þeirra ákvarðana sem teknar voru á tímabili breytinganna.

Gögn rannsóknarinnar koma frá áralöngum rannsóknum á þróun íslenska heilbrigðiskerfisins, m.a. birtum og óbirtum gögnum úr doktorsrannsókn höfundar, fjölda viðtala við lækna, embættismenn og stjórnámálamenn sem tekin voru á árunum 2001–2003 og 2011–2015, skýrslum, lögum, reglugerðum og lærðum greinum. Skoðun gagnanna beinist að tilraunum stjórnvalda til að ná því markmiði að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu og eru sú skoðun staðsett fræðilega í kennigum um innleiðingu opinberrar stefnu og dagskrárkenningum.

Rannsóknir á innleiðingu opinberrar stefnumótunar hafa einkum skipst í tvö horn. Ef líta má á innleiðingu stefnu sem nokkurs konar innleiðingardeju þar sem finna má marga þátttakendur á mismunandi stigum innleiðingar, þá höfum við annars vegar það sjónarhorn að líta niður eftir innleiðingardejunni (e. top-down) og hins vegar sjónarhornið sem lítur upp eftir innleiðingardejunni, (e. bottom-up).

Fyrri sjónarhornið tekur útgangspunkt í yfirlýstum markmiðum stefnunnar og þeirri niðurstöðu sem við blasir á tilteknum tíma og skoðar hvort og að hve miklu leyti þau markmið sem stefnunni var ætlað að ná hafi náð fram að ganga (Hill 2009, 194–214). Hér eru þeir sem marka stefnuna og taka ákvarðanir í aðalhlutverki. Þetta sjónarhorn á innleiðingarferlinu er nokkuð skylt hugmyndum Immergut (1992) um að ákvarðanir þurfi að fara í gegnum röð stofnana niður eftir ákvarðanatökudeju og á vegi þeirra geta því orðið stig þar sem finna má aðila sem eru í aðstöðu til að beita nokkurs konar neitunarvaldi (e. veto points). Þessi nálgun hefur hins vegar verið gagnrýnd fyrir að ganga út frá því að innleiðing opinberrar stefnu sé tæknileg stjórnunaraðgerð, og þannig aðgreina sjálfa framkvæmdina frá því sem á sér stað við mótun stefnunnar í aðdraganda hinnar eiginlegu stefnumarkandi ákvörðunar (Knull & Tosun 2012, 152–154).

Pressman og Wildavsky (1993) litu reyndar þannig á innleiðingarferlið í einni af frægustu rannsóknum á innleiðingu opinberrar stefnu. Rannsókn þeirra beindist að innleiðingu á áformum Bandaríkjastjórnar á sjötta áratugnum um stórtæka uppbyggingu á atvinnutækifærum í borginni Oakland í Kaliforníuríki. Þeir gengu út frá þeim skilningi á opinberri stefnumótun sem byggði á hugmyndum skynsemishyggjunnar, en komust að niðurstöðu sem var svo fjarri lagi að þeir sáu ástæðu til að orða hana með einni langri setningu í undirtitli bókarinnar¹. Knull og Tosun taka fram að kjarninn í þeirri gagnrýni

sem komið hefur fram á þetta sjónarhorn sé sá að oftast sé erfitt að finna skýra og afgerandi skilgreiningu á markmiðum því það stangist á við þá hagsmuni stjórnmálanna sem gjarnan aðhyllast óljós og óræð markmið í þeirri von að mat á árangri síðar meir megi koma fram með jákvæða niðurstöðu og að erfiðara verði að greina það sem hugsanlega fer úrskeiðis (Knill & Tosun 2012, 156).

Síðara sjónarhornið er sú nálgun sem skoðar innleiðingu sem heildstætt ferli og afneitar þannig þessum aðskilnaði milli stefnumörkunar og framkvæmdar sem fyrra sjónarhornið gerir ráð fyrir. Í þessari nálgun felst sú gagnrýni á fyrra sjónarhornið að þar sé ekki tekið nægilegt tillit til staðbundinna aðstæðna og áhrifa þeirra sem eru í framlínu starfseminnar og taka þar ákvarðanir um ráðstöfun takmarkaðra gæða; ákvarðanir sem þeir einir geta tekið sökum sérþekkingar eða hæfni. Þeir sem þar eru með þessa eiginleika eru í raun að taka ákvarðanir um það hver fær hvað, hvar, hvernær og hve mikið.

Rannsókn Michael Lipskys (1980) er með þeim fyrstu í röð slíkra rannsókna og ein sú þekktasta. Hann kemur fram með hugtakið „street-level bureaucracy“ sem í raun felur í sér tilraun til að tengja saman upphaf og endi stefnumótunarferlisins og sýnir á hvern hátt stefnumörkun og framkvæmd eru stig opinberrar stefnumótunar sem eru innbyrðis tengd og hvert öðru háð. Titill rannsóknarinnar vísar til þess að Lipsky lítur svo á að staða þeirra einstaklinga sem þarna eru í framlínunni einkennist af klemmu fremur en af völdum; að þeir séu að taka ákvarðanir undir þrýstingi og séu því í klemmu milli stefnumörkunar stjórnvalda og ákvarðana um ráðstöfun takmarkaðra gæða „á gólfinu“. Rök Lipskys eru þau að í þeim tilvikum þegar völd fagfólks til að taka ákvarðanir um ráðstöfun gæða eru mikil vegna sérþekkingar þeirra á málum (e. discretion), þá sé nánast ógerningur að ætla þessu fólki að taka ábyrgð gagnvart yfirstjórn stofnunnar fram yfir ábyrgð sína gagnvart skjólstaðingum sínum. Af þessu leiðir, samkvæmt skilningi Lipskys, að þessir „street-level bureaucrats“, eins og hann kallar þá, leitast við, eftir ýmsum leiðum, að hafa stjórn á eigin vinnuaðstöðu og starfsumhverfi (Hudson 1989; Hill 2009). Þessi skilningur kristallast m.a. vel í kenningu Mintzbergs um fagskrifraðið (Mintzberg 1983, 1993).

Þetta síðara sjónarhorn á innleiðingarferlið er ekki laust við vandamál og hefur því ekki farið varhluta að gagnrýni. Þessi nálgun er m.a. sögð ganga út frá of mikilli áherslu á sjálfðæmi starfsfólks í framlínu þar sem stefnumörkunin sjálf ákvarði hvernig stefnunni skuli komið í framkvæmd. Richard Matland (1995) er meðal þeirra sem komið hafa fram með nokkuð vel rökstudda gagnrýni á báðar þessar nálganir og jafnframt leitast við að samhæfa þær í einu líkani til að greina hvort sjónarhornið hentar hverju sinni. Kjarninn í líkani Matlands er sambandið milli óræðni og ágreinings í opinberri stefnumótun.

Matland skoðar innleiðingu stefnumáls út frá því hversu markmið þess og leiðir eru skýr og að hve miklu leyti stefnumálið einkennist af ágreiningi. Hann notar hugtökin stefnu óræðni (e. policy ambiguity) og stefnu ágreiningur (e. policy conflict) til að skilgreina hvort sjónarhornið eigi betur við þegar tiltekin stefnuinnleiðing er skoðuð og útskýrð. Hugtakið *óræðni* í líkani Matlands vísar til þess að markmið stefnunnar og/eða leiðir til þess að ná markmiðum eru ekki skýr, heldur óljós og óræð. Hugtakið *misræmi* vísar til þess misræmis sem greina má á þeirri niðurstöðu (e. outcome) sem innleiðendur

stefnunnar vildu helst ná fram og aðgerða (e. output) sem fara þarf út í til þess að svo megi verða. Það hversu mikið þetta misræmi er og hversu óræð markmið og leiðir kunna að vera skoðar Matland út frá fjórum hugsanlegum innleiðingarferlum, þ.e. stjórnunarlegum, pólitískum, tilraunum og táknrænum. Þetta setur Matland fram sem líkan í töflu 1 með eftirfarandi hætti:

Tafla 1. Óræðni-ágreiningur líkan Matlands

	Ágreiningur	
Óræðni	Lítið	Mikið
Lítill	<i>Stjórnunarleg innleiðing</i> (Bjargráð)	<i>Pólitísk innleiðing</i> (Völd)
Mikil	<i>Innleiðing með tilraunum</i> (Kringumstæður)	<i>Táknræn innleiðing</i> (Styrkur samstöðu)

(Heimild: Matland 1995, 160)

Þegar lesið er úr töflu 1 með skilningi Matlands á hugtakinu „policy conflict“ þá felur *stjórnunarleg innleiðing* það í sér að markmið stefnunnar og leiðir eru skýr og misræmi milli þess sem menn vilja helst ná fram og aðgerða, er lítið. Þetta er tæknileg nálgun í huga Matlands og niðurstöðan ákvarðast af bjargráðum (t.d. fjármagni og/eða þekkingu). *Pólitísk innleiðing* felur einnig í sér að markmið stefnunnar og leiðir eru skýr, en misræmið milli þess sem menn helst vilja ná fram og aðgerða er aftur á móti mikið. Niðurstöðan í þessara innleiðingu ákvarðast með valdi eða samningum, að mati Matlands. Matland telur að báðir þessir innleiðingarferlar falli að fyrri sjónarhorninu, þ.e. að þarna er innleiðingarkerðjan skoðuð ofan frá og niður.

Aftur á móti, felur *innleiðing með tilraunum* í sér að markmið stefnunnar og leiðir eru mjög óræð, en misræmi milli þess sem menn helst vilja ná fram og aðgerða er lítið. Það sem ákvarðar niðurstöðuna hér, að mati Matlands, eru þau bjargráð sem eru til ráðstöfunar og þátttakendur á „gólfinu“, sem séu mismunandi eftir því hvert stefnumálið er hverju sinni. Matland tekur fram, að þar sem þetta innleiðingarferli sé aðstæðubundið og háð tilviljunum þá falli það vel að „ruslatunnulíkaninu“ svokallaða (Cohen, March & Olsen 1972) og kenningu Kingdons (1984) um straumana og glugga tækifæranna, þá sé erfitt að segja til um niðurstöðuna. *Táknræn innleiðing*, samkvæmt þessari flokkun Matlands, einkennist af því að markmið stefnunnar og leiðir til að ná markmiðum eru mjög óræð eða óskýr, og misræmið milli þess sem menn helst vilja ná fram og aðgerða er mikið. Skilningur Matlands hér sambandinu milli hugtakanna óræðni og ágreinings er sá að þegar ljóst þykir að ágreiningur um málið sé mikill þá sé „taktískara“ að hafa markmið og leiðir ekki of skýr eða afgerandi. Þannig megi komast hjá því að kalla fram ágreininginn í málinu við innleiðingu þess og skapa svigrúm til að þoka stefnunni áleiðis án mikilla átaka. Matland bendir á að hér þurfi að hafa í huga að í framlínunni séu bandalög þátttakenda sem hafi bjargráðin á valdi sínu. Það sem menn helst myndu vilja ná

fram með stefnunni er líklegt til að ráðast af því hvaða menntun og þjálfun þátttakendur hafi. Þannig geti ágreiningur milli mismunandi hópa um þær tillögur sem innleiða á leitt til langvarandi átaka og dregið niðurstöðu stefnunnar á langinn.

Í stuttu máli má túlka líkan Matlands svo að þegar *ekki ríkir mikill ágreiningur* um stefnumál er óhætt að fela innleiðingu málsins stjórnunartæknilegri ábyrgð eða jafnvel tilraunaverkefni sem þrói nánari útfærslur í stefnumótuninni, skref fyrir skref. Aftur á móti kalli *mikill ágreiningur um málið* á pólitíska forustu fyrir málinu eða táknræna nálgun þar sem beita má þeim áhrifum sem einkenna sambandið milli upplýsinga og ágreinings, þ.e. skýr skilaboð eru líklegri til að kalla fram ágreininginn í málinu en óskýr skilaboð.

Þessi flokkun Matlands á sjónarhornum við rannsóknir á innleiðingarferlum og hvernig hann tengir það einkennum stefnumörkunar, stefnumótandi aðgerða og niðurstöðum er mjög gagnlegt fyrir þessa rannsókn. Hún auðveldar greiningu og flokkun á stefnuyfirlýsingum og aðgerðum stjórnvalda til að fylgja stefnumálum eftir. Þessi flokkun gerir samræðu höfundar milli rannsóknargagnanna og hugmyndanna markvissari og auðveldar þar með fræðilega skilning á því innleiðingarferli sem skoðað er, hvað einkennir það ferli og hvaða ályktanir megi af því draga.

En til þess að varpa ljósi á spurninguna um það hvers vegna tilraunir stjórnvalda til að gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomustaðnum í kerfinu hafa ekki tekist, þá þarf að skilgreina og velja hvað telst til tilrauna stjórnvalda í þessari rannsókn og hvað í þeim tilraunum er stefnumarkandi yfirlýsing og hvað eru aðgerðir til að fylgja henni eftir. Þar eru dagskrárkenningar gagnlegar og þá sérstaklega kenningar sem beina sjónum sínum að hugmyndinni að baki stefnumótuninni og þeim þátttakendum sem eiga hagsmuna að gæta í þeirri hugmynd, ásamt þeim stofnunum sem í hlut eiga. Hér er líkan kanadíska stjórn málafræðingsins Carolyn Tuohy (1999) mjög gagnlegt, en Tuohy þróaði það skýringarlíkan eftir rannsóknir sínar á tilraunum stjórnvalda í Bretlandi, Kanada og Bandaríkjunum til að koma á meiriháttar breytingum innan heilbrigðiskerfanna á níunda og tíunda áratug síðustu aldar.

Hugmyndir Tuohy byggja í senn á þeirri sýn að einstaklingum sé eiginlegt að vinna að eigin hagsmunum á hverjum tíma og geti sjálfir bæði komið ákveðnum breytingum til leiðar með starfsemi sinni frá degi til dags og hindrað stjórnvöld í að koma sínum breytingum til leiðar. Aftur á móti einkennast tilraunir stjórnvalda til að breyta opinberum kerfum af ákveðnum viðjum fortíðar, þ.e. það sem þegar hefur gerst og tekið á sig mynd innan hins opinbera kerfis setur ákvörðunum nútímans skordur (e. path dependency).

Tuohy kemst að þeirri niðurstöðu, eins og fleiri sem rannsakað hafa innleiðingarferli og heilbrigðiskerfi (Marmor 1970, 2000; Barret & Fudge 1981; Giaimo 2002), að breytingar innan heilbrigðiskerfa séu óframkvæmanlegar án samráðs og samstarfs við þá sem þar eru í ráðandi stöðu við framkvæmd stefnumála. Beiting valds og fyrirskipana virkar ekki í kerfum þar sem fagstéttir hafa mikið faglegt sjálfðæmi í ákvörðunum um ráðstöfun úrræða. Í þessu sambandi hefur sambandinu milli ríkisins og læknastéttarinnar verið lýst sem sambandi þar sem þessar stofnanir samfélagsins er hvor annarri háðar (e. mutual dependency) (Klein 1993; Klein 1995 & Ham 1999).

Aftur á móti, hafa rannsóknir Tuohy og hennar niðurstöður gengið lengra og sýnt

að snúist breytingaráform stjórnvalda um stofngerð og ákvarðanatöku innan kerfisins og feli þær í sér, sem slíkar, meiriháttar breytingar á gangverki þess, þá þurfi meira til en samstarf og samráð. Í rannsókn hennar hafa tilviljanir hlutverki að gegna eins og í hugmyndum Kingdons (1984, 1995), því niðurstöður hennar sýna að saman þurfi að fara ákveðnar aðstæður, ef slíkar meiriháttar breytingar eigi að takast á heilbrigðiskerfum (Tuohy 1999, 11-12).

Tuohy heldur því fram að ef „gluggi tækifæranna“ til breytinga á heilbrigðiskerfum eigi að nýtast þá þurfi tvennt til í hinu pólitíska kerfi: Í fyrsta lagi, þá þurfi að vera mögulegt að mynda eindregna pólitíska samstöðu um aðgerðir yfir nokkuð samfelldan tíma og þeir sem stjórna aðgerðum verða að vera tilbúnir að ganga í takt. Í öðru lagi, þá þurfi markmiðin sem stjórnvöld vilja ná fram að njóta mikils forgangs sem stefnumál, þ.e. eindreginn pólitískur vilji til breytinga þarf að fela í sér skuldbindingu um að ná yfirlýstri niðurstöðu. Það þýðir í framkvæmd að stefnumálið þurfi pólitíska forystu sem setur það í fyrsta forgang með því að taka það mál fram yfir önnur mál sem bíða afgreiðslu ríkisstjórnar hverju sinni. Hvort út af fyrir sig er nauðsynlegt, en annað eitt og sér dugar ekki til, heldur verður hvortveggja að vera til staðar samtímis (Tuohy 1999, 11-12)

Þessar niðurstöður setur Tuohy fram í kenningu sem hún hefur kosið að kalla „röð tilviljana“ (e. accidental logics). Þó kenningin eigi þannig nokkuð sameiginlegt með kenningu Kingdons um glugga tækifæranna, þá sver hún sig meira í ætt við hugmyndir Baumgartner og Jones (1993) um röskun á valdajafnvægi og tímabil breytinga og stöðugleika í opinberri stefnumótun. Þess vegna tekst Tuohy með kenningu sinni að gera hvortveggja í senn að fanga betur (a) hvað þarf til í heimi stjórnmalanna til að koma umdeildum málum í gegn og leiða þau til lykta, (b) hvers konar innri hagsmunir og hvatar eru ráðandi gangverk í þeim kerfum sem breytingar beinast að (e. system dynamics), og (c) hvaða áhrif gangverk ráðandi afla innan kerfisins kunna að hafa á tilraunir stjórnvalda til að gera breytingar á kerfunum.

Þannig gefur kenning Tuohy möguleika á að útskýra ekki aðeins hvernig mál komast á dagskrá, heldur einnig (a) hvað tekur við og á hvern hátt sú niðurstaða ákvarðar það atferli sem eftirleidis mótar innri lögmál kerfisins (e. system logics) og (b) hvernig þetta nýja lögmál kerfisins verður sú arfleidd (e. legacy) innan þess sem mótar það svigrúm sem stjórnvöld kunna eða kunna ekki að hafa til breytinga á kerfinu síðar (Tuohy 1999, 12) .

Tuohy útskýrir þetta nánar með því að lýsa því hvernig hugmyndir stjórnvalda og hugmyndir kerfisins á hverjum tíma þurfa að hafa samhljóm. „Goodness-of-fit“ er það tækifæri sem skapast til breytinga í opinberum kerfum og ákvarðast, að mati Tuohy, af því að hve miklu leyti hugmyndir stjórnvalda um breytingar falla að þeim hugmyndum sem eru ráðandi og í sífelldri mótun innan þess kerfis sem er andlag breytinganna. Þannig opnast gluggi tækifæranna í heimi stjórnmalanna, en sá gluggi opnast út í landslag hugmynda sem eru og hafa verið í stöðugri mótun innan kerfisins (Tuohy 1991, 12). Samkvæmt þessu getur kerfi, sem eitt sinn gaf stjórnvöldum svigrúm til afskipta, hafa tekið slíkum breytingum að tilraunir stjórnvalda síðar til að breyta kerfinu eða hafa áhrif á innra gangverk þess geta haft allt önnur og ófyrirséð áhrif.

Í rannsóknnum Tuohy kom fram að á tímum breytinga varð röskun á ákveðnu valda-

jafnvægi milli þriggja helstu valdablokka (e. structural parameter) innan hvers kerfis, þ.e. *riksins*, *hagsmunasamtaka* (sem í rannsóknum Tuohy voru læknasamtök) og *fjármagnseigenda* (e. private finance). Hvert og eitt þessara valdablokka hafa sitt ákvarðanatökuskipulag (e. institutional parameter), þ.e. *rikið* með *stígveldi*, *samtök hagsmuna* með *samráði félagsmanna* (e. collegiality) og *fjármagnseigendur* með *markaðinn*. Ríkið sækir vald sitt til *yfirvalds* (e. authority), hagsmunasamtökin til þekkingar en fjármagnseigendur til *auds*. Það er, að mati Tuohy, jafnvægið milli þessara þátta sem ákvarðar dreifingu valds og áhrifa innan kerfisins. Innri breytingar geta orðið á fyrirkomulaginu innan hvernar valdablokkar, en slíkar breytingar eru, að mati Tuohy, ekki eins róttækar og afdrifaríkar og þegar breytingar verða á samspili þessara valdablokka og því hvernig ákvarðanir þessara valdablokka blandast innan sama kerfis og leiða þar með til breytinga á jafnvæginu milli valds og áhrifa stigveldisins, samráðsins og markaðarins innan kerfisins (Tuohy 1999, 7-9).

Skilningur Tuohy á tilraunum stjórnvalda til breytinga á opinberum kerfum er mjög gagnlegur fyrir þessa rannsókn. Hann varpar ljósi á það hvernig öflug félagsamtök sem hafa völd eða áhrif í krafti þekkingar annars vegar og hins vegar hagsmunir sem með tilkomu einkafjármagn til fjárfestinga innan slíkra kerfa, sameinast og raska vægi valda og áhrifa innan heilbrigðiskerfisins. Viðskiptahagsmunir auka á þann upplýsingavanda sem fyrir er innan slíkra kerfa. Þessi röskun á valdajafnvæginu breytir innri stofngerð kerfisins og veikir getu stjórnvalda til að ná fram markmiðum opinberrar stefnumótunar.

Í þessu sambandi er gagnlegt að sjá hvernig Tuohy varpar ljósi á víxlverkun tímabils breytinga og tímabils stöðugleika. Hún skilgreinir hugtökin „tímaskeið stefnumótunar“ (e. policy episode), sem felur í sér tilraunir stjórnvalda til að koma fram breytingum og tímabil stöðugleika þar sem „innra gangverk kerfisins“ (e. system logics) er „hljóðlát“ að verki við framvindu eigin breytinga milli þess sem stjórnvöld gera sínar tilraunir. Stundum bera þessar tilraunir stjórnvalda árangur, en stundum ekki. Hvort heldur er þá setja tilraunir stjórnvalda mark sitt á kerfið, þó það mark sé ekki alltaf í samræmi við það sem vonir stóðu til. Til að skýra nánar samspil tímaskeiðs stefnumótunar og tímabil stöðugleika í kenningu Tuohy hefur höfundur tekið það saman í töflu 2.

Tafla 2. Um tímaskeið stefnumótunar og tímabil stöðugleika

Tímabil stöðugleika – fyrir tilraunir til breytinga:	Tímaskeið stefnumótunar:	Tímabil stöðugleika – eftir tilraunir til breytinga:
Innra gangverk kerfisins ber með sér arfleifð síðasta stefnumótunarskeiðs og mótar kerfið áfram samkvæmt þeim hagsmunum sem þar eru ráðandi.	Þegar stjórnvöld ná að mynda varanlega samstöðu og skuldbindingu um að ná fram breytingum og taka þau breytingaráform fram yfir önnur þau mál sem krefjast aðkomu stjórnvalda	Innra gangverk kerfisins ber með sér arfleifð síðasta stefnumótunarskeiðs og mótar kerfið áfram samkvæmt þeim hagsmunum sem þar eru ráðandi.

(Tafla: Samantekt höfundar)

Tímaskeið stefnumótunar er það tímaskeið þar sem stjórnvöld fara af stað með tilraunir til að gera breytingar og koma stefnumálum sínum fram. Tímabil stöðugleika bera ávallt ummerki þeirra tilrauna til breytinga eða þeirra breytinga sem síðast var komið á innan

kerfisins, en mótast milli slíkra stefnumótunarskeiða fyrst og fremst af þeim hagsmunum innan kerfisins sem ráða mestu um ráðstöfun úrræða þess frá degi til dags. Það er á þessu tímabili sem stefnumótunin getur tekið á sig mynd „stefnureks“ (e. policy drift) og ráðandi hagsmunir innan kerfisins fá svigrúm til að hnika til stefnumótuninni sér í hag (Hacker & Pierson 2010)². Þannig ákvarða þau tímabil sem á undan eru gengin það svigrúm sem stjórnvöld hafa til að koma fram markmiðum sínum næst þegar slíkar tilraunir eru gerðar. Hér lýsir Tuohy því vel hvernig opinber stefnumótun í stórum kerfum er bundin af viðjum fortíðar (e. path dependency).

3. Um tilraunir stjórnvalda og áhrif þeirra.

Lýsing gagna sem hér fer á eftir fylgir aðferð Pettigrews, sem lýst var í kafla 2 hér að framan. Rakin er sú stefnumörkun stjórnvalda sem beint eða óbeint hefur miðað að því að efla heilsugæsluna sem grunnstoð heilbrigðisþjónustunnar í landinu, þ.e. tilraunir stjórnvalda til að ná fram þeirri hugmynd að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaðurinn í kerfinu.

Í fyrsta lagi er athyglinni beint að þremur tímaskeiðum breytinga í sögu heilbrigðiskerfisins frá 1970 til 2011. Fyrsta tímaskeið breytinga er setning laga um heilbrigðisþjónustu nr. 56/1973. Annað tímaskeið breytinga eru tilraunir stjórnvalda til að koma á tilvísanakerfi á tíunda áratug síðustu aldar með lögum nr. 104/1992 um breytingar á lögum nr. 67/1971 um almannatryggingar, og setningu reglugerðar nr. 82/1995 um tilvísanir. Þriðja tímaskeið breytinga er skipan ráðgjafahóps í september 2011 um skipulag heilbrigðisþjónustu og betri nýtingu fjármuna þar sem byggt yrði á greiningu ráðgjafafyrirtækisins Boston Consulting Group. Þar er m.a. lagt til að komið verði á þjónustustýringu í heilbrigðiskerfinu í áföngum.

Í öðru lagi beinist athyglin að tímabilum í aðdraganda þessara breytingaskeiða. Þar er í stuttu máli sagt frá aðdraganda að lagasetningunni 1973. Mesta athygli fá þó tímabilin í aðdraganda að tveimur seinni tímaskeiðum breytinga, þar sem aðdraganda þeirra skoðast sem hluti af innleiðingarferli þeirra breytinga stjórnvalda sem á undan fóru.

3.1 Lög um heilbrigðisþjónustu 1973 marka stefnu og móta væntingar.

Í byrjun árs 1974 tóku gildi lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu. Tildrög þessara lagasetningar má finna í þingsályktun frá 22. apríl 1970, en í þeirri þingsályktun sagði orðrétt: „*Alþingi ályktar að fela heilbrigðismálaráðherra að skipa nú þegar nefnd til að endurskoða ýmsa þætti heilbrigðislöggjafarinnar og sérstaklega um lækna skipan og sjúkrahús með það fyrir augum, að komið verði á betri heilbrigðisþjónustu í landinu, m. a. með það fyrir augum, að lækna fái til starfa í þeim héruðum, sem nú eru lækna slaus*“.

Frumvarpið var unnið og kynnt í endanlegri mynd undir stjórn tveggja ráðherra, Eggerts G. Þorsteinssonar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra 1970-71, í ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Alþýðuflokks fyrir Alþýðuflokkinn og Magnúsar Kjartanssonar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra 1971-74 í ríkisstjórn Framsóknarflokks, Alþýðubandalags og Samtaka frjálslyndra og vinstrimanna fyrir Alþýðubandalagið. Í fyrstu grein laganna kemur fram það markmið stjórnvalda að: „*Allir landsmenn skulu eiga kost á full-*

komnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma er tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“ (Alþingi 1973). Breið pólitísk samstaða var um þetta markmið laganna, en lögin snúast þó fyrst og fremst um skipulag heilbrigðisþjónustunnar í landinu. Megintilgangur þess skipulags og þeirrar forgangsröðunar sem fram kom í lögnum var að tryggja betra aðgengi landsmanna í dreifbýli að almennir lækniþjónustu.

Með lögnum var ákveðin staðsetning 25 heilsugæslustöðva utan Reykjavíkur og er gert ráð fyrir, að þær verði miðstöðvar almennra lækninga og heilsuverndarstarfs á nánar tilteknum svæðum (Páll Sigurðsson 1998). Með þessu var verið að koma til móts við skoðanir yngri lækna um að auðveldari yrði að manna lækniþjónustu út á landi ef aðstaða í héraði byði upp á hópvinnu. Í lögnum er hvert og eitt heilsugæsluumdæmi innan hvers héraðs nákvæmlega skilgreint með fjölda og stærð heilsugæslustöðva allt í kringum landið. Bygging og búnaður heilsugæslustöðvanna yrði kostaður að 15% hluta af viðkomandi sveitarfélögum og 85% hluta úr ríkissjóði og skyldi íbúðarhúsnæði lækna og hjúkrunarfólks teljast hluti stöðvanna. Heilsugæslustöðvar voru flokkaðar í þrennt: H-2 þar sem starfi tveir lækna hið minnsta ásamt öðru starfslíði, H-1 með einn lækni ásamt öðru starfslíði og H-stöð með hjúkrunarfræðing eða ljósmóður og reglubundinni móttöku lækni myndi heyra stjórnunarlega undir næstu H-1 eða H-2 heilsugæslustöð.

Um Reykjavíkurhérað segir einfaldlega í 2. tl. 14. gr. laganna frá 1973: „*Staðarval heilsugæslustöðva og fyrirkomulag um samvinnu stöðva innan héraðsins verði ákveðið af borgarstjórn í samráði við héraðslækni og staðfest af ráðherra.*“ (Lög nr. 56/1973)

Nokkru áður en þessi nýju lög um heildarskipulag heilbrigðisþjónustunnar í landinu voru samþykkt hafði tekið gildi reglugerð nr. 39/1970 um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa. Með reglugerðinni höfðu heimilislækningar verið viðurkenndar sem sérgrein innan lækniþjónunnar og þar með gert jafnt undir höfði og öðrum greinum lækna-vísindanna (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 7). Um átta árum síðar eða 1978 var fræðafélaga heimilislækna stofnað (Læknablaðið 1979).

Þessi áratugur var áratugur heimilislækninga á Íslandi sem einkenndist af umræðu og útbreiðslu þeirra hugmynda sem heimilislækningar byggja á. Læknanemar og ung-lækna voru hvattir til að sérhæfa sig í heimilislækningum. Þannig var stefnu stjórnvalda með lögnum frá 1973 fylgt eftir af talsverðum eldmóði og bjartsýni. Með uppbyggingu heilsugæslunnar sköpuðust miklar væntingar meðal lækna og ungir lækna sóttu í vaxandi mæli í sérfræðinám í heimilislækningum³.

Áformum stjórnvalda um uppbyggingu heilsugæslustöðva með tækjum og búnaði var vel tekið af sveitarstjórnnum og mikill uppgangur við hönnun og byggingar á landsbyggðinni. Einna helst deildu heimamenn og þingmenn þeirra um umdæmamörk, staðarval og stærð þeirra stöðva sem reistar yrðu í þeirra heimabyggð.

Meðan uppbyggingin á landsbyggðinni var í algleymingi þótti Reykjavíkurborg fara heldur hægt af stað. Fyrsta heilsugæslustöðin hóf þar starfsemi sína í Árbæ árið 1977. Það var ekki fyrr en eftir að ríkið tók alfarið yfir rekstur heilsugæslunnar með lögum nr. 87/1989 um breytingu á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga, að ráðið var í að ljúka uppbyggingu heilsugæslustöðva í Reykjavík og tók síðasta heilsugæslustöðin í þeim áfanga til starfa á árinu 2005 í Glæsibæ (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 9). Sú gagnrýni hefur verið

viðloðandi við þessa uppbyggingarstefnu stjórnvalda að í Reykjavík hafi uppbyggingin farið seint af stað og gengið hægt. Á móti var því til svarað að þar hafi íbúarnir greiðari aðgang að sjúkrahúsum og bráðadeildum þeirra og að fjármagni hafi auk þess verið beint til viðamikillar uppbyggingar sjúkrahússins í Fossvogi, Borgarsjúkrahússins, sem hafði hafist áður en uppbygging heilsugæslustöðva á landsbyggðinni hófst og var þeirri uppbyggingu ekki lokið.

3.2 Tilraun til stýringar: Tilvísanakerfi endurvakið.

Skömmu eftir að ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Alþýðuflokks tók við stjórnartaumunum um mitt ár 1991 lagði Sighvatur Björgvinsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra fyrir Alþýðuflokkinn fram stjórnarfrumvarp um breytingu á lögum um almannatryggingar. Þetta frumvarp varð að lögum nr. 104/1992 um breytingar á lögum nr. 67/1971 um almannatryggingar og með samþykkt þeirra fékk ráðherra „heimild til þess að ákveða að skilyrði fyrir greiðslu sjúkratrygginga skuli háð tilvísun heilsugæslulæknis eða heimilislæknis“ eins og segir í 7. gr. laganna. Meirihluti heilbrigðis- og trygginganefndar hafði gert breytingatilögum við upphaflegt orðalag þessa ákvæðis í frumvarpinu, sem hafði verið svohljóðandi fyrir breytingu: „Ákveðið hefur verið að sjúkratryggingar greiði ekki fyrir sérfræðilæknishjálp og rannsóknir nema sjúklíngur hafi tilvísun frá heimilislækni eða heilsugæslulækni. Þetta þýðir að meginreglan verður sú að ef sjúklíngur fer til sérfræðings án milligöngu heimilislæknis eða heilsugæslulæknis þá verður sjúklíngurinn að greiða sjálfur reikning sérfræðingsins“. Þessu afdráttarlausu ákvæði lagafrumvarpsins var breytt í heimildarákvæði. Í nefndarálitni meirihlutans kom fram ágreiningur um ákvæðið um tilvísunarskylduna og skrifuðu tveir þingmenn Sjálfstæðisflokks undir álitnið með fyrirvara (Alþingi 1992, Þingskjal nr. 537).

Með þessa heimild í lögnum til að innleiða tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustunni fór af stað vinna á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins við undirbúning þeirrar stefnu ráðherrans að koma inn slíkri stýringu á aðgengi sjúklinga að sérfræðilæknaþjónustu (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1995). Í febrúar 1995 gaf ráðherra út reglugerð nr. 82/1995 um tilvísanir sem gerði ráð fyrir að útgáfa tilvísana vegna sérfræðilæknaþjónustu skyldi hefjast 20. febrúar, en nýjar reglur um greiðsluþátttöku áttu að hefjast 1. maí það ár. Gildistöku þessarar reglugerðar var hins vegar frestað með auglýsingu nr. 253/1995 þar til annað yrði ákveðið (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 8).

Tildrög þessa frumvarps ráðherra var tilraun til að stemma stigu við hratt vaxandi kostnaði vegna sérfræðilæknaþjónustu utan sjúkrahúsa, en sjúklingar höfðu þar beinan aðgang að þjónustu sérgreinalækna. Eins og fram kemur í nefndarálitni minnihluta heilbrigðis- og trygginganefndar þingsins hafði átt sér stað veruleg fjölgun á sérgreinalæknum, en þeir gátu komið beint heim frá námi erlendis og byrjað að starfa á stofum og framvísað reikningum fyrir unnin verk til Sjúkrasamlags Reykjavíkur og sjúkratrygginga Tryggingastofnunar ríkisins. Þannig hafði sérgreinalæknum fjölgað um tæp 50% frá 1983 til 1989. Komum sjúklinga á stofur til sérgreinalækna hafði fjölgað um 33% frá 1986 til 1991 (Alþingi 1992, Þingskjal nr. 547).

Ljóst var að þjónusta sérgreinalækna utan sjúkrahúsa í Reykjavík hafði aukist verulega á níunda áratugnum. Áhrifamikill þáttur í þessari þróun vorum einkum tvær að-

skildar ákvarðanir stjórnvalda, sem í raun höfðu ekkert með stefnumótun í heilbrigðismálum að gera. Áhrif þessara ákvarðana opnuðu hins vegar á greiðari aðgang og aukið svigrúm sérgreinalækna til að starfa utan sjúkrahúsa í Reykjavík og þar með veita aukna lækningaþjónustu á sama vettvangi og heimilis- og heilsugæslulæknar á svæðinu.

Í fyrsta lagi hófst níundi áratugurinn með hörðum kjaradeilum á vinnumarkaði. Þá var ríkisstjórn Sjálfstæðisflokksins undir forystu Gunnars Thoroddsens, með aðild Framsóknarflokks og Alþýðubandalagsins, að glíma við ódaverðbólgu og víxlverkun launa- og neysluverðsvísitölu. Eftir að samningar höfðu náðst hjá stærstu samtökum á vinnumarkaði var röðin komin að því að semja við sjúkrahúslækna. Þegar sá hópur mætti með kröfur sínar á fund samningarnefndar ríkisins í fjármálaráðuneytinu varð mönnum ljóst, að yrði gengið að kröfum þeirra, yrði sú sátt sem náðst hafði á vinnumarkaðnum í uppnámi. Þar var því gripið til þess ráðs að hvetja sjúkrahúslækna til að auka starfsemi sína á stofum út í bæ og framvísa reikningum fyrir unnin verk til Sjúkrasamlags Reykjavíkur og Tryggingastofnunar ríkisins. Með því gátu sjúkrahúslæknar hækkað heildarlaun sín án þess að öll sú hækkun hefði áhrif á vísitölu launa og neysluverðs og þar með verðbólgu. Samhliða þessari ráðstöfun samningarnefndar fjármálaráðherra, Ragnars Arnalds, ráðherra Alþýðubandalagsins, var um svipað leytí (1981-1982) verið að vinna að því hjá flokksbróður hans í ríkisstjórninni, Svavari Gestssyni, heilbrigðisráðherra, að koma öllum heimilislæknum sem störfuðu á svokölluð númerakerfi á stofum sínum í Reykjavík yfir í heilsugæslukerfið á ákveðnum „D-degi“ eins og áætlinin gerði ráð fyrir. Ekki tókst að koma á slíkum D-degi (Páll Sigurðsson, 129-131).

Í öðru lagi, þá hafði verið tekin sú ákvörðun að færa fjármögnun sjúkrahúsa af dagjaldagreiðslum yfir á föst fjárlög. Í kjölfarið hófst tímabili í sögu sjúkrahúsanna í Reykjavík sem einkendist af árvissum lokunum deilda þegar sýnt þótti að fjárveitingar dugðu ekki út árið. Þetta leiddi til þess að sérgreinalæknar á sjúkrahúsunum í Reykjavík fengu aukið svigrúm til að sækja í ríkara mæli út á stofur og stunda þar lækningar sína utan sjúkrahúsanna, þ.e. á sama vettvangi og heimilis- og heilsugæslulæknar í Reykjavík.

Tilvísanaskylda til sérgreinalækna hafði verið í gildi frá því á fjórða áratug síðustu aldar og fram til 1984, en sú reglugerð var felld úr gildi í kjölfar samnings milli Læknafélags Reykjavíkur og Tryggingastofnunar ríkisins í mars 1984. Ákvæði í lögum um almannatryggingar sem heimilað hafði tilvísanir var síðan fellt úr lögnum á árinu 1989 (Heilbrigðiráðuneytið 2010, 8) í ráðherratið Guðmundar Bjarnasonar sem þá var heilbrigðisráðherra fyrir Framsóknarflokkinn.

3.3 Þjónustustýring í heilbrigðisþjónustunni: Taka tvö.

Í lok október 2011 boðaði Guðbjartur Hannesson, velferðarráðherra til fréttamannafundar í velferðarráðuneytinu. Þar voru kynntar niðurstöður ráðgjafahóps sem hann hafði skipað í september sama ár. Hópnun hafði verið falið það verkefni að koma með tillögur um skipulag heilbrigðisþjónustu og betri nýtingu fjármuna, og byggja á greiningu ráðgjafafyrirtækisins, Boston Consulting Group, auk nýlegra skýrslna sem unnar höfðu verið um ýmsa þætti heilbrigðisþjónustunnar á vegum ráðuneytisins (Velferðarráðuneytið vefsíða 2011).

Í niðurstöðum hópsins kemur fram að „Þjónustustýring (gate keeping) milli heilsugæslu, sérgreinaþjónustu, göngudeilda og bráðamóttaka sjúkrahúsa er ekki viðhöfð líkt og almennt tíðkast hjá nágrannaþjóðum. Þetta veldur því að notkun sérgreinaþjónustu eykst stöðugt með hættu á ofnotkun þeirrar þjónustu og auknum kostnaði. Sama gildir um heilsugæsluþjónustu þar sem boðið er upp á einkarekna vaktþjónustu utan dagvinnutíma. Kostnaður vegna sérgreinalækna hefur aukist um 7% frá árinu 2008 á sama tíma og útgjöld til flestra annarra þátta heilbrigðisþjónustu hafa dregist saman“. Leggur hópurinn til að „*Tekin verði upp þjónustustýring í heilbrigðiskerfinu í áföngum og að Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu verði endurskipulögð þar sem einn yfirmadur verði á hverri heilsugæslustöð í stað tveggja, teymisvinna verði eflað og verkefjar endurskoðaðar*“ (sama heimild).

Þegar ráðgjafafyrirtækið Boston Consulting Group var fengið til að gera úttekt á íslenska heilbrigðiskerfinu á árinu 2010 voru liðin 15 ár síðan heilbrigðisráðherra í ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Alþýðuflokks hafði sett reglugerði um tilvísanir. Við stjórnarskiptin voru 1995 gerist Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðisráðherra fyrir Framsóknarflokkinn í ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknar. Það hafði verið hennar fyrsta verk í ráðuneytinu að fresta gildistöku reglugerðarinnar og þar við stendur enn þann dag í dag.

Mikil og harðvítug átök höfðu brotist út milli sérgreinalækna sem barist höfðu gegn setningu reglugerðarinnar um tilvísanir og heilsugæslulækna sem höfðu verið henni fylgjandi. Örlög tilvísunareglugerðarinnar, mikil óánægja heilsugæslulækna með starfskjör sín og skipulag heilbrigðisþjónustunnar og áhrifin sem þessi átök höfðu innan læknasamfélagsins á Íslandi áttu eftir að setja mark sitt á samskipti þessara læknaþópa um langan tíma.

Eins fram kom í kafla 1 hér að framan, þá hafði meirihluti heilsugæslulækna í landinu sagt upp störfum í byrjun árs 1996. Niðurstaða þeirra aðgerða var samkomulag og stefnuyfirlýsing stjórnvalda sem í senn undirstrikar tvö meginjónarmið, þ.e. um að sjúklingar hafi ákveðið frelsi til að velja innan heilbrigðiskerfisins, en að það sé stefna ráðuneytisins að: „*stuðla að og tryggja eðlilega verkefaskiptingu lækna starfandi utan sjúkrabúsa í samræmi við það meginjónarmið, að eðlilegt sé að sjúklingur leiti fyrst til heilsugæslu þegar hann þarfnast þjónustu heilbrigðiskerfisins*“. Samkomulag hafði náðst um að gera 5 ára tilraun með valfrjálst stýrikerfi í samvinnu við heildarsamtök lækna, en sú tilraun komst aldrei til framkvæmda vegna mikillar andstöðu sérgreinalækna (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 9). Aftur á móti má finna inntak markmiðslýsingar samkomulagsins í reglugerð nr. 218/2002 um hlutdeild sjúkra-tryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Hér virðist sem ráðherra hafi ætlað að ná fram þessu markmiði með fjárhagslegum hvötum við beitingu gjaldskrár.

Í nefndaráli minnihluta heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis við setningu laga nr. 104/1992 sem veitti ráðherra heimild til að setja reglugerð um tilvísanir hafði komið fram að kostnaðarhlutdeild sjúklinga hefur mikil áhrif á það með hvaða hætti og hvert einstaklingarnir sækja sér lækniþjónu. Þegar kostnaðarhlutdeild var breytt með reglugerð 15. febrúar 1990 var gjaldið til sérfræðings hækkað, en um leið var komugjald til heilsugæslu- og heimilislækna lagt niður. Við þessa breytingu höfðu komur til heilsugæslu- og heimilislækna fjölgað um tæp 18% frá maí 1990 til apríl 1992. Með reglugerð, sem gefin

var út 15. janúar 1992 var kostnaðarþátttökunni aftur breytt. Gjaldið til sérfræðinganna var hækkað úr 900 kr. í 1.500 kr. og 600 kr. gjald var sett á heimsóknir til heilsugæslu- og heimilislækna. Við þessa breytingu varð verulegur samdráttur í heimsóknum til heilsugæslu- og heimilislækna (Alþingi 1992, Þingskjal nr. 547). Þetta þótti benda til þess að ef markmið um þjónustustýringu á að nást með fjárhagslegum hvötum af þessu tagi þurfi komur til heilsugæslu- og heimilislækna annað hvort að vera sjúklingum að kostnaðarlausu eða mismunur á gjaldi til sérgreinalækna annars vegar og heilsugæslu- og heimilislækna hins vegar að vera nokkuð hærri en þarna var lagt til.

Kjaradeila heilsugæslulækna og ríkisins 1996 hafði verið leyst með því að fela kjaranefnd að ákvarða laun og starfskjör heilsugæslulækna og tók fyrsti úrskurður kjaranefndar gildi í mars 1998. Nýja launakerfið fól í sér blöndu af greiðslum miðað við fjölda skráðra sjúklinga og unnin verk. Með síðara breytingum kjaranefndar minnkaði vægi verkgreiðslna frá 65% af heildarlaunum niður í 10% og höfðatölukerfið tók á sig mynd fastlaunakerfis (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 32-33). Úttekt Ríkisendurskoðunar á rekstri Heilsugællunnar á höfuðborgarsvæðinu árið 2002 sýndi að hver læknir á heilsugæslustöðvum í Reykjavík sinnti að meðaltali 18% færri komum sjúklinga árið 2001 en árið 1997 (Ríkisendurskoðun 2002, 6). Í október 2002 úrskurðaði kjaranefndin að heilsugæslulæknar gætu fengið greidd laun fyrir 20% af dagvinnuskyldu sinni samkvæmt gjaldskrá. Þar með opnaðist sá möguleiki fyrir heilsugæslulækna að geta unnið hluta vinnuvikunnar samkvæmt gjaldskrá í afkastahvetjandi launakerfi (Heilbrigðisráðuneytið 2010, 32-33).

Í upphafi nýrrar aldar (2002) hafði FÍH látið reyna á rétt sinn hjá Tryggingastofnun ríkisins til að gera samning og starfa sjálfstætt á svipuðum grundvelli og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. FÍH tapaði því máli bæði hjá Samkeppnisstofnun, áfrýjunarnefnd samkeppnismála og í Héraðsdómi. Hæstiréttur vísaði því málinu frá dómi (Heilbrigðisráðuneytið 2010).

Í nóvember 2002 hafði Jón Kristjánsson, heilbrigðisráðherra fyrir Framsóknarflokkinn í ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks gefið út viljayfirlýsingu. Þar hafði ráðherra í fyrsta lagi heitið því að beita sér fyrir því að heilsugæslulæknar fengju samningsrétt sinn að nýju og að niðurstaðan í úrskurði kjaranefndar frá í október 2002 héldist með nánari útfærslu í samningum. Heilsugæslulæknar endurheimtu samningsréttinn með lögum nr. 71/2003, um breytingar á lögum um Kjaradóm og kjaranefnd. En til að koma til móts við kröfur heilsugæslulækna um breytingar á starfsumhverfi hafði ráðherrann í öðru lagi heitið því að beita sér fyrir því að sérfræðingar í heimilislækningum gætu átt val um það að vinna á heilsugæslustöðvum eða á lækna stofnum utan heilsugæslustöðva. Í viljayfirlýsingu ráðherrans segir ordrétt: „Gerður verði nýr samningur um störf á lækna stofnum sem byggir á gildandi samningum sjálfstætt starfandi heimilislækna og verði lögð áhersla á afkastahvetjandi launakerfi, [...] Samningurinn verði gerður við samninganefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra. Ráðherra mun meta þörf fyrir heimilislækna með hlidsjón af fjölda heilsugæslulækna og heimilislækna á viðkomandi svæði. Sérfræðingar í heimilislækningum fái aðgang að umræddum samningi í samræmi við fjárlög meðan skortur er á heimilislæknum skv. fyrrgreindu mati“ (Elínborg Bárðardóttir o.fl. 2005). Þessi fyrirheit ráðherrans hafa ekki gengið eftir.

Í kjölfar samnings við Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið í lok árs 1998 fóru, samhliða þessari framvindu í kjaramálum heilsugæslulækna, umsvif Læknavaktarinnar, sem er vaktþjónusta á höfuðborgarsvæðinu þar sem aðeins sérfræðingar í heimilislækningum veita lækniþjónustu, hratt vaxandi (Læknavaktin: vefsíða). Sú þróun virðist halda áfram ef marka má tölur um komur og vitjanir utan dagvinnutíma hjá Læknavaktinni frá 2007-2012. Komur utan dagvinnutíma á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fjölgaði um rúm 3% á tímabilinu 2007-2012 meðan fjölgunin var tæp 12% á Læknavaktinni (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð & Anna Maresso 2014, 104).

Á þessu sama tímabili frá 1998 og fram eftir fyrsta áratug 21. aldar héldu sérgreinalæknar áfram að auka lækniþjónustu sína utan sjúkrahúsa í Reykjavík og mátti þar greina stórfellda aukning bæði á komum til sérgreinalækna og fjölda þeirra eininga sem greitt var fyrir í hverri komu samkvæmt samningi við Tryggingastofnun ríkisins. Straumhvörf urðu í þessari þróun rétt fyrir aldamótin í tengslum við sameiningar sjúkrahúsanna í Reykjavík. Munar þar mestu um áhrif ágreinings um ferliverk sem upp kom milli göngu- deildarlækna og hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsi Reykjavíkur eftir sameiningu Landakotspítala og Borgarspítala 1995 og nýja samninga milli sérgreinalækna og Tryggingastofnunar ríkisins í byrjun árs 1998 (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir 2005, 188-192)⁴. Segja má að með þeirri þróun sem fylgdi í kjölfar sameiningar sjúkrahúsanna í Reykjavík hafi í raun sú starfsemi sem fram fór samkvæmt verkgreiðslum á Landakotsspítalanum á sínum tíma flust á tæknivæddar einkastofur rannsókna og lækninga út í bæ. Aukið aðgengi að lánsfé, kaupleigur og frjálst flæði fjármagns sem fékkst með ESS samningnum 1993 auðveldaði þessa þróun.

Líta má á tilkomu Læknavaktarinnar sem útgönguleið (e. exit option) fyrir heilsugæslulækna sem vilja og geta unnið tímabundið við þær aðstæður sem Læknavaktin veitir. Þrátt fyrir þessi auknu umsvif heilsugæslulækna utan heilsugæslustöðva og breytingar á launakjörum heilsugæslulækna voru heilsugæslulæknar enn verulega ósáttir með starfsumhverfi sitt. Ákvörðun Jóns Kristjánssonar, heilbrigðisráðherra, um að sameina allar heilsugæslastöðva á höfuðborgarsvæðinu í eina stofnun, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, í byrjun árs 2006 hafði aukið enn á þessa óánægju heilsugæslulækna. Enn sem fyrr leggja heilsugæslulæknar höfuðáherslu á fjölgun heimilislækna og breytingar á starfsumhverfinu í þá veru að tryggja læknum meira sjálfðæmi um það hvernig starfsemi heilsugæslulækninga er fyrir komið innan heilbrigðisþjónustunnar (Emil L. Sigurðsson 2001; Héðinn Sigurðsson 2010).

Þegar Álfheiður Ingadóttir, heilbrigðisráðherra fyrir Vinstri græna í ríkisstjórn Samfylkingar og Vinstri grænna, sem tók við í byrjun árs 2009, skipaði nefnd í mars 2010 til þess að leggja fram tillögur um hvernig unnt verði að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn geti búið við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum efnum, var enn á ný reynt að hreyfa við þeirri hugmynd að innleiða tilvísanaskyldu í heilbrigðisþjónustuna. Með skipan nefndarinnar var reynt að ná víðtæku samráði meðal lækna og fulltrúa úr hópi samtaka notenda. Sú samstaða brast í ágúst 2010 og nefndin hafði ekki lokið störfum í byrjun september 2010, þegar Guðbjartur Hannesson kom inn sem heilbrigðisráðherra og síðar velferðarráðherra fyrir hönd Samfylkingarinnar (Heilbrigðis-

ráðuneytið 2010, 5). Það var fyrir hans tilstilli að ráðgjafafyrirtækið Boston Consulting Group var fengið til að gera heildarskoðun á íslensk heilbrigðiskerfinu.

4. Umræða

Sú þróun sem átt hefur sér stað innan íslenska heilbrigðiskerfisins á hverjum tíma á sér góða hliðstæðu í kenningu Tuohy (1999). Í heilbrigðiskerfinu virðast skiptast á tvenns konar tímabil. Annars vegar tímabil þar sem stjórnvöld reyna að koma á breytingum með því að marka stefnu og framfylgja henni og hins vegar tímabil þar sem ráðandi öfl móta stefnuna með starfsemi sinni frá degi til dags. Þar hefur tækniþróun á sviði lækna-vísinda vegið hvað þyngst og í raun átt mestan þátt í þeirri þróun að sérhæfð lækninga-þjónusta utan sjúkrahúsa hefur aukist hröðum skrefum. Þær hugmyndir sem þannig hafa mótast innan kerfisins hafa jafnan myndað það landslag sem blasir við þegar „gluggi tækifæranna“ hefur opnast í heimi stjórnmalanna. Þegar það hefur gerst hefur tekið við tímaskið breytinga þar sem stjórnvöld taka stefnumarkandi ákvarðanir. Svigrúm stjórnvalda til breytinga hefur að mestu ráðist af þeirri stöðu innan kerfisins sem stjórnvöld hafa fengið í arf hverju sinni eftir síðustu breytingar eða af þeim áhrifum á gang mála innan kerfisins sem síðusta tilraun skildi eftir sig.

Til að varpa ljósi á þá spurningu hvers vegna stjórnvöldum hefur ekki tekist að ná því markmiði að gera heilsugæsluna að fyrsta viðkomustað sjúklinga í heilbrigðiskerfinu þrátt fyrir þá stefnu að hafa til margra ára unnið að umfangsmikilli uppbyggingu heilsugæsluþjónustunnar í landinu, þá fer vel á því að rifja upp nokkar fræðilegar skilgreiningar. Þegar sjónum er beint að tímabili breytinga eða stefnumótunar þá eru stjórnvöld og heimur stjórnmalanna í aðalhlutverki. Þetta eru þau öfl innan hins pólitíska kerfis sem þurfa að geta myndað eindregna samstöðu til lengri tíma; geta gengið í takt og forgangsraðað stefnumálum með skýrum og yfirlýstum markmiðum; tekið þau stefnumál fram yfir önnur þau mál sem kalla á athygli stjórnvalda hverju sinni og fylgt þeim eftir með skuldbindandi aðgerðum um að ná því fram sem að er stefnt (Tuohy 1999).

Þegar tímabili stöðugleika er til skoðunar þá eru ráðandi öfl innan kerfisins í aðalhlutverki; í þessari rannsókn annars vegar heilsugæslulæknar og hins vegar sérgreinalæknar í Reykjavík. Þetta eru hin ráðandi öfl sem móta gangverk kerfisins milli breytingaskeiða og taka ákvarðanir um það hver fær hvað, hvar, hvenær og hve mikið. Þetta eru þeir hópar sem stjórnvöld treysta á þegar kemur að innleiðingu þeirrar stefnu sem mörkuð er hverju sinni (Hill 2009). Þetta eru þeir sem Lipsky kallar „street-level-bureaucrats“, og segir að séu í þeirri klemmu að geta helst ekki tekið ábyrgð gagnvart stjórnvöldum fram yfir ábyrgð gagnvart sjúklingum sínum, og að þeir leiti gjarnan allra leiða til hafa stjórn á eigin vinnuaðstöðu og starfsumhverfi (Lipsky 1980; Hudson 1989).

Þessar þrjár atrennur stjórnvalda til að innleiða stefnu til eflingar heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins sem raktar eru í kafla 3 hér að framan má skoða nánar með hugtökum Matlands. Þannig er gerð tilraun til að draga upp nokkuð einfaldaða mynd af annars flóknum og margbrotnum breytingarferlum. Þess ber þó að geta að innleiðing á þeirri tilraun sem nú stendur yfir og hófst í raun í kjölfar útkomu skýrslu Boston Consulting Group 2011 (sjá 3.3 hér að framan) er í vinnslu hjá stjórnvöldum og því er ekki

nánar fjallað um eftirfylgni þeirrar tilraunar stjórnvalda hér. Aftur á móti eru dregnar fram nokkrar vísbendingar um það svigrúm sem stjórnvöld kunna að hafa til breytinga á kerfinu ef draga má ályktanir af greiningu höfundar á framvindu mála innan kerfisins eftir tilraunir stjórnvald í lok tíunda áratugarins og á fyrstu árum þessarar aldar .

Markmiðin með lögum nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu eins og þau birtast í 1. gr. laganna virðast vera nokkuð óljós og víð. Ályktun þingsins og greinargerð frumvarpsins tekur aftur á móti af allan vafa um það hverju stjórnvöld vildu ná fram. Hér átti fyrst og fremst að ná því markmiði að manna lækniþjónustuna úti á landi og veita íbúum landsbyggðarinnar aðgengi að öruggri lækniþjónustu í heimabyggð. Þessu var fylgt eftir með framlögum til bygginga og búnaðar úr ríkissjóði, fjárhagslegir hvatar sem skiptu miklu fyrir sveitarfélög á landsbyggðinni með fábreytt atvinnulíf og lítinn efnahag. Þetta tímabil breytinga og innleiðingar var með skýr markmið og ekki mikið misræmi milli þess sem að var stefnt og aðgerða stjórnvalda. Það sem til þurfi voru í þessu tilviki bjargráð í formi fjármagns og staðbundinnar framkvæmdagetu. Þetta ferli bar því merki *stjórnunarlegrar innleiðingar*, þar sem innleiðing stefnunnar er fylgt eftir að ofan (e. top-down). Það sem einkenndi stjórn málin í þessu stefnumáli var samstaða um þetta markmið laganna og það að verkinu var haldið áfram þótt ráðherrar færu og aðrir kæmu í stað. M.ö.o. hér var ekki að finna mikinn ágreining um málið.

Tilraunin til þess að innleiða tilvísanakerfið á tíunda áratugnum einkenndist af því að markmiðin voru skýr og leiðirnar sem stjórnvöld vildu fara til að ná þeim voru einnig skýrar. Aftur á móti kemur fram misræmi milli þess sem stjórnvöld höfðu ætlað sér að ná fram, þ.e. niðurstöðunnar og þeirra aðgerða sem gripið var til undir lokin þegar á reyndi. Þá var tekin ákvörðun um mikilvægar dagsetningum sem settar á næsta kjörtímabil. Ólíkt uppbyggingu heilsugæslustöðva í kjölfar lagasetningarinnar 1973 þá kom fram mikill ágreiningur um þetta stefnumál. Ráðherra sem ekki fóru í neinar grafgötur um það sem hann vildi ná fram kallaði fram ágreining sem æ síðan hefur fylgt þessu stefnumáli. Hér má glögg sjá hvað Matland átti við með lýsingu sinni á sambandinu milli óræðni og ágreinings. Það sem hér hefði þurft samkvæmt hugmyndum hans var annað hvort að beita pólitísku valdi eða samningum, m.ö.o. hér var á ferðinni *pólitísk innleiðing*, þar sem innleiðing stefnunnar er fylgt eftir að ofan (e. top-down). Þessi tilraun mistókst enda þótt forgansröðun ráðherrans í ferlinu hafi verið nokkuð afgerandi þá vantaði eins og sjá má í kafla 3.2 eindregna pólitíska samstöðuna yfir nægilega langa tíma innan stjórnarflokkanna. Annað af þessu eitt og sér dugði ekki til, heldur hefði, samkvæmt hugmyndum Tuohy, hvortveggja þurft að vera til staðar á sama tíma.

Þær aðgerðir stjórnvalda sem tóku við eftir þessa misheppnuðu tilraun til að innleiða tilvísanir í heilbrigðiskerfið eru í raun tímabil sem einkennist af tilraunum til að lægja þær öldur ágreinings sem risið höfðu innan kerfisins. Í fyrsta lagi var hér um að ræða ágreininginn sem upphófst með tilvísunardeilunnar og í öðru lagi ágreiningur sem fylgdi aðgerðum stjórnvalda í tengslum við sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík.

Athyglisverður munur kemur fram þegar litið er til tímabils þeirra þriggja ráðherra sem þarna koma hver á eftir öðrum á um 15 ára tímabili (1991-2006). Sighvatur setur fram skýr og afdráttarlaus markmið, sem kölluðu fram mikinn ágreining. Ingibjörg

Pálmadóttir tekur við málaflöknum af Sighvati þegar ágreiningurinn er hvað mestur og setur fram markmið í málefnum heilsugæslunnar sem í raun stangast á og einkenndust af mikilli óræðni, þ.e. markmið voru óljós og leiðirnar líka. Þá var misræmi mikið milli þess sem stjórnvöld hugðust ná fram og þess sem var gert. Þeir fjárhagslegu hvatar sem settir voru fram í reglugerð nr. 218/2002 um kostnaðarhlutdeild sjúklinga og þar áttu að virka í þá vega að beina sjúklingum fyrst til heilsugæslunnar voru of veik. Þessi nálgun ber einkenni *táknrænnar innleiðingar*. Skilyrði sköpuðust fyrir ólíka hópa með ólíka hagsmuni innan kerfisins til að takast á um fyrirætlanir stjórnvalda og draga þannig stefnuna á langinn. Hér hafa stjórnvöld greinilega viljað draga úr ágreiningi til að forðast átök milli þessara hópa.

Aftur á móti má sjá í viljayfirlýsingu Jóns Kristjánssonar, frá því í nóvember 2002 skýr og nokkuð afdráttarlaus markmið og leiðir til að ná þeim. Hins vegar gætir hér misræmis milli niðurstöðunnar og aðgerða, þar sem ekki var staðið við hluta af samkomulaginu. Þetta ferli ber því merki um *pólítiska innleiðingu*, með stefnumótun sem fylgt er eftir að ofan. Á tímabili Ingibjargar og Jóns virðist ríkja samstaða innan stjórnmalanna um það að standa vörð um hugmyndina um frelsi sjúklinga til að velja innan heilbrigðisþjónustunnar fremur en að styrkja og fylgja eftir hugmyndinni um að heilsugæslan skyldi vera fyrsti viðkomustaðurinn í kerfinu.

Þau tvö tímabil sem hér var fjalla um eru tímabil þar sem ráðandi öfl innan kerfisins höfðu aferandi áhrif á mótun þess gangverks sem síðan hefur einkennt íslenska heilbrigðiskerfið. Þessi tímabil í sögu heilsugæslunnar einkennast þó af áhrifum atburða sem eiga sér upphaf utan þess málaflökks. Annars vegar er um að ræða tilviljanir eða slysi, sbr. niðurstöður samninga við sjúkrahúslækna í upphafi níunda áratugarins sem féllu saman við áhrif breytinga á fjármögnun sjúkrahúsanna nokkru áður. Það að þetta tvennt fór saman gerði innkomu sérgreinalækna inn á markaðinn fyrir lækningaþjónustu utan sjúkrahúsa enn kraftmeiri. Hins vegar höfðu aukin tækifæri fyrir sérgreinalækna til að starfa utan sjúkrahúsa opnast meðan forgangsroðun og athygli stjórnvalda beindist að sameiningu sjúkrahúsanna á tíunda áratugnum. Þessi framvinda hafði veruleg áhrif á þróun heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu.

Þessi þróun sem þarna gerðist innan kerfisins og lýst er í kafla 3.3 hér að framan hefur byggt upp þær viðjar fortíðar sem setja stjórnvöldum nýjar og nýjar skorður í hvert sinn sem til stendur að gera tilraunir til að koma á breytingum innan kerfisins. Þannig má nú, 20 árum eftir tilraunina til að taka upp tilvísanakerfi, greina að heilsugæslulækna eru langþreyttir og ekki tilbúnir til að halda hugmyndinni um fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu til streitu. Þá virðast þeir nú vera afhuga þeirri hugmynd að taka að sér það hlutverk fyrir stjórnvöld að vera hliðverðir kerfisins, eða eins og einn úr þeirra röðum orðaði það við höfund: „*við erum ekki tilbúnir til þess að vera einhverjir hliðverðir fyrir stjórnvöld sem til þessa hafa ekki haft ábuga á að greiða fyrir það sem við erum menntaðir og þjálfaðir til að gera sem sérfræðingar í heimilislækningum*“. Það traust sem ríkja þarf milli stjórnvalda og læknastráttarinnar til að semja og komast að niðurstöðu um ásættalegt fyrirkomulag heilsugæslulækninga á höfuðborgarsvæðinu virðist því ekki vera til staðar.

5. Niðurstöður

Heildarmyndin í þeirri stefnumótun heilbrigðiskerfisins sem hér var dregin upp er vissulega flókin og margslungin eins og þessi rannsókn á langri sögu hefur leitt í ljós. Hún segir sögu margra ríkisstjórna og margra ráðherra með margs konar áform, mismunandi áskoranir og áherslur á ólíkum tímum. Hér má finna nokkrar tilraunir stjórnvalda til þess að koma þeirri hugmynd í framkvæmd að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Þar má finna bæði merka og langþráða áfanga í sögu heimilis- og heilsugæslulækninga og brostna drauma um það sem menn töldu að vænta mætti, en ekki varð.

Margt í þessari sögu bendir til þess að stjórnvöldum hafi ekki tekist að mynda samstöðu um að gera hugmyndina um fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu að sérstöku forgangsmáli. Sú stefna um hlutverk heilsugæslunnar innan heilbrigðiskerfisins sem mörkuð er í lögum hefur liðið fyrir skort á langtímasýn og samfelldri pólitískri forustu sem gæti fylgt slíkri sýn eftir með traustum og raunhæfum aðgerðum. Einkarekin lækningaþjónusta utan sjúkrahúsa hefur þess í stað aukist jafnt og þétt innan kerfisins og smám saman þokað þeirri lækningaþjónustu utan sjúkrahúsa sem þar var fyrir út á hliðarlínu kerfisins. Heilsugæslulækningar á höfuðborgarsvæðinu náðu aldrei að verða nægilega öflugar til að geta staðið gegn þungum straumi tæknivæddra sérgreinalækninga utan sjúkrahúsa. Það var pólitískt ákvörðun að hafa aðgang sérgreinalækninga að lækningamarkaðnum utan sjúkrahúsa óheftan, en takmarka aðgang heilsugæslulækninga.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda einnig til þess að þessi skortur á pólitískri samstöðu hafi leitt til þess að hugmyndin um fyrsta viðkomustaðinn í núverandi mynd hafi komið of seint fram. Hugmyndin var sett fram með óræðri stefnu þar sem markmið stöngudust á og stefna stjórnvalda var því mjög óljóst. Þá var reynt að innleiða þessa stefnu með veikum stjórnþækjum. Hér tókust á hugmyndir um heildstæða nálgun, samhæfingu og yfirsýn sem þörfuðust stofngerðar með beinni íhlutun stjórnvalda annars vegar (Leman 2002) og hins vegar hugmyndin um frelsi einstaklinga til að velja, sem er nálgun sem gerir talsvert minni kröfu til aðkomu hins opinbera (Steuerle & Twombly 2002). Í þessari togstreitu milli ólíkra stjórnþækja birtist í raun togstreita milli ólíkra pólitískra hugmynda um það hver hin eiginlega grunngerð íslenska heilbrigðiskerfisins eigi að vera.

Óhætt er að segja að skortur á pólitískri forustu, áhugaleysi og slök eftirfylgni stjórnvalda með stefnumótun innan heilbrigðiskerfisins hafi öðru fremur mótað kerfið. Í fyrsta lagi hafa stjórnvöld með þessu gefið hagsmunahópum lausan tauminn og þróunin innan kerfisins því tekið á sig mynd stefnureks (Hacker & Pierson 2010) þar sem ráðandi hagsmunum innan kerfisins gefst svigrúm til að hnika til stefnumótuninni sér í hag. Niðurstaðan er aðstæður innan kerfisins sem ekki verða aftur teknar nema með róttækari aðgerðum stjórnvalda. Það er staða sem í raun er hinn nýji veruleiki sem stjórnvöld þurfa að takast á við ef og þegar þeim hugnast að gera nýja tilraun til að ná því markmiði að heilsugæslan verði að jafnaði fyrsti viðkomustaðurinn í kerfinu.

Í öðru lagi virðast stjórnvöld með áhugaleysi sínum hafa glatað því trausti sem vera þarf milli stjórnvalda og þeirra sem eiga að vera hornsteinninn í innleiðingu stefnumörk-

unar stjórnvalda, þ.e. í þessu tilviki heilsugæslulækna á höfuðborgarsvæðinu.

Þær hugmyndir sem náð hafa að vaxa við þessi skilyrði innan heilbrigðiskerfisins hafa mótast af þeim hagsmunum sem þar eru ráðandi. Aðgerðir stjórnvalda, hvort heldur aðgerðir sem beinst hafa að kerfinu sjálfu eða óbein áhrif ytri aðgerða, hafa virkað eins og olía á eld og hraðað þeirri þróun sem gerir hugmyndina um fyrsta viðkomustaðinn með heimilislækningum á opinberum heilsugæslustöðvum enn fjarlægari.

Aftur á móti bendir margt til þess að nú megi sjá það sem Tuohy kallar „goodness-of-fit“ milli þeirra afla sem opna glugga tækifæranna, þ.e. stjórnvalda, og afla innan kerfisins. Hugmyndir þeirra stjórnvalda sem nú eru við völd og hugmyndir innan kerfisins eiga nú samleið. Sú samleið snýst hins vegar ekki um þær hugmyndir sem beinlínis miða að því að koma á þjónustustýringu með heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustaðinn, heldur um hugmyndir um aukin einkarekstur í heilsugæslunni.

Aftanmálgreinar

- 1 Titill bókarinnar er: Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes.
- 2 Um þetta hugtak, „policy drift“ segja þeir Hacker og Pierson: “A convincing study of the American political economy, in sum, must pay central attention to the neglected but crucial process of policy drift. Understanding drift allows us to see how patterns of government action *and* inaction are integral to the development of the economy—the structuring of markets—over time. Equally important, an appreciation of the significance of drift helps us to get a handle on political processes behind the over-time transformation of public policy (Hacker og Pierson 2010:171).
- 3 Sjá nánar um hugmyndafræði heimilislækninga í „Hugmyndafræði heimilislækninga: Tilraun“ eftir Ólaf Míxa sem gefin var úr af Félagi íslenskra heimilislækna árið 2008.
- 4 Sjá einnig töflu 1. Um þróun á lækniáskotnaði ásamt komum sérgreinalækna á tímabilinu 2000-2009 (Heilbrigðisráðuneytið 2010:20)

Heimildir:

- Alþingi (1973). Mál nr. 169. 93. löggjafarþing 1972-1973. Frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu.
- Alþingi (1992). Mál nr. 285. 116. löggjafarþing 1992-1993. Frumvarp til laga um breytingu á lögum um almannatryggingar, nr. 67/1971, með síðari breytingum. Sótt 14. október 2015 á <http://www.althingi.is/altext/116/s/0415.html>.
- Þingskjal nr. 537, nefndarálit meirihluta heilbrigðis- og trygginganefndar, sótt 14. október 2015 á <http://www.althingi.is/altext/116/s/0537.html>.
- Þingskjal nr. 547, nefndarálit minnihluta heilbrigðis- og trygginganefndar, sótt 14. október 2015 á <http://www.althingi.is/altext/116/s/0547.html>.
- Alþingi (2006). Mál nr. 272. 133. löggjafarþing 2006-2007. Frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu. Sótt 23.nóvember 2015 á <http://www.althingi.is/altext/133/s/0281.html>.
- Barrett, S. og Fudge, C., (ritstj.) (1981). *Policy and Action: essays on the implementation of public policy*. London: Methuen.
- Baumgartner, F.R. og Jones, B.D. (1993). *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Boston Consulting Group (2011). *Health Care System reform and short term savings opportunities: Iceland Health Care System project*. A report commissioned by the Ministry of Welfare. Reykjavík: October 17th

2011. Skoðað 10. október 2015 hér: (http://www.velferðarraduneyti.is/media/ritogskyrslur2011/Iceland_HCS-Final_report-Long_version.pdf).
- Cohen, M., March, J. og Olsen, J. (1972). „A Garbage Can Model of organizational Choice“, *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1-25.
- Elinborg Bárðadóttir, Björgvin Bjarnason, Gunnar Ármannson, Hannes Hrafnkelsson, Hildur Svavarsdóttir, Oddur Steinarsson, Sverrir Jónsson og Þórir Kolbeinsson. (2005). „Staða og framtíð íslenskra heimilislækna“. *Skýrsla til aðalfundar Læknafélags Íslands, 2005*.
- Emil L. Sigurðsson (2001). Heilsugæsla á höfuðborgarsvæðinu í vanda. Pistill frá ritstjórn. *Læknablaðið* 87(2).
- Giaimo, S. (2002). *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Hacker, J.C. og Pierson, P. (2010). „Winner-Take-All Politics: Public Policy, Political Organization, and the Precipitous Rise of Top Incomes in the United States“. *Politics & Society* 38, 152.
- Ham, C. (1999). *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*. London: Macmillan.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1995). *Spurningar og svör um tilvísanakerfið*. Tryggingastofnun ríkisins, mars 1995.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1996). *Aðgerðir til að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustunni*. Reykjavík 1996.
- Heilbrigðisráðuneytið (2010). *Afangar í eflingu heilsugæslunnar. Skýrsla nefndar heilbrigðisráðberrra*. Reykjavík 2010.
- Hédinn Sigurðsson (2010). *Starfsumbverfi og starfsánægja í heimilislækningum: Reynsla 16 íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði á Íslandi og Noregi*. Meistararitgerð við Heilbrigðisvísindadeild Háskólans á Akureyri. Maí 2010.
- Hill, M. (2009). *The Policy Process*. London: Pearson Education Limited.
- Hogwood, B.W. og Gunn, L.A. (1984). *Policy Analysis for the Real World*. New York: Oxford University Press Inc.
- Hudson, B. (1989). „Michael Lipsky and street level bureaucracy: a neglected perspective“. Í L. Barton (ritstj.), *Disability and Dependency*. London: Falmer Press.
- Immergut, E.M. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Kingdon, J.W. (1984, 2011). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. N.Y.: Longman.
- Klein, R. (1993). „National variations on International Trends“, í Hafferty, F. og McKinlay, J.B. (ritstj.), *The Changing Medical Profession: an international perspective*. New York: Oxford University Press.
- Klein, R. (1995). *The New Politics of the NHS*. London: Longman.
- Knill, Ch. og Tosun, J. (2012). *Public Policy: A New Introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Leman, Ch. K. (2002). „Direct government“, í Salamon, L.M. (ritstj.), *Tools of Government: A guide to the new governance*. New York: Oxford University Press.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy. The Dilemmas of Individuals in the Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Læknablaðið (1979). „Nýstofnað fræðafélag íslenskra heimilislækna.“ *Læknablaðið* 56(3), 142.
- Læknavaktin vefsíða sótt 15.október 2015 á <http://laeknavaktin.is/um-laeknavaktina/>
- Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.
- Marmor, T.R. (1970, 2000). *The Politics of Medicare*. New York: Aldine De Gruyter.
- Matland, R.E. (1995). „Synthesising the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation“, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-74.
- Mintzberg, H. (1983,1993). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. London: Prentice-Hall, 1983.
- Páll Sigurðsson (1998). *Heilsa og velferð*. Reykjavík: Mál og Mynd.
- Pettigrew, A.M. (1997). „What is a processual analysis?“ *Scandinavian Journal of Management*. 13(4), 337-348. London: Elsevier Science.

- Pressman, J.L. og Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. London: University of California Press.
- Ríkisendurskoðun (2002). „Fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu“. *Stjórnysluúttekt á rekstri Heilsumáttvæðingunnar í Reykjavík*. September 2002.
- Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (2006). *Health Policy and Hospital Mergers: How the impossible became possible*. Doktorsritgerð 2005. Reykjavík: Háskólaútgáfan. Einnig aðgengilega á LSE Theses Online at <http://etheses.lse.ac.uk/461/>.
- Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð og Anna Maresso. (2014). „Iceland: Health system review.“ *Health Systems in Transition*, 2014; 16(6), 1–182. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/iceland-hit-2014>.
- Steuerle, E. og Twombly, E.C. (2002). „Vouchers“, í Salamon, L.M. (ritstj.) *Tools of Government: A guide to the new governance*. New York: Oxford University Press.
- Tuohy, C.H. (1999). *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, 3-34. New York: Oxford University Press.
- Velferðarráðuneytið vefsíða (2011). „Fréttir, ráðherra kynnr niðurstöður ráðgjafahóps“. Sótt 15. október 2015 á <http://www.velferðarráðuneyti.is/frettir-vel/nr/33073>.