



Skilvirkni eða jöfnuður?

Þróun hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu á vettvangi íslenskra stjórn mála

Jón Þór Kristjánsson

Lokaverkefni til BA-gráðu í stjórn málafræði

Félagsvísindasvið

Júní 2015



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Skilvirkni eða jöfnuður?

Þróun hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu á vettvangi íslenskra stjórn mála

Jón Þór Kristjánsson

Lokaverkefni til BA-gráðu í stjórnmálafræði
Leiðbeinandi: Dr. Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir

Stjórnmálafræðideild
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2015

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA-gráðu í stjórnmálafræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Jón Þór Kristjánsson 2015

030791-3129

Reykjavík, Ísland 2015

Útdráttur

Markmið þessarar ritsmíðar er að varpa ljósi á hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu. Þó að hugmyndin hafi reglulega komið fram á sjónarsviðið í íslenskum stjórnámálum á síðustu árum, þá er hún umdeild, enda hefur rekstur heilbrigðisþjónustunnar að mestu verið í höndum hins opinbera og hafa hugsanlegar breytingar á því formi vakið upp spurningar um einkavæðingu, sem ekki er almenn sátt um. Með hjálp kenninga í opinberri stefnumótun er hér leitast við að skýra þróun hugmyndarinnar í íslenskum stjórnámálum og svara því hvernig hún komst á dagskrá stjórnvalda með viljayfirlýsingu ríkisstjórnarinnar og lækna í byrjun árs 2015. Þá er rýnt í hugmyndina sjálfa og lagt mat á það hvað í henni felst og hvers vegna hún er jafn umdeild og raun ber vitni. Megin rannsóknartímabilið nær frá alþingiskosningum 2007 til þess tíma er viljayfirlýsingin kemur fram. Ferill hugmyndarinnar á vettvangi stjórnámálanna er rakinn og sýnt hvernig hugmyndin hefur ýmist verið í miklum forgangi eða algjörlega utan dagskrár. Færð eru rök fyrir því að það var ekki síst samstaða lækna sem ýtti hugmyndinni á dagskrá stjórnvalda á þessum tímamarki. Þá er sýnt fram á að hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu kristalli spennu milli tveggja af megin markmiðum opinberrar stefnumótunar, jöfnuðar og skilvirkni, sem kunni að skýra hversu erfitt hefur reynt að ná samstöðu um málið í íslenskum stjórnámálum.

Formáli

Ritgerð þessi er 12 ECTS eininga lokaverkefni mitt til B.A. gráðu í stjórnmálafræði við Stjórnmálafræðideild Háskóla Íslands. Hún var skrifuð á vormisseri 2015 vegna útskriftar í júní 2015. Leiðbeinanda mínum við skrif ritgerðarinnar, Sigurbjörgu Sigurgeirsdóttur, færi ég mínar bestu þakkir fyrir gagnlegar ábendingar og ánægjulegt samstarf. Önnu Guðnýju Guðmundsdóttur þakka ég kærlega fyrir prófarkalestur.

Vinum mínum úr stjórnmálafræði vil ég þakka fyrir andlegan stuðning og ýmsar skemmtilegar ábendingar á meðan skrifum ritgerðarinnar stóð en ekki síst fyrir frábæra samfylgd síðastliðin þrjú ár. Einnig vil ég þakka fjölskyldu minni, einkum móður minni Gestheiði Brynju Þorvaldsdóttur, fyrir mikla hvatningu í náminu.

Þá vil ég þakka fólkinu sem stendur mér næst, Sunnu Guðmundsdóttur og Theodóri Franz Jónssyni, fyrir endalausan stuðning og þolinmæði í ritgerðarferlinu og náminu öllu.

Efnisyfirlit

1	INNGANGUR	6
1.1	AÐFERÐAFRÆÐI OG SKIPULAG RITGERÐAR.....	7
1.2	EINKENNI ÍSLENSKA HEILBRIGÐISKERFISINS.....	8
2	FRÆÐILEG UMFJÖLLUN	9
2.1	DAGSKRÁRKENNING JOHN W. KINGDON.....	9
2.1.1	<i>Pátttakendur</i>	9
2.1.2	<i>Vandamálastraumurinn</i>	11
2.1.3	<i>Stefnustraumurinn</i>	11
2.1.4	<i>Stjórn málastraumurinn</i>	13
2.1.5	<i>Opnun stefnugluggans</i>	13
2.2	SKILGREINING VANDAMÁLA OG INNRÖMMUN.....	14
2.3	JÖFNUÐUR OG SKILVIRKNI	15
2.4	SÉRSTAÐA HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU OG MARKAÐSBRESTIR.....	16
3	FJÖLBREYTT REKSTRARFORM Í ÍSLENSKRI HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU	18
3.1	VILJAYFIRLÝSING Í JANÚAR 2015.....	18
3.2	HUGMYNDIN UM FJÖLBREYTT REKSTRARFORM Í SÖGULEGU LJÓSI.....	19
3.3	RÍKISSTJÓRN SAMFYLKINGARINNAR OG SJÁLFSTÆÐISFLOKKSINS 2007.....	20
3.4	STEFNU KOMIÐ Í FRAMKVÆMD: SJÚKRATRYGGINGAR ÍSLANDS	21
3.5	BANKAHRUNIÐ, STJÓRNARSKIPTI OG BREYTTAR FORSENDUR	22
3.6	RÍKISSTJÓRN FRAMSÓKNARFLOKKSINS OG SJÁLFSTÆÐISFLOKKSINS 2013	25
3.7	ÞRÝSTINGUR Á BREYTINGAR OG KJARADEILA LÆKNA.....	26
3.8	UMRÆÐA Í KJÖLFAR YFIRLÝSINGAR.....	28
4	UMRÆÐUR OG NIÐURSTÖÐUR	30
4.1	FERILL HUGMYNDAR Í FRÆÐILEGU LJÓSI.....	30
4.2	LEIÐ TIL AÐ SÆTTA ÓLÍK SJÓNARMÍÐ?	35
4.3	TOGSTREITA MILLI JÖFNUÐAR OG SKILVIRKNI Í ÍSLENSKUM STJÓRNMÁLUM	36
4.4	NIÐURSTÖÐUR.....	38
5	LOKAORÐ	40
6	HEIMILDIR	41

1 Inngangur

Þann 8. janúar 2015 var send út viljayfirlýsing um uppbyggingu íslenska heilbrigðiskerfisins, en að henni stóðu forsætisráðherra, fjármála- og efnahagsráðherra og heilbrigðisráðherra, ásamt fulltrúum frá Læknafélagi og Skurðlæknafélagi Íslands. Ýmis atriði koma þar fram, meðal annars er varða byggingu nýs Landspítala og endurnýjun tækjabúnaðar, auk þess sem kveðið er á um aukið fjármagn til íslenska heilbrigðiskerfisins. Sá hluti yfirlýsingarinnar sem vakti þó líklega mesta athygli er sá sem lýtur að því að opna eigi fyrir fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðiskerfinu. Þessi eina setning varð uppspretta ótal greina sem skrifaðar voru á næstu vikum þar sem hugmyndin var ýmist gagnrýnd eða studd og stofnað var til sérstakrar umræðu á Alþingi þar sem heilbrigðisráðherra var inntur svara um hugsanlegar breytingar á rekstrarformi heilbrigðisþjónustunnar.

Þetta er ekki í fyrsta sinn sem hugmyndin um fjölbreyttari rekstrarform kemur fram á sjónarsviðið í íslenskum stjórnámálum. Á síðustu tveimur áratugum hafa reglulega komið fram hugmyndir er lúta að því að breyta skipulagi íslenska heilbrigðiskerfisins, sem er og hefur verið mjög miðstýrt, með það fyrir augum að auka fjölbreytni í rekstrarformi. Þessar þreifingar hafa verið mjög umdeildar, enda hafa þær almennt verið skildar sem svo að til standi að auka hlutdeild einkaaðila en nokkur andstaða ríkir gagnvart einkavæðingu íslenska heilbrigðiskerfisins meðal almennings.

Markmið þessarar ritsmíðar er að varpa ljósi á hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu og skýra þróun hennar á vettvangi íslenskra stjórnamála á síðustu árum. Til þess eru lagðar fram þrjár rannsóknarspurningar: Hvað felst í hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu? Hvað kann að skýra að hugmyndin er jafn umdeild og raun ber vitni? Hvernig komst hugmyndin á dagskrá íslenskra stjórnvalda í byrjun árs 2015?

Mikilvægt er að árétta strax í upphafi að markmiðið með ritsmíðinni er ekki að svara því hversu góð eða slæm hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform kann að vera, heldur er markmiðið fyrst og fremst að varpa ljósi á feril hugmyndarinnar í íslenskum stjórnámálum og hvað kann að skýra að jafn erfitt er að ná samstöðu um málið og raun ber vitni. Athyglisvert getur verið að skoða í fræðilegu ljósi hvernig grundvallarhugmyndir um skipulag heilbrigðiskerfisins þróast á vettvangi stjórnmalanna, einkum vegna þess að heilbrigðismálin snerta alla landsmenn í einni eða annarri mynd og málaflokkurinn er einn umfangsmesti útgjaldaliður ríkissjóðs (Fjármálaráðuneytið 2014, 10). Ekki er vitað til þess að sambærileg rannsókn hafi verið framkvæmd á Íslandi á síðustu árum.

1.1 Aðferðafræði og skipulag ritgerðar

Tímabilið sem hér er til skoðunar nær frá alþingiskosningum 2007, þegar ríkisstjórn Samfylkingar og Sjálfstæðisflokks tók við, þar til ríkisstjórn Framsóknarflokks og Sjálfstæðisflokks setti hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform á dagskrá með viljayfirlýsingunni í janúar 2015. Þar að auki verður ljósi varpað á helstu viðbrögð við títtnefndri yfirlýsingu, eða til 1. mars, ekki síst til þess að sýna fram á hversu umdeild þessi hugmynd er í raun. Megin rannsóknaraðferðin er greining á fyrirliggjandi heimildum. Til þess að varpa ljósi á tilvikið er stuðst við ýmsar heimildir, til að mynda fjölmiðla, stefnuyfirlýsingar og skýrslur, þá er notast við fræðibækur á sviði opinberrar stefnumótunar til þess að setja viðfangsefnið í fræðilegt samhengi. Auk þess tók höfundur viðtal við einstakling sem starfaði í heilbrigðisráðuneytinu megnið af rannsóknartímabilinu, í þeim tilgangi að öðlast dýpri skilning á viðfangsefninu.

Skipulag ritgerðarinnar er með þeim hætti að henni er skipt í þrjá megin hluta. Fyrst verður fjallað um fræðilegar kenningar sem liggja umfjölluninni til grundvallar, einkum dagskrárkenningar sem skýra það hvernig hugmyndir koma fram á sjónarsviðið og ná athygli stjórnvalda, auk kenninga um það hvernig málefni eru sett fram af stjórnámálönnum til þess að þau hljóti framgang. Þá verður fræðilegu ljósi varpað á sérstöðu heilbrigðiskerfisins og hvernig tvö af meginmarkmiðum opinberrar stefnumótunar, jöfnuður og skilvirkni, geta átt erfitt uppdráttar, einkum þegar annað hvort hið opinbera eða einkaaðilar sjá einungis um að veita heilbrigðisþjónustuna. Þessar kenningar geta hjálpað til við að skilja upp úr hvaða jarðvegi hugmyndin um fjölbreyttari rekstrarform sprettur. Í öðrum hluta verður ferill tilviksins rakinn. Varpað verður ljósi á það hvernig hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform hefur þróast á vettvangi íslenskra stjórnamála á síðustu árum og sýnt fram á að í tíð síðustu þriggja ríkisstjórna hefur hugmyndin ýmist verið í miklum forgangi eða algjörlega utan dagskrár. Í þriðja hlutanum verður gerð tilraun til að máta þessar fræðilegu kenningar opinberrar stefnumótunar við tilvikið sem um ræðir, það er þróun hugmyndaarinnar um fjölbreytt rekstrarform í íslenskum stjórnámálum. Hugmyndin verður skoðuð í fræðilegu ljósi og leitast við að svara því hvernig hún komst á dagskrá íslenskra stjórnvalda í byrjun árs 2015. Þá verður rýnt í hugmyndina sjálfa, hvað í henni felst og hvers vegna hún er jafn umdeild og raun ber vitni.

Áður en lengra er haldið og vikið verður að meginefni ritgerðarinnar þá er nauðsynlegt, til þess að staðsetja umfjöllunina, að fjalla í stuttu máli um helstu einkenni íslenska heilbrigðiskerfisins, einkum með tilliti til núverandi skipulags og rekstrarforms.

1.2 Einkenni íslenska heilbrigðiskerfisins

Hægt er að tala um íslenska heilbrigðiskerfið sem félagslegt heilbrigðiskerfi (e. socialized health system). Einkenni slíkra kerfa eru að heilbrigðisþjónustan er að mestu fjármögnuð með opinberu fé, tæki og búnaður er að stórum hluta í eigu hins opinbera, og stjórnvöld skipuleggja hvernig veita skuli þjónustuna. Í flestum tilvikum eru lítil sem engin þjónustugjöld lögð á notendur heilbrigðisþjónustu, enda er markmiðið að allir hafi jafnan aðgang að þjónustunni. Í félagslegum kerfum er einkaaðilum þó stundum heimilað að taka við rekstri afmarkaðra þátta heilbrigðisþjónustunnar (Rúnar Vilhjálmsson 2007, 198).

Íslenska heilbrigðiskerfið er smátt í sniðum og fremur miðstýrt, fjármagnað með opinberu fé, auk þess sem hið opinbera sér að mestu leyti um að veita heilbrigðisþjónustuna. Eitt helsta einkenni kerfisins er því að það er að mestu sami aðilinn, ríkið, sem borgar fyrir og veitir þjónustuna. Heilbrigðisráðherra ber meginábyrgð á fjármögnun og veitingu heilbrigðisþjónustu, sem og regluverki og stefnumótun heilbrigðiskerfisins (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð og Anna Maresso 2014, 15, 43). Íslenska heilbrigðiskerfið er að stærstum hluta fjármagnað með skatttekjum, en auk þess er hluti fjármagnaður með notendagjöldum. Á síðustu árum hefur kostnaður vegna heilbrigðiskerfisins verið að aukast á Íslandi eins og víðar í Evrópu, meðal annars vegna tækniframfara og breyttrar aldurssamsetningar þjóðarinnar og er því spáð að þessi þróun haldi áfram á næstu áratugum (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð og Anna Maresso 2014, 44).

Lengst af hefur heilbrigðisþjónusta á Íslandi verið á vegum hins opinbera og hafa einkaaðilar haft takmörkuðu hlutverki að gegna. Hlutverk einkaaðila hefur aðallega falist í því að sjá um þjónustu til viðbótar þeirri sem er öllum tryggð í gegnum félagslega heilbrigðiskerfið. Á síðustu árum hefur sú krafa hins vegar orðið háværarí, meðal annars frá læknum, að einkaaðilar fái að taka að sér að reka stærri hluta heilbrigðiskerfisins (Rúnar Vilhjálmsson 2007, 199-200). Þegar einkafyrirtæki hafa séð um að reka heilbrigðisþjónustu á Íslandi hefur málum yfirleitt verið þannig háttað að samningar hafa verið gerðir milli rekstraraðila og ríkisins um greiðslu fyrir að veita ákveðna þjónustu og því hefur þjónustan að mestu verið greidd með opinberu fé (Nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar 2006, 41).

2 Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla verður viðfangsefni ritgerðarinnar staðsett fræðilega, en notast verður við kenningar úr opinberri stefnumótun. Fyrst verður gerð grein fyrir dagskrárkenningu John W. Kingdon, en með kenningu sinni um þrjá strauma og glugga tækifæranna leitast hann við að skýra hvað hefur áhrif á dagskrá stjórnmalanna og hvernig hugmyndir hljóta framgang innan kerfisins. Því næst verður vikið að kenningum sem lúta að skilgreiningu vandamála og hvernig hægt er að ramma mál inn með misjöfnum hætti til þess að ná markmiðum í stjórnmalum og koma ákveðnum hugmyndum á framfæri. Loks verður fjallað um mismunandi, og oft ósamrýmanleg, markmið við að veita opinbera þjónustu áður en fjallað verður fræðilega um sérstöðu heilbrigðiskerfisins og markaðsbresti sem því fylgja.

2.1 Dagskrárkenning John W. Kingdon

John W. Kingdon hefur með rannsóknum sínum mótað kenningu um það hvernig mál komast á dagskrá í stjórnmalum. Þegar rætt er um dagskrá stjórnála þá er átt við þau vandamál sem stjórnmalamenn, embættismenn og tengdir aðilar veita alvarlega eftirtekt á hverjum tíma. Hann leitast við að svara því, af hverju þeir sem hafa áhrif á stefnumótun veita ákveðnum málefnum athygli á meðan þeir líta fram hjá öðrum, hvernig dagskrá stjórnmalamanna og tengdra aðila breytist frá einum tíma til annars, og hvernig valkostum er forgangsraðað (Kingdon 2011, 2-3).

Rannsókn Kingdon snýr að ferlum í opinberri stefnumótun og skiptir hann opinberri stefnumótun gróflega í fjögur stig: stefnumál komast á dagskrá; valkostir skilgreindir sem lausn við vandamálinu; stjórnvöld taka stefnumarkandi ákvarðanir byggða á valkostunum; stefnan er innleidd (Kingdon 2011, 2-3). Kingdon skoðar fyrstu tvö stigin, hvernig stefnumál færast upp í forgangsröðun og komast á dagskrá stjórnmalanna annars vegar og hvernig valkostir eru mótaðir og þeim komið á framfæri hins vegar (Kingdon 2011, 243).

Kingdon greinir á milli annars vegar dagskrár ríkisstjórnar (e. governmental agenda), það eru mál sem hljóta athygli stjórnvalda og eru í umræðunni, og hins vegar dagskrár ákvörðunar (e. decision agenda), en það eru þau mál sem komast á það stig að um þau er tekin ákvörðun af stjórnvöldum (Kingdon 2011, 3-4).

2.1.1 Þátttakendur

Hægt er að skipta þátttakendum í opinberri stefnumótun í sýnilega og ósýnilega þátttakendur. Í fyrri flokkinn falla einkum stjórnmalamenn og stjórnmalaflokkar sem eru sífellt í kastljósi fjölmiðla og almennings. Sérfræðingar og embættismenn í stjórnsýslu tilheyra aftur á móti

ósýnilegum þátttakendum. Sýnilegu þátttakendurnir hafa mest áhrif á hvaða mál rísa á dagskrá stjórn málaumræðunnar, einkum ríkisstjórn og tengdir aðilar (Theodoulou og Cahn 1995, 107-108). Ríkisstjórnir hafa, í krafti stjórnarskrárbundins valds, mikil formleg áhrif sem aðrir hafa ekki. Aðrir aðilar eru þó einnig fyrirferðarmiklir. Má þar til dæmis nefna hagsmunasamtök, fræðasamfélagið, ráðgjafa, fjölmiðla, aðra stjórnámamenn og stjórn mála flokka. Ýmiss konar hagsmunaaðilar eru sífellt að þrýsta á stjórnvöld, ýmist í því skyni að koma málum á dagskrá eða hindra að mál hljóti hljómgrunn (Kingdon 2011, 45, 49).

Nokkrir þættir gera hagsmunahópum auðveldara fyrir að hafa áhrif á dagskrá stjórn mála. Hópar sem eru í stöðu til að halda efnahagslífínu í gíslingu með aðgerðum sínum og þannig hafa neikvæð áhrif á lífsafkomu margra einstaklinga, munu líklega fá meiri athygli stjórnvalda en aðrir. Samstaða er einnig lykilatriði varðandi möguleika hagsmunahópa til að hafa áhrif. Ef hópurinn talar einni röddu, er skipulagður og stendur saman í því sem farið er fram á eru mun meiri líkur að stjórnvöld verði við kröfum þeirra. Hins vegar er sundrung og misræmi í kröfum ekki líklegt til árangurs (Kingdon 2011, 51-53).

Fjölmiðlar eru gjarnan taldir hafa mikil áhrif á hvaða mál komast á dagskrá stjórn mála. Það sem fær mikla athygli fjölmiðla telur fólk, bæði almenningur og stjórnámamenn, skipta máli og því hefur umfjöllun fjölmiðla nokkur áhrif á almenningsálitið. Kingdon bendir þó á að niðurstöður rannsókna hans sýni að hlutverk fjölmiðla við að koma málum upphaflega á dagskrá sé ekki sérlega mikið. Þrátt fyrir að sjaldan sé hægt að rekja stefnumál beint til fjölmiðla þá gegna þeir þeim mun mikilvægara hlutverki við að magna upp átök og beina þannig frekara sjónarhorni á málefni (Kingdon 2011, 57-60).

Almenningsálitið getur haft áhrif á hvað kemst á dagskrá, bæði á jákvæðan og neikvæðan hátt. Ef málefni hefur mikil áhrif á meginþorra almennings getur það komist ofar í forgangsröðun stjórnámamanna. Almenningur hefur meiri áhrif á dagskrána og hvaða vandamál eru í umræðunni frekar en að móta lausnir við vandamálunum. Kingdon bendir á að það sé erfitt að segja hvort almenningsálitið hafi meiri áhrif á stefnumótunaraðila eða öfugt. Það sem stjórnámamenn tala um hafi jafnvel meiri áhrif á almenningsálitið og þar er hlutverk fjölmiðla mikið (Kingdon 2011, 65-67).

Lykilhugtak samkvæmt kenningu Kingdon er svokallaður stefnugluggi (e. policy window). Þegar sá gluggi opnast þá skapast tækifæri til að koma ákveðnum málefnum á dagskrá og knýja fram meiriháttar stefnubreytingar. Til að skilja hvers vegna stefnuglugginn opnast samkvæmt Kingdon, þá er nauðsynlegt að þrír straumar, sem flæða sjálfstætt um í kerfinu, komi saman og tengist á ákveðnum tímamarki (Kingdon 2011, 165). Nú verður vikið nánar að þessum straumum.

2.1.2 Vandamálastraumurinn

Í fyrsta lagi ber að nefna vandamálastrauminn. Stjórnvöld standa sífellt frammi fyrir ótal viðfangsefnum. Hins vegar veita þau einungis ákveðnum vandamálum athygli en líta fram hjá öðrum. Til þess að málefni komist á dagskrá og leiði af sér stefnubreytingu verða stjórnvöld að líta á viðfangsefnið sem vandamál. Það getur gerst í kjölfar birtingar tölulegra upplýsinga, nýjar tölur um dánartíðni eða útgjöld ríkisins geta til dæmis opnað augu stefnumótunaraðila fyrir vandamáli (Kingdon 2011, 90-91). Áhrifamiklir atburðir eða slys geta einnig beint sjónum að vandamáli. Stundum gerast atburðir sem ýta virkilega undir kröfu um aðgerðir stjórnvalda. Þegar atburður ógnar hagkerfi heils ríkis getur til að mynda verið óhugsandi fyrir stefnumótunaraðila að bregðast ekki við (Kingdon 2011, 94-96). Þá geta viðbrögð (e. feedback) við opinberum verkefnum skapað vandamál og ýtt undir stefnubreytingu, til að mynda ef innleiðing stefnu reynist dýrari, eða á einhvern hátt verr heppnuð, en áætlað var (Kingdon 2011, 100). Lykilatriði í vandamálastraumnum er að gera greinarmun á aðstæðum og vandamáli. Aðstæður verða ekki að vandamáli fyrr en ákveðið er að gera eitthvað í málinu. Því er vandamálastraumurinn háður því að ákveðnar aðstæður séu skilgreindar sem vandamál (Kingdon 109-110).

2.1.3 Stefnustraumurinn

Stefnustraumnum tilheyra sérfræðingar, einkum úr akademíunni og stjórnsýslunni. Í slíku sérfræðingasamfélagi er ógrynni af hugmyndum á sveimi og þar verða til valkostir og tillögur (Kingdon 2011, 116-117). Innan stefnustraumsins hefur fólk áhuga á að koma ákveðnum málum á dagskrá og því leggur það valkosti fyrir aðra í því skyni að fá viðbrögð. Þótt sumar hugmyndir séu slegnar út af borðinu strax í byrjun eru margar sem lifa af og verða teknar til alvarlegrar skoðunar á seinni stigum. Kingdon talar í þessu samhengi um hugmyndasúpuna (e. policy primeaval soup) en þar malla þær fjölmörgu hugmyndir sem koma til greina á fyrstu stigum stefnumótunarferlisins (Kingdon 2011, 121-122).

Í stefnustraumnum gegna svokallaðir stefnufrumkvöðlar (e. policy entrepreneur) lykilhlutverki. Þeir berjast fyrir því að koma ákveðnum hugmyndum eða breytingartillögum í gegnum ferlið. Stefnufrumkvöðlar þurfa ekki endilega að vera meðlimir í sérfræðingasamfélaginu, heldur geta þeir verið ráðherrar, þingmenn, eða hagsmunaaðilar. Það sem sameinar stefnufrumkvöðla er vilji þeirra til að verja tíma sínum og orku í að berjast fyrir framgangi ákveðinna mála (Kingdon 2011, 122).

Kingdon segir að algjörlega nýjar hugmyndir komi sjaldan fram og leiði til meiriháttar stefnubreytinga. Hann segir algengara að stefnumótunaraðilar setji gamlar hugmyndir í nýjan

búning (e. recombination). Slíkar hugmyndir séu líklegri til að lifa af og komast í framkvæmd frekar en alveg nýjar hugmyndir. Meiriháttar stefnubreytingar byggja því yfirleitt á mörgum fyrri hugmyndum. Af þessum sökum segir Kingdon, að þrátt fyrir að stefnubreytingar eigi sér stað, þá sé „ekki nýtt undir sólinni“ (Kingdon 2011, 124).

Eins og áður sagði fljóta ótal hugmyndir í hugmyndasúpunni og bíða þess að þeirra tími komi. Fylgismenn ákveðinna hugmynda sitja þó ekki aðgerðarlausir og bíða þess tíma, heldur beita þeir aðferðum til að vekja athygli á hugmyndunum. Kingdon talar um að „hita upp“ (e. soften up) mikilvæga aðila og almenning með því að venja þá við nýjar hugmyndir. Slík undirbúningsvinna getur tekið mörg ár, en er nauðsynleg, vegna þess að þegar tækifærið loks kemur til að setja hugmyndir fram sem raunhæfan valkost þá þekkir fólk hugmyndina og því líklegra að hún hljóti brautargengi (Kingdon 2011, 127-128). Sambærilegar hugmyndir komast því á, og detta út af, dagskrá frá einum tíma til annars. Stundum blómstra hugmyndir og fölna aftur, áður en þær blómstra á ný. Þegar hugmyndir komast í sviðsljósið birtast þær ekki endilega í sömu mynd og áður, heldur eru þær gjarnan settar í nýjan búning, til að mynda sem lausn við öðru vandamáli en í upphafi (Kingdon 2011, 141-142).

Eins og áður sagði greinir Kingdon á milli dagskrár ríkisstjórnar og dagskrár ákvörðunar. Vandamál geta komist á dagskrá ríkisstjórnar án þess að sérstök lausn sé í sjónmáli. Hins vegar er lykilatriði að ákveðin lausn sé tengd við vandamálið ef það á að komast á dagskrá ákvörðunar. Það er ekki nóg að vandamál sé til staðar, heldur þarf einhvers konar lausn við vandamálinu að vera í sjónmáli, helst einhver sem hefur verið í hugmyndasúpunni um nokkurt skeið og mikilvægir þátttakendur þekkja (Kingdon 2011, 142-143).

Eins og Kingdon sér þetta þá eru nokkrir þættir nauðsynlegir til að hugmynd úr stefnustráumnum hljóti brautargengi. Hugmyndin verður að vera tæknilega framkvæmanleg og ekki of dýr. Hún má ekki vera í mótsögn við viðurkennd gildi sérfræðingasamfélagsins, til dæmis varðandi jöfnuð og skilvirkni. Algengt er að gildin byggist á viðhorfi stefnumótunaraðila til umfangs opinberrar þjónustu samanborið við einkarekstur. Þeir sem eru til vinstri á hugmyndafræðilegum ási stjórnmálanna eru almennt hlynntari meira umfangi ríkisins við að tryggja félagslegt velferðarkerfi en þeir sem eru til hægri. Ef ákveðin gildi, til að mynda varðandi umfang ríkisins eru ríkjandi í samfélaginu og meðal stefnumótunaraðila getur það haft veruleg áhrif á framgang hugmynda. Þá er mikilvægt að hugmyndin njóti stuðnings meðal stjórnmálamanna en ekki síður almennings (Kingdon 2011, 131-139).

2.1.4 Stjórn málastraumurinn

Þriðji straumur Kingdons lýtur að stjórn málum. Kosningaúrslit, breytt stjórn ríkisins og dreifing þingmanna eftir flokkum og hugmyndafræði eru hluti af þessum straumi en þrýstingur frá hagsmunahópum og almenningsálitið (e. public mood) sömuleiðis. Breytingar í stjórn málastraumnum, til dæmis ríkisstjórnarskipti í kjölfar kosninga, geta haft veruleg áhrif á hvaða málefni komast á, eða falla út af, dagskrá. Þegar breytingar verða á stjórn ríkisins fylgja því oft nýjar áherslur og skyndilega verður mögulegt að setja fram hugmyndir sem á öðrum tíma voru ekki taldar við hæfi (Kingdon 2011, 145, 154).

Þó það sé ekki hægt að segja að ríkisstjórnin ráði dagskránni að öllu leyti þá hefur mikið að segja hvaða mál eru efst á dagskrá þeirra sem sitja í ríkisstjórn hverju sinni. Þá skiptir almenningsálitið, hvernig andinn er í samfélaginu og áherslur almennings, sömuleiðis máli. Stefnumótunaraðilar telja sig gjarnan geta skynjað almenningsálitið og merkt breytingar á því (Kingdon 2011, 22, 147).

Samkvæmt Kingdon er líklegast að stjórn málastraumurinn komi málum á dagskrá ef kosningaúrslit eru í takti við almenningsálitið í þjóðfélaginu. Almenningsálitið og kosningaúrslit geta þannig saman verið sterkt afl við að koma málum ofar á dagskrá stjórn málanna (Kingdon 2011, 164).

2.1.5 Opnun stefnugluggans

Kenning Kingdon gerir ráð fyrir því að straumarnir þrír flæði sjálfstætt um kerfið, en á einhverjum tímamarki tengist þeir. Þegar ákveðið málefni er skilgreint sem vandamál, lausn frá sérfræðingasamfélaginu er tiltæk og breyting verður á stjórn málasviðinu þá opnast stefnuglugginn og til verður tækifæri til að koma ákveðnum stefnumálum á framfæri (Kingdon 2011, 165). Yfirleitt ræður samspil fjölmargra þátta því hvort hugmynd komist á dagskrá og sjaldnast er hægt að finna einfaldar skýringar á því (Kingdon 2011, 76). Stjórn málastraumurinn og vandamálastraumurinn hafa þó meiri áhrif á hvaða mál komast á dagskrá en stefnustraumurinn. Hins vegar hefur sá síðastnefndi meiri áhrif á mögulega valkosti og lausnirnar á vandamálinu (Kingdon 2011, 168).

Eins og Kingdon lítur á málið, þá opnast stefnugluggar með óreglulegu millibili og oftast en ekki lokast þeir frekar fljótt aftur. Ef stefnufrumkvöðlar nýta ekki tækifærið þennan stutta tíma sem glugginn er opinn verða þeir að bíða þangað til síðar. Þrátt fyrir að stefnuglugginn sé ekki opinn lengi þá gerir hann það oft að verkum að stórvægilegar stefnubreytingar eiga sér stað. Erfitt getur reynst að spá fyrir um það hvenær stefnuglugginn opnast og einnig er oft umdeilt hvort glugginn sé, eða hafi verið, opinn þegar öllu er á botninn hvolft. Hægt er að tala

um fyrirsjáanlega stefnuglugga þegar hægt er að spá fyrir um það að glugginn muni opnast. Skýrslur sem birtast með reglulegu millibili, fjárlög hvers árs og regluleg endurnýjun löggjafar gera það að verkum að stefnuglugginn opnast og tækifæri skapast til að hafa áhrif. Ríkisstjórnarskipti eru líklega augljósasta og jafnframt fyrirsjáanlegasta ástæða þess að stefnugluggi opnast (Kingdon 2011, 166, 168, 170-173, 186).

2.2 Skilgreining vandamála og innrömmun

Cristoph Knill og Jale Tosun eru, líkt og Kingdon, að fjalla um fyrstu skref opinberrar stefnumótunar og hvernig mál komast á dagskrá í stjórnámálum. Þau hafa skoðað rannsóknir og rit fræðimanna í þeim tilgangi að leggja mat á það hvernig málefni eru skilgreind sem vandamál sem hið opinbera eigi að leysa. Þau hafa komist að því að skilgreining vandamála er háð túlkun þess sem á í hlut hverju sinni og því er hægt að skilgreina sama vandamálið með mjög ólíkum hætti (Knill og Tosun 2012, 97). Baumgartner og Jones eru á svipuðum slóðum þegar þeir fjalla um að í nútíma umhverfi þurfi stjórnámálamenn að velja úr aragrúa af upplýsingum sem flæða til þeirra úr öllum áttum og forgangsraða þeim í samræmi við pólitísk markmið. Nánast allar upplýsingar eru opnar fyrir túlkun og fer það eftir því hver á í hlut hvernig upplýsingar eru túlkaðar (Jones og Baumgartner 2005, 10, 13).

Í flestum tilvikum er því ekki til neinn algildur skilningur á vandamáli, heldur er mögulegt að skilgreina vandamál á ýmsa vegu. Það getur skipt miklu máli, varðandi þróun mála, hvernig vandamál er skilgreint, vegna þess að stefna er mótuð í samræmi við vandamálið. Knill og Tosun nefna sem dæmi að það hvernig atvinnuleysi er skilgreint hefur áhrif á aðgerðir stjórnvalda til að stemma stigu við því. Hvort atvinnuleysi er til komið vegna efnahagskreppu í landi, eða vegna þess að einstaklingar nenna ekki að vinna, getur verið háð skilgreiningu hvers og eins, en hefur áhrif á stefnumótun hins opinbera (Knill og Tosun 2012, 98-99).

Vegna þess að vandamálin eru háð skilgreiningu þá skiptir máli að vera sá fyrsti til að skilgreina þau. Það hefur sýnt sig að þeir sem eru fyrstir að skilgreina vandamál hafa yfirburði fram yfir þá sem á eftir koma (e. first-mover advantage). Ástæða þessara yfirburða er sú, að þegar búið er að skilgreina vandamál á ákveðinn hátt, þá þurfa þeir sem á eftir koma ekki bara að færa fram jafn sannfærandi skilgreiningu heldur jafnframt að hrekja þá sem áður var komin fram. Það getur reynst erfitt þegar mótspyrnan er mikil. (Knill og Tosun 2012, 99).

Samkvæmt Knill og Tosun veltur það ekki aðeins á hagsmunum og viðhorfum þess sem á í hlut hvernig vandamál er skilgreint, heldur jafnframt á einkennum vandamálsins. Talað er um að ramma inn vandamál (e. framing) en með því er átt að vakin er sérstök og meiri athygli

á ákveðnum einkennum vandamáls en öðrum. Innrömmun byggist á því að stefnumótunaraðilar velja hvaða afmörkuðu upplýsingar um viðfangsefnið eru settar fram og með hvaða hætti, til þess að það vandamálið passi við þær lausnir sem henta (Knill og Tosun 2012, 102-103). Ótal rannsóknir hafa sýnt að það hvernig málefni eru römmuð inn hefur mikil áhrif á viðbrögð fólks. Til að mynda skiptir miklu máli, þegar metinn er væntanlegur ávinningur af skurðaðgerð, í hvaða búning lífslíkur eru settar. Thaler og Sunstein benda á, að það hvort sagt er að 10 af 100 látist eða að 90 af 100 lifi af tiltekna skurðaðgerð, hafi bæði áhrif á það hvort sjúklingur vilji gangast undir aðgerð og einnig hvort læknir vilji gera aðgerðina. Fólk bregst því við með ólíkum hætti þegar talað er um líf og dauða, þrátt fyrir að upplýsingarnar séu í raun þær sömu. Innrömmun getur haft mikil áhrif á opinbera stefnumótun, en stjórnvöld geta nýtt sér hana sem tæki þegar upplýsingar eru settar fram, til þess að vekja ákveðin viðbrögð almennings frekar en önnur (Thaler og Sunstein 2009, 39-40).

Baumgartner og Jones tala í þessu samhengi um ímynd stefnumála (e. policy images), en það mætti skilgreina sem það, hvernig stefnumál eru skilin og rædd. Opinber stefnumótun og aðgerðir stjórnvalda geta haft margar víddir og þar af leiðandi ólík áhrif á ólíka einstaklinga. Þess vegna geta tveir einstaklingar lagt gjörólíkan skilning í sömu stefnuna. Þrátt fyrir að stundum sé nokkur samstaða um það hvað felist í tilteknum stefnumálum er algengt að deilur standi um það hvaða áhrif stefnan hafi og hvernig beri að skilja hana. Stuðningsmenn stefnu leggja oft jákvæðan skilning í málið og vísa til hans í umfjöllun sinni, á meðan andstæðingar skilja gjarnan málið með öðrum hætti og leggja áherslu á neikvæðari þætti. Ímynd stefnumála er samsett úr annars vegar fyrirbyggjandi gögnum um málið (e. empirical information) og hins vegar því hvernig gögnin eru metin og í hvaða búning þau eru sett. Baumgartner og Jones tala um það síðarnefnda sem tón málsins (e. tone). Það getur haft mikil áhrif á ímynd stefnumálsins ef tónninn breytist. (Baumgartner og Jones 1993, 25-26).

2.3 Jöfnuður og skilvirkni

Julian Le Grand o.fl. greina á milli markmiða (e. ends) og leiða (e. means) þegar hið opinbera veitir þjónustu. Markmið stjórnvalda geta verið ólík og fólk getur haft mismunandi skoðanir á því að hverju skuli stefnt með veitingu opinberrar þjónustu. Hægt er þó að nefna fimm megin markmið sem eru mikilvæg í opinberri þjónustu. Þau eru gæði, skilvirkni, jöfnuður, að þjónustuaðilar komi til móts við þarfir og vilja notenda, og að þjónustuaðilar beri ábyrgð gagnvart skattgreiðendum (Le Grand 2007, 6-7).

Tvö markmið, skilvirkni og jöfnuður, eru sérstaklega fyrirferðarmikil. Talað er um skilvirkni og jöfnuð sem tvö af megin markmiðum opinberrar stefnumótunar og eru þau þess

eðlis að stjórnvöld verða yfirleitt að gefa þeim gaum þegar teknar eru ákvarðanir um það hvernig opinberri þjónustu skuli hagað (Le Grand, Propper og Smith 2008, 28; Nagel 1986, 99).

Skilvirkni (e. efficiency) er hægt að skilgreina sem það stig framleiðslu þar sem heildarávinningur er mestur umfram kostnað. Í tengslum við opinbera stefnumótun er oft talað um að skilvirkni sé náð ef tekst að lágmarka kostnað við opinbera þjónustu. Jöfnuður (e. equity) er hins vegar það hvernig gæðum er dreift milli einstaklinga í samfélaginu. Þrátt fyrir að framleiðsla eða þjónusta sé skilvirk þá er ekki þar með sagt að hún einkennist af jöfnuði og sanngirni. Þessi markmið fara ekki alltaf saman og geta raunar haft neikvæð áhrif á hvort annað. Þannig getur framleiðandi sem ekki finnur hvata til að leggja sig fram, vegna þess að ávinningi framleiðslunnar er dreift í nafni jöfnuðar, lagt sig minna fram og þannig dregið úr framleiðslu og skilvirkni. Sökum þess, að ólíklegt er að öllum markmiðum opinberrar þjónustu verði náð samtímis, þá eru fórnarskipti (e. trade-offs) stundum nauðsynleg, en þá er einu markmiði, til dæmis skilvirkni, fórnað fyrir annað, til dæmis jöfnuð (Le Grand, Propper og Smith 2008, 7-14; Nagel 1986, 99).

2.4 Sérstaða heilbrigðisþjónustu og markaðsbrestir

Samkvæmt kenningasmiðum nýfrjálshyggju ýtir samkeppni á frjálsum markaði yfirleitt undir skilvirkni. Skilyrði þess háttar markaðar eru víðtæk samkeppni milli margra veitenda þjónustu, upplýstir neytendur sem vita hvaða þjónusta er þeim fyrir bestu, og engin ytri áhrif (Centre for Health Program Evaluation 2001, 3-4). Ákveðin einkenni heilbrigðisþjónustu gera það hins vegar að verkum að almennt er talið að heilbrigðisþjónusta sé ekki eins og hefðbundin neysluvara sem hægt er að bjóða með skilvirkum hætti á frjálsum markaði (Le Grand, Propper og Smith 2008, 32).

Markaðsbrestir (e. market failure) verða þegar markaðurinn einn og sér nær ekki að dreifa gæðum með skilvirkum hætti (Centre for Health Program Evaluation 2001, 4). Óvissa um eftirspurn, ófullkomnar upplýsingar og ytri áhrif (e. externalities) eru þættir sem draga úr skilvirkni þegar heilbrigðisþjónusta er boðin á frjálsum markaði án atbeina ríkisins. Fyrsta atriðið snýr að því hve erfitt er að spá fyrir um hvenær fólk þarf á heilbrigðisþjónustu að halda og því getur verið áfall að þurfa óvænt að leggja út mikla fjármuni þegar fólk veikist eða slasast. Í öðru lagi er heilbrigðisþjónusta þess eðlis að neytendur hafa litlar upplýsingar hana. Um sérfræðiþekkingu er yfirleitt að ræða og því eiga neytendur erfitt með að greina á milli góðrar og slæmrar þjónustu og verða að treysta á lækni til að fá þessar upplýsingar. Þetta veitir læknum einokunarstöðu gagnvart sjúklingum. Þriðja atriðið sem kemur í veg fyrir

skilvirka heilbrigðisþjónusta á markaði eru ytri áhrif. Með því er átt að þjónusta hefur áhrif á þriðja aðila. Það getur birst í því að þegar einstaklingur ákveður að láta bólusetja sig hjá heilbrigðisyfirvöldum, þá kemur það til með að draga úr líkum á að aðrir einstaklingar sem hann umgangast fái umræddan sjúkdóm (Le Grand, Propper og Smith 2008, 32-36).

Skortur á skilvirkni er þó ekki eina ástæða þess að frjáls markaður er álitinn ófullnægjandi til að veita heilbrigðisþjónustu. Jafn aðgangur að þjónustunni skiptir ekki síður máli, en víða er talið að aðgangur að heilbrigðisþjónustu eigi að byggjast á þörf viðkomandi, frekar en getu til að borga (Centre for Health Program Evaluation 2001, 5). Margt bendir til þess að heilbrigðisþjónusta sem er veitt án ríkisafskipta einkennist ekki af jöfnuði. Þeir sem eru tekjuhærri geta þá keypt sér betri læknismeðferð og þeir sem eru heilbrigðari geta fengið betri tryggingakjör. Þrátt fyrir að samkeppni myndi tryggja að allir þyrftu að borga sama gjaldið fyrir sömu heilbrigðisþjónustu þá myndi það leggjast þyngra á tekjulægra fólk en þá tekjuhærri. Vegna þessara takmarkana markaðarins, bæði varðandi skilvirkni og jöfnuð, hafa nánast öll ríki gripið inn í heilbrigðisþjónustu með einum eða öðrum hætti, ýmist með lagasetningum, sköttum, niðurgreiðslum, eða með því að ríkið sjái um að veita þjónustuna. (Le Grand, Propper og Smith 2008, 37-40).

Inngrip stjórnvalda í heilbrigðisþjónustu getur þó einnig leitt til óskilvirkni. Þegar ríkið sér að mestu um að veita heilbrigðisþjónustuna kemst það gjarnan, vegna stærðar og skorts á samkeppni, í einokunarstöðu. Julian Le Grand o.fl. benda á að skortur á samkeppni dragi úr hvata til að lágmarka kostnað og veita heilbrigðisþjónustu á skilvirkan hátt. Þegar heilbrigðisþjónusta er alfarið á hendi ríkisins getur það jafnframt dregið úr nýsköpun og tækniframförum. Þá er mögulegt, vegna skorts á skilvirkni, að langir biðlistar verði til þegar heilbrigðisþjónusta er alfarið veitt af opinberum aðilum. Ójöfnuður getur þá birst í því að efnaðri einstaklingar geta stundum borgað sig frammar í röðina og fengið þannig betri þjónustu en aðrir (Le Grand, Propper og Smith 2008, 40-42).

Heilbrigðisþjónusta sem alfarið er í höndum hins frjálsa markaðar eða alfarið í höndum hins opinbera getur því í báðum tilfellum leitt til óskilvirkni og skorts á jöfnuði. Vegna þessa hefur verið leitast við að innleiða fjölbreyttari lausnir í rekstri heilbrigðiskerfa, sem draga úr göllum og nýta kosti hvors um sig. Dæmi um þetta er innleiðing hálf-markaða (e. quasi-markets) í opinberum heilbrigðiskerfum, þar sem fjármögnun og veiting heilbrigðisþjónustu er aðskilin. Fjármögnun kerfisins er þá að mestu í höndum hins opinbera en samkeppni er innleidd milli veitenda þjónustunnar, bæði opinberra og einkaaðila, sem keppast um verkin. Með þessu móti er markmiðið að auka skilvirkni og nýta fjármagn betur, án þess að það komi niður á jöfnuði (Le Grand, Propper og Smith 2008, 45).

3 Fjölbreytt rekstrarform í íslenskri heilbrigðisþjónustu

Í þessum kafla verður ferill hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform rakinn í íslenskum stjórnámálum. Fyrst verður ljósi varpað á viljayfirlýsinguna sem kom fram í byrjun árs 2015 og má segja að hafi komi málinu á dagskrá íslenskra stjórnvalda. Því næst verður fjallað um þróun hugmyndarinnar á síðustu árum, eða allt frá alþingiskosningum 2007 og til þess tíma er viljayfirlýsingin kemur fram. Sýnt verður fram á, hvernig hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform var ofarlega á forgangslista ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks og Samfylkingar 2007-2009, datt algjörlega af dagskrá á næsta kjörtímabili í stjórnartíð vinstri stjórnarinnar, en komst aftur á sjónarsviðið í íslenskum stjórnámálum með viljayfirlýsingunni í janúar 2015 og viðbrögðum í kjölfarið. Auk þess er nauðsynlegt, til þess að setja umfjöllunina í samhengi, að fjalla örstutt um sögulega þróun þessarar hugmyndar og helstu viðbrögð við yfirlýsingunni og þær umræður sem fylgdu í kjölfarið, eða allt til 1. mars þegar rannsóknartímabilinu lýkur.

3.1 Viljayfirlýsing í janúar 2015

Þann 8. janúar 2015 var send út viljayfirlýsing samhliða undirritun nýrra kjarasamninga lækna. Undir hana skrifuðu forsætisráðherra, heilbrigðisráðherra, menntamálaráðherra fyrir hönd fjármálaráðherra, auk fulltrúa Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands. Í yfirlýsingunni, sem er í átta liðum, er fjallað um hvaða leiðir stjórnvöld ætli að fara til að skapa heilbrigðiskerfinu betri starfsskilyrði. Í fyrsta lið yfirlýsingarinnar kemur fram að ráðast eigi í átak í heilbrigðismálum, í samráði við lækna, sem eigi að byggja á annars vegar betri starfsaðstöðu og hins vegar betri nýtingu fjármuna. Í viljayfirlýsingunni kemur sömuleiðis fram að markmiðið sé að gera íslenska heilbrigðiskerfið sambærilegt og á öðrum Norðurlöndum varðandi fjármagn og starfsfólk. Lagt verði kapp á að byggja nýjan Landspítala, endurnýja tækjabúnað og efla samvinnu milli heilbrigðisstofnana, auk þess sem stefnan verði sett á að lækna geti unnið á einum stað eingöngu (Forsætisráðuneytið 2015).

Í yfirlýsingunni er lögð mikil áhersla á betri nýtingu fjármuna og aukna framleiðni og skilvirkni: „Ljóst er að áskorunum heilbrigðisþjónustunnar verður ekki mætt með auknum fjármunum eingöngu. Kappkosta verður að hámarka nýtingu fjármagnsins, m.a. með framleiðnisamanburði og hvatningu til skilvirkni og aukinna gæða þjónustunnar,“ segir í yfirlýsingunni. Þá segir jafnframt: „Fram fari heildstæð skoðun á skipulagi, uppbyggingu og fjármögnun heilbrigðiskerfisins. Opna þarf möguleika á fjölbreyttum rekstrarformum sem byggja á virkri þjónustu- og verkefnastýringu, skýrum gæðakröfum samhliða jafnræði í greiðslum óháð rekstrarformi“ (Forsætisráðuneytið 2015).

Með yfirlýsingunni setja stjórnvöld því fram þá stefnu, að ekki verði einungis auknum fjármunum varið til heilbrigðiskerfisins, heldur þurfi sömuleiðis að breyta rekstrarformi þjónustunnar, sem er eins og áður sagði að mestu í höndum hins opinbera í dag. Auk þess eigi veitendum þjónustunnar ekki að vera mismunað eftir rekstrarformi heldur eigi hinar ólíku rekstrareiningar að njóta jafnræðis. Þetta er ekki í fyrsta skiptið sem hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu kemur fram á sjónarsviðið í íslenskum stjórnámálum. Áður en vikið verður að megin rannsóknartímabili ritgerðarinnar er því áhugavert að velta upp sögulegum rótum þessarar hugmyndar.

3.2 Hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform í sögulegu ljósi

Hugmyndin um fjölbreyttari rekstrarform í heilbrigðiskerfinu á sér þó nokkra forsögu, en algengt er að sjá vísun til hennar, í einni eða annarri mynd, í stefnuyfirlýsingum ríkisstjórna síðustu 20 ára. Í stefnuyfirlýsingu Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks frá 1995 er talað um mikilvægi þess að ráðast í kerfisbreytingar til þess að nýta fjármuni heilbrigðiskerfisins betur, auka hagkvæmni og fara fjölbreyttari leiðir í rekstri ákveðinna heilbrigðisstofnana (Stjórnarráð Íslands 1995). Í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnar sömu flokka fjórum árum síðar kemur fram að til standi að skoða möguleikann á því að breyta rekstrarformi ákveðinna þjónustubátta heilbrigðiskerfisins til þess að tryggja landsmönnum góða heilbrigðisþjónustu (Stjórnarráð Íslands 1999). Þá stefndi ríkisstjórn þessara flokka frá 2003 að því að auka skilvirkni í heilbrigðiskerfinu. Í því skyni var talað um að mikilvægi þess að breyta rekstrarformi einstakra þátta heilbrigðisþjónustunnar og nýta kosti þjónustusamninga þar sem það á við (Stjórnarráð Íslands 2003).

Í byrjun árs 2006 kom út skýrsla á vegum nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra sem fjallar um endurskipulagningu heilbrigðiskerfisins. Meðal niðurstaðna skýrslunnar eru tillögur um breytingar á fjármögnun heilbrigðiskerfisins; að hærri hlutfall greiðslna fyrir heilbrigðisþjónustu, meðal annars sjúkrahúsþjónustu, verði verktengt til þess að auka skilvirkni og afkastagetu. Þá er lagt til að greint verði á milli hlutverks þess sem fjármagnar og kaupir heilbrigðisþjónustu annars vegar og þess sem veiti hana hins vegar. Forsenda þess sé þó að hægt verði að kostnaðargreina þá þjónustu sem keypt er (Nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar 2006, 8-9). Þær hugmyndir sem settar eru fram í skýrslunni, einkum um aðskilnað kaupenda og veitenda heilbrigðisþjónustunnar, virðast hafa verið ákveðinn grunnur að þeim breytingum sem áttu sér stað þegar ný ríkisstjórn tók við vorið 2007. Nú verður vikið nánar að þessum breytingum.

3.3 Ríkisstjórn Samfylkingarinnar og Sjálfstæðisflokksins 2007

Í lok maí 2007 tók við ný ríkisstjórn tveggja stærstu stjórnmálaflokka landsins, Sjálfstæðisflokks og Samfylkingar. Í stefnuýfirlýsingu ríkisstjórnarinnar kemur fram að flokkarnir hafi það að markmiði mynda „frjálslynda umbótastjórn um kraftmikið efnahagslíf, öfluga velferðarþjónustu, bættan hag heimilanna og aukna samkeppnishæfni atvinnulífsins“ (Stjórnarráð Íslands 2007). Í sérstökum kafla þar sem stefna í heilbrigðismálum er útlístað kemur fram að til standi að opna á fjölbreyttari rekstrarform í heilbrigðisþjónustunni:

Kostnaðargreina á heilbrigðisþjónustuna og taka upp blandaða fjármögnun á heilbrigðisstofnunum þar sem fjármagn fylgir sjúklingum. Þannig fái heilbrigðisstofnanir fjármagn í samræmi við þörf og fjölda verka. Skapað verði svigrúm til fjölbreytilegri rekstrarforma í heilbrigðisþjónustu, m.a. með útboðum og þjónustusamningum, en jafnframt tryggt að allir hafi að henni jafnan aðgang, óháð efnahag (Stjórnarráð Íslands 2007).

Þessi stefna rímar ágætlega við landsfundarályktun Sjálfstæðisflokksins frá því fyrir kosningar. Þar kemur fram að mikilvægt sé að skipulag heilbrigðisþjónustu sé með þeim hætti að fjármunir nýtist sem best. Jafnframt segir, að þrátt fyrir að fjármagna eigi heilbrigðisþjónustu að stórum hluta með opinberu fé, þá sé ekki ástæða til annars en að nýta einnig kosti einkarekstrar (Sjálfstæðisflokkurinn 2007). Samfylkingin var ekki mótfallin slíkri stefnu ef marka má grein sem Ingibjörg Sólrún Gísladóttir, formaður Samfylkingarinnar, skrifaði viku fyrir kosningar. Í greininni segir hún að stefna Samfylkingarinnar sé að heilbrigðisþjónusta sé fjármögnuð með almannafé. Hins vegar sé flokkurinn ekki andvígur einkarekstri og telji reyndar að hæfileg blanda opinbers reksturs og einkareksturs sé vænlegasta leiðin til að tryggja góða heilbrigðisþjónustu. Í því skyni nefnir Ingibjörg Sólrún útboð og þjónustusamninga, en lykilatriði sé að tryggja eftirlit svo að gæði þjónustunnar verði tryggð og að allir eigi jafnt aðgengi að þjónustunni (Ingibjörg Sólrún Gísladóttir 2007).

Heilbrigðisráðuneytið féll í skaut Sjálfstæðisflokksins í nýju ríkisstjórninni og Guðlaugur Þór Þórðarson tók við embætti heilbrigðisráðherra. Málaflokkurinn hafði þá verið á hendi Framsóknarflokksins í 12 ár á undan. Þetta var jafnframt í fyrsta sinn í 20 ár, eða síðan 1987, sem Sjálfstæðisflokkurinn hafði heilbrigðisráðuneytið á sinni könnu þrátt fyrir að flokkurinn sæti nánast allt tímabilið í ríkisstjórn, að undanskildu þriggja ára tímabili frá 1988-1991 (Stjórnarráð Íslands Ríkisstjórnatal frá stofnun lýðveldis).

Nýr heilbrigðisráðherra var í viðtali við Læknablaðið síðla árs 2007 og ræddi um heilbrigðismálin. Í viðtalinu kom skýrt fram að nokkur stefnubreyting væri í vændum hvað

varðar rekstrarform í heilbrigðiskerfinu: „Við getum orðað þetta þannig að hér á landi munu fleiri og fjölbreyttari aðilar sjá um rekstur heilbrigðisþjónustunnar en hingað til,“ sagði Guðlaugur. Hann benti á að mikill áhugi væri hjá ýmsum aðilum að bjóða heilbrigðisþjónustu og ekkert væri því til fyrirstöðu að einkafyrirtæki yrðu fyrirferðarmeiri á þessu sviði. Nefndi hann í því samhengi að lagalega séð kæmi ekkert í veg fyrir að einkafyrirtæki færu að bjóða þjónustu sem Landspítalinn hefði fram að þessu einn séð um að veita. Ennfremur tengdi hann málið við starfsskilyrði lækna, vegna þess að með fjölbreytni í rekstrarformum myndu möguleikar þeirra aukast. Með því móti væri auðveldara að endurheimta þá fjölmörgu lækna sem væru starfandi erlendis (Guðlaugur Þór Þórðarson 2007).

Málið var mikið í umræðunni á þessum tíma, ekki bara hjá stjórnámálamönnum heldur einnig í þjóðfélaginu, ef marka má þá staðreynd að í lok maí 2008 var haldin ráðstefna á vegum meistaranáms í stjórnun heilbrigðisþjónustu við Háskólann á Bifröst þar sem umfjöllunarefnið var fjölbreytt rekstrarform og tilgangurinn að velta upp kostum og göllum slíks fyrirkomulags (Morgunblaðið 2008b).

3.4 Stefnu komið í framkvæmd: Sjúkratryggingar Íslands

Til að koma þessum markmiðum ríkisstjórnarinnar um fjölbreyttari rekstrarform í framkvæmd voru upphaflega sett lög nr. 160/2007 þar sem er kveðið á um breytta verkaskiptingu milli heilbrigðis- og félagsmálaráðherra. Hlutverkum Tryggingastofnunar skyldi skipta upp, í lífeyristryggingar annars vegar, sem yrðu áfram hjá Tryggingastofnun undir stjórn félags- og tryggingamálaráðherra og hins vegar sjúkra- og slysatryggingar sem færu í nýja stofnun undir stjórn heilbrigðisráðherra. Ný sjúkratryggingastofnun skyldi hafa umsjón með samningum um kaup á heilbrigðisþjónustu (Lög um breytingu á lögum um almannatryggingar, lögum um félagslega aðstoð, lögum um sjúklingatryggingu, lögum um heilbrigðisþjónustu, lögum um málefni aldraðra og lögum um eftirlaun til aldraðra, nr. 160/2007).

Í framhaldinu var lagt fram nýtt frumvarp að lögum nr. 112/2008 um sjúkratryggingar þar sem gerð er nánari grein fyrir hlutverki nýrrar stofnunar. Helstu markmið með lögunum voru að tryggja öllum sjúkratryggðum jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu og jafnframt að tryggja hagkvæmni og gæði heilbrigðisþjónustunnar. Auk þess var markmiðið að styrkja ríkið í hlutverki kaupanda heilbrigðisþjónustu og kostnaðargreina þjónustuna (Frumvarp til laga um sjúkratryggingar 2007-2008).

Með tilkomu þessarar nýju stofnunar voru stigin skref í átt að fyrirkomulagi þar sem kaupendur eru aðskildir frá veitendum heilbrigðisþjónustunnar. Með því er átt, að greint er á milli hlutverka þeirra sem fjármagna heilbrigðisþjónustuna annars vegar, að stærstum hluta

ríkið, og þeirra sem veita hana hins vegar, en það geta verið ríkisstofnanir, ýmis samtök, sveitarfélög og einkafyrirtæki. Megin markmið með þeirri aðferð að skilja að kaupendur og veitendur í heilbrigðisþjónustu er að auka gegnsæi í kerfinu svo það liggi fyrir hvað þjónustan kostar sem ríkið kaupir. Jafnframt er markmiðið að innleiða hvata sem auka hagkvæmni á sama tíma og gæði þjónustunnar eru tryggð. Hlutverk sjúkratrygginga átti að vera yfirumsjón með samningagerð við veitendur heilbrigðisþjónustu, hvort sem það væru opinberir eða einkaaðilar. Með því að innleiða slíka samninga mætti því koma á fót fjölbreyttari rekstrarformum í heilbrigðisþjónustunni líkt og hafði verið lýst í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar (Frumvarp til laga um sjúkratryggingar 2007-2008).

Eftir umræður á Alþingi var frumvarpið um sjúkratryggingar samþykkt þann 10. september 2008 og ný stofnun, Sjúkratryggingar Íslands, hóf starfsemi þann 1. október. Þingmenn Framsóknarflokksins sátu hjá við atkvæðagreiðsluna en þingmenn Vinstri grænna greiddu atkvæði gegn frumvarpinu. Rökin fyrir andstöðunni voru þau að með frumvarpinu væri verið að stíga skref einkavæðingar í heilbrigðiskerfinu (Morgunblaðið 2008c; Morgunblaðið 2008d). Við þetta tilefni sagði Geir H. Haarde forsætisráðherra að stjórnarsamstarfið með Samfylkingunni væri forsenda þess að breytingarnar hefðu gengið í gegn. Sjálfstæðisflokkurinn hefði lengi talað fyrir þessari stefnu en ekkert orðið úr henni í ríkisstjórnnum Sjálfstæðisflokksins og Framsóknarflokksins árin á undan. Með tilkomu nýrrar stofnunar sagði forsætisráðherra að hægt yrði að draga úr þeim mikla kostnaði sem fylgdi heilbrigðiskerfinu og væri farinn að hafa áhrif á gæði þjónustunnar (Morgunblaðið 2008a).

3.5 Bankahrunið, stjórnarskipti og breyttar forsendur

Í október 2008 féllu þrjár stærstu bankar landsins með braki og brestum og Íslendingar horfðu upp á eitt mesta efnahagshrun sögunnar. Landsbankinn, Glitnir og Kaupþing, alþjóðlegir bankar sem byggðu upp 85% af íslenska fjármálakerfinu, urðu gjaldþrota hver á fætur öðrum dagana 7.-9. október. Íslenska bankakerfið hafði vaxið mjög á síðustu árum fyrir hrunið og gjarnan var talað um það sem efnahagslegt kraftaverk, en þegar alþjóðlegi fjárfestingarisinn Lehman Brothers var tekinn til gjaldþrotaskipta leiddi það til keðjuverkunar í alþjóðahagkerfinu sem íslenska fjármálakerfið gat ekki staðið af sér. Afleiðingarnar voru þær að íslenska krónan hríðféll og verðbólga fór úr böndunum (Eiríkur Bergmann 2014, 1-4). Gengisfall íslensku krónunnar bitnaði verulega á landsmönnum sem sáu lánin sín hækka en húsnaðisverðið lækka, á sama tíma og hvert fyrirtækið varð gjaldþrota á fætur öðru og atvinnuleysi náði áður óþekktum hæðum (Guðni Th. Jóhannesson 2009, 358).

Ekki löngu eftir að bankarnir féllu hófust mótmæli sem áttu eftir að standa í nokkra

mánuði. Mótmælendur kölluðu eftir breytingum og kröfðust þess að ríkisstjórnin, auk stjórna Seðlabanka Íslands og Fjármálaeftirlitsins, segðu af sér og boðað yrði til nýrra alþingiskosninga. Í lok janúar 2009 fór ríkisstjórnin frá og boðaðar voru kosningar í apríl (Eva Heiða Önnudóttir 2011, 38).

Að afloknum kosningum var mynduð ríkisstjórn Samfylkingarinnar og Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs, en það var fyrsta hreina vinstri stjórn lýðveldissögunnar (Jón Ólafsson 2014, 10). Markmiðið var að „jafnaðarmenn og félagshyggjufólk“ kæmu hér á fót norrænu velferðarsamfélagi þar sem „gildi jöfnuðar, félagslegs réttlætis, samhjálp, sjálfbærrar þróunar, kvenfrelsis, siðbótar og lýðræðis“ fengju að blómstra (Stjórnarráð Íslands 2009). Í stefnuyfirlýsingu flokkanna um heilbrigðismál kom fram að endurskoða ætti heilbrigðisþjónustuna með heildarstefnumörkun þar sem átti að minnka kostnað og nýta fé með skynsömum hætti. Markmiðin með breytingum á heilbrigðiskerfinu áttu fyrst og fremst að vera jöfnuðar og gott aðgengi óháð efnahag og búsetu. Þá átti einnig að standa vörð um gæði, öryggi og hagkvæmni (Stjórnarráð Íslands 2009).

Að sögn heimildarmanns úr heilbrigðisráðuneytinu breyttist landslagið töluvert árið 2009 þegar Guðlaugur Þór hættir sem heilbrigðisráðherra og við tekur Ögmundur Jónasson, ráðherra frá Vinstrihreyfingunni – grænu framboði. Þá hafi tekið við meiri stífni gagnvart einkarekstri. „Þegar Guðlaugur hættir sem ráðherra og Ögmundur kemur inn, þá fann maður að það var allt annað hljóð í gangi. Menn voru mjög efins um einkarekstur.“ Þetta viðhorf til einkarekstrar var viðvarandi næstu árin, en Álfheiður Ingadóttir, þingmaður Vinstri hreyfingarinnar – græns framboðs varð heilbrigðisráðherra í lok 2009 og ári síðar tók Guðbjartur Hannesson, þingmaður Samfylkingarinnar, við embættinu og sinnti því út kjörtímabilið (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Stjórntækið til að koma á fót fjölbreyttari rekstrarformum, ný sjúkratryggingastofnun og samningar við veitendur þjónustu, fer í hálfgerða biðstöðu eftir hrunið. Vegna efnahagshrunsins sem átti sér stað örfáum dögum eftir að Sjúkratryggingar Íslands tóku til starfa, stjórnarskipta í kjölfarið og sameiningar heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytisins í eitt velferðarráðuneyti má segja að ferlið hafi nánast stöðvast. Þá hafði niðurskurður innan heilbrigðiskerfisins í kjölfar efnahagshrunsins áhrif á starfsemina. Ennfremur var lítill áhugi hjá stjórnvöldum að halda ferlinu áfram og klára að setja upp Sjúkratryggingastofnun og styrkja þannig ríkið sem kaupanda að heilbrigðisþjónustu. Átti það sérstaklega við um stjórnámálamenn innan Vinstri – hreyfingarinnar græns framboðs sem voru alfarið á móti því að einkaaðilar kæmu í meira mæli að veitingu heilbrigðisþjónustu (Hansína Sigurgeirsdóttir

2012, 53-54).

Þessi biðstaða sést til að mynda í því að tilteknu ákvæði laga nr. 112/2008, varðandi samningagerð Sjúkratrygginga Íslands við heilbrigðisstofnanir í eigu ríkisins, sveitarfélög og aðra sem reka hjúkrunarheimili, sem átti að taka gildi 2010, var frestað í sífellu. Í athugasemdum við frumvarpið um frestunina sem varð að lögum nr. 147/2010 kemur fram að vegna efnahagshrunsins hafi grundvallarforsendur breyst og ekki verði unnt að Sjúkratryggingar sinni að fullu þeirri starfsemi sem stofnuninni er ætlað í brád (Frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum 2010-2011). Að sögn heimildarmanns úr heilbrigðisráðuneytinu vildi ríkisstjórnin ekki gefa Sjúkratryggingum þetta vald sem fælist í lögnum. Því hafi ákvæðinu alltaf verið frestað (Viðtal við fyrrverandi starfsmann Heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Farið var af stað í greiningu á íslenska heilbrigðiskerfinu árið 2011, ekki síst með útkomu viðamikillar skýrslu frá ráðgjafafyrirtækinu Boston Consulting Group. Í framhaldinu skipaði Guðbjartur Hannesson velferðarráðherra hóp ráðgjafa til að fjalla um leiðir til að betrubæta skipulag heilbrigðisþjónustunnar og ráðstöfun fjármuna. Helstu markmiðin sem voru sett fram í kjölfar þeirrar vinnu voru tilkoma rafrænnar sjúkraskrár, að sjúklingastreymi fari eftir þjónustubörf og að gæði og hagkvæmni heilbrigðisþjónustu verði aukin. Eitt af undirmarkmiðunum var að „fyrirkomulag á greiðslum til veitenda heilbrigðisþjónustu verði endurskoðað fyrir mitt ár 2013 með meiri sveigjanleika, hagkvæmni og gæði að leiðarljósi“ og að endurskoða greiðsluþátttöku (Ráðgjafahópur velferðarráðherra 2012). Ekki var unnið markvisst með þær tillögur sem komu úr þessari greiningarvinnu á kjörtímabilinu. Nokkrar tillögur voru nýttar til að réttlæta niðurskurð, til að mynda fækkun hjúkrunarrýma á landsbyggðinni, en hins vegar var ekkert unnið með markmið og tillögur sem tengdust fjölbreyttari rekstarformum (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Eins og kom fram í stefnuýfirlýsingu Samfylkingar og Vinstri-grænna var markmiðið að móta heildarstefnu um heilbrigðisþjónustuna. Heilbrigðisáætlun til ársins 2020 var lögð fyrir þingið í lok árs 2012. Markmiðum áætlunarinnar er skipt í þrjá meginþætti: Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum, forvarnir og lífsstílstengdir áhrifaþættir heilsu, og örugg og heildstæð velferðarþjónusta. Ekki er fjallað sérstaklega um fjölbreytt rekstarform í áætluninni eða aðkomu einkaaðila. Málið fór til velferðarnefndar í byrjun árs 2013 og er þar enn (Tillaga til þingsályktunar um velferðarstefnu – heilbrigðisáætlun til ársins 2020 2012-2013). Ekki var mikill vilji innan heilbrigðisráðuneytisins til að klára þessa áætlun og því komst hún ekki í gegnum þingið. Góður grunnur var lagður með greiningu Boston Consulting Group en síðan

vantaði vilja til að klára verkefnið og móta heildstæða stefnu. Að sögn heimildarmanns úr heilbrigðisráðuneytinu gerðu aðstæður það að verkum að orkan fór meira í að „slökkva elda“ en að móta framtíðarstefnu í málaflokknum (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

3.6 Ríkisstjórn Framsóknarflokksins og Sjálfstæðisflokksins 2013

Haldnar voru alþingiskosningar í apríl 2013. Niðurstaðan var á þá leið að Sjálfstæðisflokkur og Framsóknarflokkur fengu samtals rúm 51% atkvæða, eða 19 þingmenn hvor um sig. Þáverandi ríkisstjórnarflokkar, Samfylkingin og Vinstrihreyfingin – grænt framboð fengu einungis 16 þingmenn kjörna samtals og misstu því 18 þingmenn í kosningunum (Ríkisútvarpið 2013a).

Sjálfstæðisflokkurinn og Framsóknarflokkurinn mynduðu ríkisstjórn. Í stefnuyfirlýsingu flokkanna er sérstakur kafli þar sem markmið eru útlístað varðandi heilbrigðiskerfið. Þar kemur fram að markmiðið sé að íslenskt heilbrigðiskerfi sé samkeppnisfært við nágrannalönd okkar þegar kemur að tækjabúnaði og aðstæðum sjúklinga og starfsmanna. Ekki er minnst beint á fjölbreytt rekstrarform í stefnuyfirlýsingunni en þó segir að virkja eigi til fulls lög nr. 112/2008 um sjúkratryggingar. Þá kemur sömuleiðis fram að til þess að tryggja hagkvæmni og stöðugleika sé nauðsynlegt að móta langtímastefnumótun heilbrigðiskerfisins í samráði við hagsmunaaðila (Stjórnarráð Íslands 2013).

Þrátt fyrir að ekkert hafi verið minnst á fjölbreytt rekstrarform í yfirlýsingunni var slíkt í samræmi við stefnu flokkanna. Landsfundarályktun Sjálfstæðisflokksins frá því fyrir kosningarnar 2013 kveður á um aukna fjölbreytni í úrræðum fyrir notendur heilbrigðisþjónustu. Flokkurinn taldi mikilvægt að hætta þeim niðurskurði sem hafði ríkt síðustu árin og fara nýjar leiðir: „Nýta á kosti fjölbreyttra rekstrarforma í heilbrigðiskerfinu til að auka árangur í þjónustu og hagkvæmni í rekstri. Árangursgreining og faglegt eftirlit verður að fylgja“ (Sjálfstæðisflokkurinn 2013). Flokksþing Framsóknarflokksins frá 2013 ályktaði einnig um heilbrigðismál. Þar kemur fram að notendur heilbrigðisþjónustu eigi að hafa val og einn þáttur til að tryggja það sé fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustunni (Framsóknarflokkurinn 2013).

Að sögn heimildarmanns úr heilbrigðisráðuneytinu fór að bera á nokkrum breytingum í ráðuneytinu eftir stjórnarskiptin og þegar Kristján Þór Júlíusson verður heilbrigðisráðherra fyrir Sjálfstæðisflokkinn. Aðstæður voru ekki síst breyttar vegna þess að nýja ríkisstjórnin skipti velferðarráðuneytinu upp í félagsmálaráðuneyti og heilbrigðisráðuneyti en þeir málaflokkar höfðu verið settir undir sama hatt í tíð fyrri ríkisstjórnar. Þetta gerði það að

verkum að nýr heilbrigðisráðherra gat einbeitt sér alfarið að heilbrigðismálunum (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Merkjanlegur munur var á því hversu mikið nýr ráðherra sótti sér ráðgjöf frá aðilum utan ráðuneytis á meðan Guðbjartur Hannesson, fyrrum velferðarráðherra, treysti meira á embættismennina innan ráðuneytisins. Þetta verklag sem Kristján viðhafði var ekki ósvipað því sem tíðkaðist í ráðherratið Guðlaugs Þórs Þórðarsonar 2007-2009 og hugmyndir þeirra svipaðar. Þegar Kristján Þór varð heilbrigðisráðherra fór athyglin að beinast meira að vandamálum í heilbrigðiskerfinu sem á hafði verið bent á síðasta kjörtímabili, meðal annars í skýrslu Boston Consulting Group, og kölluðu á fjölbreyttari rekstarform en ekkert hafði verið unnið með. Dæmi um þetta er málefni heilsugæslunnar. Það var ekki fyrr en Kristján Þór verður ráðherra sem tekið var undir þær raddir að breytinga væri þörf í heilsugæslunni, að hún væri of dýr, aðgengi að henni ekki nógu gott og lítill hvati til að sinna henni á hagkvæman hátt (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

3.7 Þrýstingur á breytingar og kjaradeila lækna

Síðla árs 2013 fór að bera á talsverðum þrýstingi á stjórnvöld varðandi heilbrigðiskerfið. Aðalfundur Læknafélags Íslands sendi frá sér ályktun í október, í tengslum við fjárlagafrumvarpið, þar sem stjórnvöld voru hvött til að móta stefnu um íslenska heilbrigðiskerfið, tryggja fjármagn til samræmis við slíka stefnu og koma í framkvæmd á næstu þremur árum. „Aðalfundurinn lýsir skýlausri ábyrgð á vanda heilbrigðiskerfisins á hendur stjórnvöldum og skorar á yfirvöld að bregðast strax við því ófremdarástandi sem upp er komið í heilbrigðiskerfinu“ (Morgunblaðið 2013c).

Nokkrum dögum síðar bárust fréttir af því að Læknafélag Íslands undirbyggi stofnun verkfallsjóðs en ljóst var að kjarasamningar þeirra yrðu lausir 1. febrúar 2014. Ástæða þess að sjóðurinn var stofnaður var óánægja með kjör og brottflutning lækna og því yrði farið fram á miklar kjarabætur (Morgunblaðið 2013b). Þá sendi stjórn Læknafélags Reykjavíkur frá sér ályktun í desember um fjárveitingar til heilbrigðismála. Þar kemur fram að í heilbrigðiskerfinu blasi við alvarlegar afleiðingar niðurskurðar síðustu ára. Heilbrigðiskerfið standi á krossgötum vegna þessa ástands, ábyrgðin sé hjá stjórnmalamönnum og nú eigi þeir að snúa blaðinu við (Morgunblaðið 2013a).

Á fyrri hluta ársins 2014, Í hringiðu þessa mikla þrýstings frá læknum á breytingar í heilbrigðiskerfinu, þá kynntu stjórnvöld verkefnið „betri heilbrigðisþjónusta 2013-2017.“ Verkefnið byggði á greiningum á heilbrigðiskerfinu frá 2011-2012, skýrslu Boston Consulting Group og tillögum vinnuhópa í kjölfarið. Þeir þættir sem falla undir verkefnið eru

innleiðing þjónustustýringar, sameining heilbrigðisstofnana, breyting á greiðsluþátttöku einstaklinga, samtengd símaráðgjöf og heimasíða, hreyfiseðlar, samtengd rafræn sjúkraskrá og breyttar aðferðir við fjármögnun heilbrigðiskerfisins (Velferðarráðuneytið Betri heilbrigðisþjónusta 2013-2017).

Aðalfundur Læknafélags Íslands var haldinn 25. september 2014. Í ræðu Þorbjörns Jónssonar, formanns félagsins, lýsti hann þungum áhyggjum af stöðu heilbrigðiskerfisins. Skortur á læknum, einkum heimilislæknum, væri mikið vandamál, sem og undirmönnun á Landspítalanum. Þorbjörn benti á að 330 læknar hafi flutt frá Íslandi á síðustu fimm árum á meðan 140 hefðu flutt til landsins. Staðan á Íslandi væri því þannig, ólíkt nágrannaþjóðunum, að íbúum á hvern lækni fjölgi í sífellu. Á þessum tímamarki höfðu kjarasamningar lækna verið lausir í átta mánuði og sagði Þorbjörn að eina leiðin til að snúa þróuninni við væri að semja um mun betri kjör lækna (Læknafélag Íslands 2014).

Í tengslum við aðalfund Læknafélagsins var haldið málþing sem bar heitið „Er blandað rekstrarform lausnin á læknskortinum.“ Þar voru kostir og gallar frekari einkareksturs í heilbrigðiskerfinu ræddir. Þrátt fyrir skiptar skoðanir þeirra sem töluðu á málþinginu voru fleiri á þeirri skoðun að aukinn einkarekstur kæmi læknum og sjúklingum til góða, en slíku þyrfti að fylgja aukið opinbert eftirlit (Læknablaðið 2014).

Í byrjun október, þegar ekki hafði tekist að semja um kjör lækna, samþykktu læknar hjá Læknafélagi Íslands og Skurðlæknafélagi Íslands að boða til verkfalls, en það var í fyrsta sinn í sögunni sem læknar á Íslandi grípa til slíkra aðgerða. Niðurstaðan var ótvíræð, en 96% þeirra sem tóku þátt í atkvæðagreiðslum hjá félögunum tveimur samþykktu verkfallsaðgerðirnar. Því var boðað til verkfalls þann 27. október, svo framarlega sem ekki hefði tekist að semja fyrir þann tíma. Skyldi verkfallið fara fram í nokkrum lotum með hléum á milli og standa fram í miðjan desember (Vísir 2014a; Ríkisútvarpið 2014). Ekki tókst að semja og því skall verkfallið á þann 27. október þegar afmarkaðir lækna hópar lögðu niður störf. Á þeim tímamarki sögðu samningsaðilar að enn bæri mikið á milli í kjaradeilunni og engin lausn í sjónmáli (Vísir 2014b).

Ekki tókst að semja um kjör lækna á því tímabili sem verkfallsaðgerðirnar stóðu, eða fram í miðjan desember. Í byrjun desember samþykktu læknar að ráðast í hertari verkfallsaðgerðir eftir áramótin ef ekki næðist að semja. 98% þeirra sem tóku þátt í atkvæðagreiðslunni greiddi atkvæði með hertari verkfallsaðgerðum, sem áttu að hefjast 5. janúar. Helsta breytingin var sú að eftir áramótin yrðu engar verkfallslausar vikur á meðan aðgerðunum stæði (Morgunblaðið 2014).

Kjaradeilunni lauk ekki fyrr en vika var liðin af nýju ári en þann 7. janúar náðust samningar milli Læknafélags Íslands og ríkisins eftir margra mánaða deilur og 42 samningafundi. Degi síðar náðust sömuleiðis kjarasamningar við Skurðlæknafélag Íslands (Ríkisútvarpið 2015a: Ríkisútvarpið 2015b).

3.8 Umræða í kjölfar yfirlýsingar

Það er óhætt að segja að viljayfirlýsing ríkisstjórnarinnar og lækna sem var undirrituð samhliða nýjum kjarasamningum, hafi vakið viðbrögð, ekki síst setningin sem snýr að því að opna eigi fyrir fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustunni. Svandís Svavarsdóttir, þingmaður Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs, stofnaði til sérstakrar umræðu á Alþingi í kjölfar yfirlýsingarinnar undir nafninu „einkavæðing í heilbrigðiskerfinu.“ Þar innti hún ráðherra eftir svörum við því hvað hann ætlaði að gera við þessa yfirlýsingu og hvar í heilbrigðiskerfinu hann hefði hugsað sér að einkavæða. Þá tengdi hún málið við hægri og vinstri áherslur í stjórnámálum: „Það er gömul saga og ný að hægri flokkar á öllum tímum, á öllum stöðum, hafa litið á þessa þjónustu sem markaðsvöru sem einkaaðilar eigi að geta hagnast á og eigi að geta gert sér að féþúfu“ (Svandís Svavarsdóttir 2014-2015).

Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra svaraði fyrirspurninni þannig að fjölbreytt rekstrarform á Íslandi væri ekkert nýtt og því ekki um neina byltingu að ræða með þessari yfirlýsingu. Nefndi hann nokkur dæmi um heilbrigðisþjónustu sem ríkið sér ekki um að veita, heldur er rekin með fjölbreyttum hætti. Hann taldi mikilvægt að gera greinarmun á ríkisrekstri annars vegar og þjónustu sem er fjármögnuð með opinberu fé hins vegar (Kristján Þór Júlíusson 2014-2015). Um málefnið spunnust líflegar umræður á þinginu og Brynjar Níelsson, þingmaður Sjálfstæðisflokksins, var einn þeirra sem tók undir málflutning heilbrigðisráðherra. Að sögn Brynjars er „einkarekstur auðvitað ekkert einkavæðing í eiginlegum skilningi“ heldur snúist einkarekstur einfaldlega um að fá betri þjónustu fyrir minni fjármuni (Brynjar Níelsson 2014-2015). Steinunn Þóra Árnadóttir, þingmaður Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs, benti hins vegar á að ójöfnuður í samfélaginu hefði aukist á síðustu árum og tekjulægri hópar ættu sífellt erfiðara með að nálgast heilbrigðisþjónustu, þess vegna væru breytingar í átt að frekari einkarekstri og aukinni kostnaðarþátttöku sjúklinga skref í ranga átt (Steinunn Þóra Árnadóttir 2014-2015).

Skoðanaskiptin áttu sér ekki bara stað í þingsal heldur einnig í fjölmiðlum. Katrín Jakobsdóttir, formaður Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs, sagði að með yfirlýsingunni ætlaði ríkisstjórnin sér að fara leið frekari einkarekstrar í heilbrigðiskerfinu. Hins vegar væri enginn rökstuðningur fyrir slíkri aðgerð til staðar (Vísir 2015c). Sigríður Ingibjörg,

Þingmaður Samfylkingar, velti því sömuleiðis fyrir sér í kjölfar yfirlýsingarinnar hvort ríkisstjórnin ætli að auka einkarekstur í heilbrigðiskerfinu. „Á Íslandi ríkir samstaða um að efla þurfi heilbrigðiskerfið. Augljósasta leiðin til þess er að auka fjárframlög ríkisins til kerfisins, sérstaklega heilsugæslu og sjúkrahúsa. Frekari einkarekstur bætir ekki kerfið og nýtur ekki almenns stuðnings“ (Sigríður Ingibjörg Ingadóttir 2015).

Það voru ekki einungis stjórnámálemenn sem tjáðu sig um umrædda yfirlýsingu á opinberum vettvangi. Elín Björg Jónsdóttir, formaður BSRB, skrifaði í grein sinni í Fréttablaðinu að með yfirlýsingunni væri augljóslega verið að boða frekari einkavæðingu heilbrigðiskerfisins. Slíkar hugmyndir þyrfti þó að varast vegna þess að með frekari aðkomu einkaaðila að heilbrigðiskerfinu minnki jöfnuður og misskipting aukist. „Hagnaður sem til verður í heilbrigðiskerfinu á að fara í frekari uppbyggingu kerfisins en ekki enda í vasa einkaaðila sem reka þjónustuna. Um leið og heilsa fólks fer að verða mögulegur gróðavegur fyrir einkafyrirtæki á markaði er hætt við að hinir efnaminni verði undir“ (Vísir 2015a). Frosti Ólafsson, framkvæmdastjóri Viðskiptaráðs Íslands, svaraði grein Elínar með grein sem bar heitið „Óheilbrigð umræða um heilbrigðismál.“ Frosti sagði í grein sinni að það bæri að fagna yfirlýsingu stjórnvalda vegna þess að reynslan af einkarekstri í heilbrigðisþjónustu á Íslandi væri mjög góð. Hann benti á að mikilvægt væri að setja ekki fjármögnun og veitingu þjónustunnar undir sama hatt, kostnaðarþátttaka sjúklinga þurfi ekki að vera meiri þó að einkaaðilar sjái um að veita þjónstuna, svo framarlega sem hún sé fjármögnuð af hinu opinbera. Þá sagði hann enn fremur að með fleiri útboðum á þjónustu og stærri hlutdeild einkaaðila myndi samkeppni í heilbrigðiskerfinu aukast, sem væri til þess fallið að bæta þjónustu og auka hagkvæmni (Vísir 2015b).

4 Umræður og niðurstöður

Hér að framan hefur ferill hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform verið rakinn. Sýnt hefur verið fram á hvernig hugmyndin var ofarlega á forgangslista ríkisstjórnarinnar sem tók við 2007 en datt síðan algjörlega af dagskrá eftir efnahagshrunið og stjórnarskiptin. Þá hefur ljósi verið varpað á það hvernig hugmyndin kom aftur fram á sjónasviðið með viljayfirlýsingu ríkisstjórnarinnar og lækna í janúar 2015. Í kafla tvö var fjallað um nokkrar kenningar í opinberri stefnumótun og fræðilegu ljósi varpað á það hvað getur einkennt feril hugmynda og hvernig hugmyndir eru settar fram af stjórnámálamönnum. Auk þess var fjallað um helstu markmið í opinberri stefnumótun og ákveðna sérstöðu heilbrigðiskerfisins og markaðsbresti sem einkenna heilbrigðisþjónustu. Í þessum kafla verður leitast við að tengja hugmyndina um fjölbreytt rekstarform í heilbrigðisþjónustu við þessar kenningar. Markmiðið er að svara því hvaða þættir höfðu mest áhrif á að hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform kom fram á sjónarsvið íslenskra stjórnvalda í janúar 2015, auk þess sem kafað verður dýpra inn í hugmyndina og leitast við að skýra hvað einkennir hana í raun og hvers vegna hún er jafn umdeild og raun ber vitni.

4.1 Ferill hugmyndar í fræðilegu ljósi

Eins og kom fram í kafla tvö er Kingdon að fjalla um ferla og hvað gerir það að verkum að málefni komast á dagskrá stjórnmalanna – að aðstæður verða að vandamáli sem stjórnvöld eiga að leysa. Í því samhengi talar hann um þrjá strauma; vandamála-, stefnu-, og stjórnmalastraum, sem verða að koma saman til þess að stefnuglugginn opnast og tækifæri skapist til meiriháttar stefnubreytinga. Eftir kosningar 2007 var litið á of mikinn kostnað við heilbrigðiskerfið og lítil gæði heilbrigðisþjónustunnar sem vandamál sem þurfti að leysa og fjölbreytt rekstrarform var ein af lausnunum. Stjórnþæki var innleitt til ná markmiðinu um fjölbreyttari rekstarform, en í því fólst að koma á fót nýrri stofnun um sjúkratryggingar og aðskilja betur hlutverk kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustunnar. Þá var stjórnmalastraurinn hagstæður vegna þess að ný ríkisstjórn tveggja stjórnmalaflokka sem studdu fjölbreytt rekstarform í heilbrigðiskerfinu var tekin við. Líkt og Geir H. Haarde nefndi þá var ríkisstjórnin forsenda þess að málefnið kæmist á dagskrá, Sjálfstæðisflokkurinn hafði lengi haft fjölbreytt rekstarform í heilbrigðiskerfinu á stefnuskrá sinni en samstarfið við Framsóknarflokkinn frá 1995-2007 bauð ekki upp á breytingar í þá átt. Skiptir þar vafalaust máli að heilbrigðisráðuneytið var alla tíð á forræði Framsóknarflokksins. Með tilliti til þessara þátta, má segja að straumar Kingdon hafi komið saman og opnað stefnugluggann. Auk þess

mætti segja að með þeim lagabreytingum sem ráðist var í árið 2008 í tengslum við sjúkratryggingar hafi málið komist á það stig sem Kingdon kallar dagskrá ákvörðunar.

Eftir efnahagshrunið 2008 breyttust forsendur talsvert. Þeirri stefnu sem hafði verið við lýði var mótmælt og krafist var breytinga. Í stað Sjálfstæðisflokksins tók Vinstrihreyfingin – grænt framboð sæti í ríkisstjórn, flokkur sem hafði mótmælt harðlega aðgerðum fyrri ríkisstjórnar til að stuðla að fjölbreyttari rekstarformum. Má segja að heilbrigðismálin, og einkum stjórnþækið sem átti að tryggja fjölbreyttari rekstarform, hafi verið sett á ís á kjörtímabilinu og tortryggni gætti gagnvart einkarekstri. Þetta rímar ágætlega við það sem Kingdon segir, að stefnugluggar lokast oft fljótt eftir að þeir opnast. Sömuleiðis rímar þetta við það sem Kingdon segir um að hugmynd verði að njóta stuðnings stjórnámálanna og megi ekki vera í mótsögn við viðurkennd gildi stefnumótunaraðila til að hljóta hljómgrunn. Þannig séu flokkar lengra til vinstri á hinum hugmyndafræðilega ási almennt hlynntari meira umfangi ríkisins og tortryggjari í garð einkarekstrar.

Líkt og Kingdon fjallar um þá eru ríkisstjórnarskipti líklega augljósasta, og jafnframt fyrirsjáanlegasta ástæða þess að stefnugluggar opnast og mál komast á dagskrá. Með nýrri stjórn og nýjum markmiðum er oft hægt að koma stefnubreytingum í gegn, sem ekki hefði verið mögulegt á öðrum tímamarki. Þetta má sjá á því, að þegar hugmyndin um fjölbreytt rekstarform í heilbrigðiskerfinu kemst næst á dagskrá, í byrjun árs 2015 með viljayfirlýsingu ríkisstjórnarinnar, þá var ný og hægri sinnaðri stjórn tekin við. Hins vegar var ekkert talað um fjölbreytt rekstarform í stefnuyfirlýsingu stjórnarinnar þegar hún tók við 2013, auk þess sem nýr forsætisráðherra sagði í viðtali síðla árs 2013 að ekki stæði til að fara leið frekari einkavæðingar í heilbrigðiskerfinu (Sigmundur Davíð Gunnlaugsson 2013). Það bendir til þess að þó breyting hafi orðið í stjórn málastraumnum, þá hafi ríkisstjórnarskiptin eins og sér ekki verið nægjanlegt skilyrði til þess að koma hugmyndinni á dagskrá, enda segir Kingdon að þar skipti vandamálastraumurinn ekki síður máli.

Eins og vikið var að hér að framan þá fór að bera á þrýstingi á umbætur í heilbrigðiskerfinu fljótlega eftir að stjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks tók við, einkum af hálfu lækna. Læknar, sem hafa talað fyrir fjölbreyttari rekstarformum og aukinni aðkomu einkaaðila að heilbrigðiskerfinu, skoruðu á stjórnvöld að marka stefnu í heilbrigðismálum og bæta starfsskilyrði lækna sem fækkaði ört. Með verkfallsaðgerðunum jókst þrýstingurinn enn frekar, enda gátu læknar haft mikil áhrif á líf fólks með því að leggja niður störf. Um merkilegan atburð var að ræða því áður höfðu íslenskir læknar ekki farið í verkfall. Líkt og Kingdon fjallar um, þá geta áhrifamiklir atburðir sem snerta marga einmitt

orðið til þess að stjórnvöld fara að líta á aðstæður sem vandamál og þannig ýtt málum ofar í forgangs röðina. Kingdon fjallar sömuleiðis um áhrif hagsmunaaðila á opinbera stefnumótun. Samkvæmt honum er samstaða einn af þeim þáttum sem gera hagsmunahópum auðveldara að hafa áhrif á dagskrá stjórnmalanna. Í tilfelli lækna virðist slík samstaða hafa verið uppi á teningnum, ef marka má að 96% lækna sem tóku þátt í atkvæðagreiðslu samþykktu að grípa til verkfalls og 98% samþykktu hertari aðgerðir. Líkt og heimildarmaður úr heilbrigðisráðuneytinu sagði, þá hafa læknar mjög mikil, en oft ósýnileg völd (Viðtal við fyrrverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Eins og áður hefur komið fram, þá segir Kingdon að vandamálastraumurinn og stjórnmalstraumurinn hafi saman mest áhrif á hvaða mál komist á dagskrá, á meðan stefnustraumurinn hafi meiri áhrif á skilgreiningu valkostanna. Í þessu tilfelli virðist sem breyting í vandamálastraumnum og stjórnmalstraumnum hafi einmitt komið hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform á dagskrá stjórnvalda. Þannig hafi annars vegar ný ríkisstjórn, sem samanstóð af stjórnmalaflokkum sem ekki voru andvígir einkarekstri í heilbrigðiskerfinu, gert það mögulegt að varpa hugmyndinni fram, eitthvað sem virðist hafa verið óhugsandi á kjörtímabilinu á undan. Hins vegar hafi þrýstingur frá læknum og verkfall varpað ljósi á vandamál í heilbrigðiskerfinu sem þurfti að bregðast við og þannig ýtt hugmyndinni fram á sjónarsviðið.

Vandamál heilbrigðiskerfisins, eins og þau eru sett fram í fyrsta lið viljayfirlýsingarinnar, snúa að því að bæta þurfi starfsaðstöðu heilbrigðisstarfsfólks og nýta fjármuni betur. Eins og Knill og Tosun tala um þá er hægt að skilgreina sama vandamálið með ýmsum hætti og því skiptir máli að vera sá fyrsti til að skilgreina vandamálið, þannig að það passi við þær lausnir sem henta. Hægt er að færa rök fyrir því, að með því að skilgreina vandamálið með þeim hætti sem gert er í yfirlýsingunni, þá sé auðvelt að stilla upp fjölbreyttari rekstarformum sem lausn við vandamálinu, enda hefur hugmyndin um fjölbreytt rekstarform verið tengd við skilvirkni og talin bæta starfsskilyrði lækna.

Eins og áður hefur verið vikið að, þá er hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðiskerfinu ekki ný, heldur hefur hún áður verið til umræðu í íslenskum stjórnmalum. Eftir að hafa verið í stefnuyfirlýsingum ríkisstjórnar, í einni eða annarri mynd, frá 1995 þá fer þessi sama hugmynd í mikinn forgang eftir kosningar 2007, dettur svo af dagskrá áður en hún kemst í viljayfirlýsinguna 2015. Þetta rímar vel við það sem Kingdon segir um þróun hugmynda í stefnustraumnum. Samkvæmt honum leiða algjörlega nýjar hugmyndir sjaldnast til meiriháttar stefnubreytinga, heldur er algengara að gamlar hugmyndir séu settar í nýjan

búning. Eins og Kingdon sér þetta, þá er mikilvægt að fólk þekki hugmyndirnar sem koma fram og því er hluti af ferlinu að venja fólk við hugmyndir, jafnvel í mörg ár, svo að líklegra sé að þær hljóti brautargengi. Þannig komist svipaðar hugmyndir á dagskrá stjórnvalda og detta aftur af dagskrá frá einum tíma til annars, áður en þær blómstra á ný.

Kingdon fjallar einnig talsvert um almenningsálitið sem hann telur skipta miklu máli varðandi þróun hugmynda. Samkvæmt honum getur málefni komist ofar í forgangs röðina ef það hefur áhrif á meginþorra almennings og saman geti almenningsálit og kosningaúrslit verið sterkt afl til að koma málum á dagskrá. Athyglisvert er að skoða almenningsálitið á Íslandi varðandi rekstur heilbrigðisþjónustunnar.

Rannsóknir hafa sýnt að Íslendingar styðja félagslegt heilbrigðiskerfi þar sem hið opinbera sér bæði um að fjármagna og reka heilbrigðisþjónustuna. Könnun, sem framkvæmd var árið 2006 af Háskóla Íslands, Landlæknisembættinu og Lýðheilsustöð, leiddi í ljós að mikill meirihluti Íslendinga vill að ríkið sjái fyrst og fremst um að reka grunnstoðir heilbrigðisþjónustunnar. Til að mynda svöruðu í kringum 80% þátttakenda því til, að hið opinbera ætti að reka sjúkrahús og heilsugæslustöðvar, en einungis í kringum 1% vildu að slík þjónusta væri í höndum einkaaðila. Þá voru 82% svarenda á þeirri skoðun að ríkið ætti að leggja meiri fjármuni í heilbrigðiskerfið (Rúnar Vilhjálmsson 2007, 201-203). Í annari rannsókn sem gerð var árið 2013 kom í ljós að um 81% Íslendinga vildu að rekstur heilbrigðisþjónustunnar væri fyrst og fremst í höndum ríkisins, 18% svarenda töldu að heilbrigðisþjónustan ætti að vera rekin jafnt af einkaaðilum og hinu opinbera, en einungis 0,5% voru þeirrar skoðunar að einkaaðilar ættu fyrst og fremst að sjá um að reka heilbrigðisþjónustu. Ennfremur sögðu 94% aðspurðra að meira fé ætti að renna úr ríkissjóði til heilbrigðismála (Rúnar Vilhjálmsson 2013). Ef marka má þessar rannsóknir, þá virðist sem breytingar á rekstrarformi heilbrigðisþjónustunnar sem miða að frekari aðkomu einkaaðila sé ekki endilega í samræmi við almenningsálitið á Íslandi. Að framansögðu er því hæpið að halda því fram að almenningsálitið hafi átt mikinn þátt í að koma hugmyndinni á dagskrá. Ekki er þó útilokað að almenningsálitið gegni mikilvægu hlutverki í öðrum skilningi, varðandi það hvernig stjórnámálemenn setja hugmyndir fram.

Eins og kom fram hér að framan, þá fjalla fræðimennirnir Knill og Tosun, og Thaler og Sunstein, um innrömmun. Þau hafa bent á að það hvernig hugmyndir eru rammaðar inn hafi mikil áhrif á viðbrögð fólks. Þannig bregst fólk við með ólíkum hætti, eftir því hvaða orðalag er notað, þó upplýsingarnar séu í raun þær sömu. Þetta geti stjórnvöld nýtt sér til þess að vekja ákveðin viðbrögð almennings frekar en önnur þegar um opinbera stefnumótun er að

ræða. Hægt er að sjá ákveðin merki um innrömmum í tengslum við hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform, en það hvernig hugmyndin er sett fram vekur í sjálfu sér athygli. Í þeim yfirlýsingum, nú síðast í janúar, þar sem fjallað hefur verið um að hleypa fleirum að rekstri heilbrigðisþjónustu er ævinlega talað um fjölbreyttari rekstrarform. Hins vegar er ekki talað um aðkomu einkaaðila og allra síst einkavæðingu. Ef litið er til þess, hvernig skoðanir almennings á Íslandi gagnvart einkarekstri í heilbrigðiskerfinu eru, þá virðist sem það sé ekki tilviljun að notað sé hugtak eins og fjölbreytt rekstrarform, frekar en einkavæðing. Líkt og Kingdon talar um þá skiptir almenningsálitið mjög miklu máli og því er freistandi að draga þá ályktun að þessi hugtakanotkun sé valin til þess að sneiða hjá neikvæðum viðbrögðum almennings. Þetta tengist því sem heimildarmaður úr heilbrigðisráðuneytinu sagði um hugtakanotkun í heilbrigðismálum, en hann benti á að gjarnan hafi verið dregin upp mjög neikvæð mynd af orðinu „einkarekstur” og það notað í pólitískum tilgangi eftir því hvernig vindar blása, oft í því skyni að gera það ljótt (Viðtal við fyrirverandi starfsmann heilbrigðisráðuneytisins, 16. mars 2015).

Ef litið er til umræðna í kjölfar viljayfirlýsingarinnar þar sem hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform kemur fram, má einmitt sjá að andstæðingar hugmyndarinnar, til að mynda fulltrúar stjórnarandstöðunnar, gagnrýna að feta eigi braut einkavæðingar í heilbrigðiskerfinu því það muni koma niður á almennungi. Hins vegar draga stuðningsmenn hugmyndarinnar upp jákvæðari mynd af málinu, segja að ekki megi setja einkarekstur og einkavæðingu undir sama hatt og benda á að reynslan af hinu fyrrnefnda sé góð á Íslandi. Í þessari umræðu virðist það kristallast sem Baumgartner og Jones tala um sem ímynd stefnumála. Það að tveir einstaklingar geti lagt ólíkan skilning í sömu stefnuna birtist gjarnan í því að stuðningsmenn leggja áherslu á jákvæðari hliðar málsins á sama tíma og andstæðingar vísa til neikvæðari þátta.

Hægt er að merkja annað dæmi um innrömmun í ummælum Kristjáns Þórs Júlíussonar heilbrigðisráðherra í kjölfar viljayfirlýsingarinnar nú í janúar. Hann hefur talað um að fjölbreytt rekstrarform sé ekkert nýtt og ekki sé um neina byltingu að ræða, heldur sé nú þegar ákveðinn hluti heilbrigðisþjónustunnar rekinn af öðrum en hinu opinbera. Þetta rímar að vissu leyti við það sem Knill og Tosun tala um í sambandi við skilgreiningu vandamála. Þau hafa bent á, að ein af þeim leiðum til að vekja sérstaklega mikla athygli fólks á málefni sé að vísa til þess að það sé algjörlega nýtt (Knill og Tosun 2012, 104). Ef tekið er mið af því, þá virðist sem markmið heilbrigðisráðherra sé ekki að setja málið fram með þeim hætti að það veki sem mesta mikla athygli. Þvert á móti stillir hann því upp sem einhverju kunnuglegu og sem fólk á

að þekkja, en líkt og Kingdon segir er vænlegra til árangurs ef fólk þekkir hugmyndir sem koma fram. Að framansögðu er hægt að færa rök fyrir því, að þótt almenningssálitíð hafi ekki haft mikil áhrif á að koma hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform á dagskrá stjórnvalda, þá hafi almenningssálitíð haft talsverð áhrif á það með hvaða hætti hugmyndinni er stillt upp og í hvaða búning hún hefur verið sett til að hún hljóti hljómgrunn.

4.2 Leið til að sætta ólík sjónarmið?

Eins og fram kom í kafla tvö þá fjalla Julian Le Grand o.fl. um markaðsbresti í heilbrigðisþjónustu. Þau benda á nokkur atriði sem gera það að verkum að heilbrigðisþjónusta er ekki eins og hefðbundin markaðsvara og því getur það bæði komið niður á skilvirkni en ekki síður jöfnuði ef heilbrigðisþjónusta er einungis á vegum einkaaðila. Því hefur hið opinbera gripið inn í heilbrigðisþjónustu með einum eða öðrum hætti í flestum ríkjum. Ísland er síður en svo undantekning frá því, en eins og vikið var að í byrjun ritgerðarinnar þá hefur íslenska heilbrigðiskerfið þróast út í að vera mjög opinbert í eðli sínu. Þannig er heilbrigðisþjónustan að langmestu leyti fjármögnuð með opinberu fé og sömuleiðis eru það opinberir aðilar sem hafa að stærstum hluta séð um að veita þjónustuna á meðan hlutverk einkaaðila hefur verið fremur lítið. Því hefur áherslan verið á að greitt sé fyrir heilbrigðiskerfið úr sameiginlegum sjóði landsmanna og markmiðið að allir Íslendingar eigi að hafa aðgang að sem bestri heilbrigðisþjónustu (Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007).

Eins og áður hefur komið fram, þá hefur í seinni tíð borið nokkuð á hugmyndum um að hverfa að einhverju leyti frá þessu félagslega ríkiskerfi í átt að meiri fjölbreytni. Í stað þess að hið opinbera sjái bæði um að fjármagna og veita þjónustuna hafa komið fram sjónarmið um að hleypa einkaaðilum í meiri mæli að kerfinu líkt og kristallast í þeim markmiðum og aðgerðum, sem ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Samfylkingar réðst í árið 2008, að greina á milli hlutverka kaupenda og seljenda heilbrigðisþjónustunnar. Bent hefur verið á ákveðna galla við íslenska heilbrigðiskerfið og meginröksemdirnar hafa snúist um að kerfið sé of kostnaðarsamt, fjármagn of illa nýtt og skilvirkni ekki nægilega mikil. Þess vegna þurfi að auka fjölbreytni í rekstrarformum, innleiða samkeppni og hleypa einkaaðilum að sem hafi hvata til að nýta fjármuni á skilvirkari hátt. Þetta rímar við það sem Julian Le Grand o.fl. halda fram varðandi heilbrigðisþjónustu sem er að mestu eða öllu leyti rekin af hinu opinbera. Þau benda á að reynslan hafi sýnt, að vegna stærðar og skorts á samkeppni, komist ríkið í einokunarstöðu sem dragi úr hvata til að lágmarka kostnað og reka heilbrigðisþjónustuna með skilvirkum hætti. Sést þessi málflutningur til dæmis í ummælum Geirs H. Haarde frá 2008, en forsætisráðherrann þáverandi sagði að með því að greina á milli kaupenda og seljenda í

heilbrigðisþjónustu yrði loks hægt að draga úr þeim mikla kostnaði sem fylgdi heilbrigðiskerfinu. Sömuleiðis er fjallað talsvert um betri nýtingu fjármuna og aukna skilvirkni í viljayfirlýsingunni sem kom út 2015 þar sem hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform er sett fram.

Eins og vikið var að hér að ofan, þá ríkir almenn andstaða við einkarekið heilbrigðiskerfi meðal almennings á Íslandi og stuðningur við félagslegt kerfi þar sem allir íbúar eigi kost á góðri heilbrigðisþjónustu. Á sama tíma hefur kostnaður við núverandi heilbrigðiskerfi aukist á síðustu áratugum, sem hefur kallað fram kröfur um breytingar til að reka kerfið með hagkvæmari hætti og nýta fjármagn betur. Svo virðist sem hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform sé leið til að setta þessi ólíku sjónarmið, að auka hagkvæmni án þess að fórna félagslega kerfinu. Þetta tengist tveimur grundvallarmarkmiðum í opinberri stefnumótun, annars vegar skilvirkni og hins vegar jöfnuði. Milli þessara markmiða getur myndast spenna og í næsta kafla verður sýnt fram á hvernig sú spenna hefur einkennt íslensk stjórnsmál í tengslum við hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu.

4.3 Togstreita milli jöfnuðar og skilvirkni í íslenskum stjórnsmálum

Þrátt fyrir að hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform virðist hafa komið fram til að setta ólík sjónarmið, annars vegar um félagslegt heilbrigðiskerfi sem er í höndum hins opinbera og allir íbúar hafa jafnan aðgang og hins vegar um frekari aðkomu einkaaðila í því skyni að nýta fjármuni betur, þá hafa íslensk stjórnsmál ekki einkennst af málamiðlunum í þessum efnunum. Þvert á móti hefur umræðan um fjölbreytt rekstrarform á rannsóknartímabilinu að mestu leyti einkennst af mikilli spennu milli tveggja af megin markmiðum í opinberri stefnumótun, jöfnuðar og skilvirkni. Þá virðist sem stjórnsmálamenn skorti sameiginlegan skilning á því hvað getur falist í hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform.

Eins og fram kom í öðrum kafla þá fjalla Julian Le Grand o.fl. um markmið stefnumótunaraðila þegar opinber þjónusta er veitt. Í því samhengi tala þau um tvö megin markmið, skilvirkni og jöfnuð. Eins og þau benda á og færa rök fyrir, þá geta þessi tvö markmið undir ákveðnum kringumstæðum útilokað hvort annað og því getur reynst erfitt fyrir stjórnvöld að ná þeim samtímis. Í þessu samhengi tala þau um fórnarskipti, þegar einu markmiði er fórnað fyrir annað. Það getur verið athyglisvert, með hliðsjón af þessum kenningum, að skoða helstu markmið í heilbrigðismálum hjá þeim íslensku ríkisstjórnunum sem sátu á tímabilinu sem hér er til skoðunar.

Ríkisstjórn Sjálfstæðisflokksins og Samfylkingarinnar, sem tók við 2007, virðist hafa haft að markmiði að auka skilvirkni í rekstri heilbrigðiskerfisins án þess að það kæmi niður á

jöfnuði. Þannig kemur fram, bæði í stefnuyfirlýsingu stjórnarinnar og í greinargerð með frumvarpi til laga um sjúkratryggingar, að helstu markmiðin séu að auka hagkvæmni og minnka kostnað við heilbrigðiskerfið en jafnframt að tryggja öllum jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu, óháð efnahag. Helsta markmið ríkisstjórnar Samfylkingarinnar og Vinstrihreyfingarinnar – græns framboð í heilbrigðismálum var jöfnuður og gott aðgengi óháð efnahag og búsetu og áttu allar breytingar á heilbrigðiskerfinu fyrst og fremst að taka tillit til þessa markmiðs. Hins vegar er aldrei minnst á orðið skilvirkni í tengslum við heilbrigðiskerfið í samstarfsyfirlýsingu flokkanna (Stjórnarráð Íslands 2009). Með stjórnarskiptum 2013 breyttust markmiðin í heilbrigðismálum talsvert, en megin áherslur sem birtast í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar og viljayfirlýsingunni frá 2015 eru skilvirkni, meiri framleiðni og betri nýting fjármuna. Hins vegar er í hvorugri yfirlýsingunni minnst einu orði á jöfnuð (Stjórnarráð Íslands 2013; Forsætisráðuneytið 2015). Það bendir því margt til þess, að ríkisstjórnin sem sat 2007-2009 hafi leitast við að samþætta þessi tvö meginmarkmið opinberrar stefnumótunar, en eftir efnahagshrunið hafi átt sér stað fórnarskipti í tengslum við heilbrigðisþjónustuna og á meðan vinstri stjórnin hafi einblínt á jöfnuð þá hafi stjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks lagt megin áherslu á skilvirkni.

Þessar misjöfnu áherslur ríkisstjórna tengjast þróun hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu en hugmyndin virðist varpa skýru ljósi á spennuna milli þessara mikilvægu markmiða í íslenskum stjórnámálum. Hugmyndin átti greinilega ekki upp á pallborðið hjá ríkisstjórn Samfylkingar og Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs, líkt og birtist í framvindu sjúkratryggingamálsins og því að ekkert var unnið með tillögur greiningaraðila sem beindust að fjölbreyttari rekstrarformum. Hugmyndir um jöfnuð og tortryggni gagnvart einkarekstri virðast hafa gert það að verkum að hugmyndin fékk ekki meiri hljómgrunn en raun bar vitni. Hins vegar var hugmyndin sett fram af ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Framsóknarflokks, sem leið til að ná meiri skilvirkni í rekstri heilbrigðisþjónustunnar.

Þessi spenna milli markmiðanna jöfnuðar og skilvirkni kristallast ekki einungis í mismunandi áherslum ríkisstjórna, heldur sömuleiðis í umræðum í kjölfar viljayfirlýsingarinnar í janúar 2015. Þá gagnrýndu andstæðingar fjölbreyttra rekstrarforma hugmyndina meðal annars á þeim forsendum að hún ýtti undir ójöfnuð, líkt og sjá má á ummælum þeirra Steinunnar Þóru Árnadóttur og Elínar Bjargar Jónsdóttur. Á hinn bóginn vorðu stuðningsmenn hugmyndarinnar, til dæmis þeir Brynjar Níelsson og Frosti Ólafsson,

hana á grundvelli skilvirkni; með fjölbreyttari rekstrarformum megi auka hagkvæmni og fá meiri þjónustu fyrir minni pening.

Af ofangreindu virðist sem talsverð togstreita ríki í íslenskum stjórnámálum milli tveggja af megin markmiðum í opinberri stefnumótun, jöfnuðar og skilvirkni, og að þessum markmiðum hafi gjarnan verið stillt upp sem ósamrýmanlegum andstæðum, einkum eftir efnahagshrunið og stjórnarskiptin 2009. Fólk forgangsraðar þessum markmiðum með ólíkum hætti og margt bendir til þess að sú forgangsröðun hafi talsverð áhrif á viðhorf til fjölbreyttra rekstrarforma í heilbrigðisþjónustunni. Það getur að einhverju leyti skýrt þessar miklu sviptingar sem hafa einkennt þróun hugmyndarinnar á síðustu árum og að stjórnámálameñ virðast leggja gjörólíkan skilning í hugmyndina, eftir því hvar þeir standa í pólitík og hver viðhorf þeirra til þessara mikilvægu markmiða eru.

Þessir, að því er virðist, andstæðu pólar, sem hafa birst í íslenskum stjórnámálum á síðustu árum í tengslum við heilbrigðiskerfið, varðandi einkarekstur og ríkisrekstur – skilvirkni og jöfnuð, vekja upp spurningar hvort hægt sé að móta stefnu sem getur minnkað kostnað við heilbrigðiskerfið á sama tíma og jöfnuðar er gætt. Fræðimenn hafa bent á að það sé mögulegt, en það sé ávallt hlutverk stjórnámálanna að vera við stjórnvölin, að marka stefnu í málaflöknum og stýra kerfinu í þá átt sem tryggir mesta hagkvæmni án þess að það komi niður á jöfnuði (Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð og Anna Maresso 2014, 15, 43). Þetta var einmitt stefnan hjá ríkisstjórn Sjálfstæðisflokks og Samfylkingar, að auka skilvirkni með því að innleiða samkeppnishvata í kerfið, en á sama tíma að styrkja ríkið sem kaupanda heilbrigðisþjónustunnar og sjá til þess að heilbrigðisþjónustan væri fjármögnuð úr sameiginlegum sjóðum, til þess að standa vörð um jöfnuð.

4.4 Niðurstöður

Þær fræðilegu kenningar sem liggja til grundvallar þessari umfjöllun virðast geta hjálpað til við að skýra viðfangsefnið. Með því að skoða feril hugmyndarinnar út frá dagskrárkenningu Kingdon má sjá hvernig breyting í svokölluðum stjórn málastraumi og vandamálastraumi skapaði grundvöll til að koma umdeildri hugmynd úr stefnustræmnum á framfæri. Þannig virðast ríkisstjórnarskipti árið 2013 hafa verið nauðsynlegt, en ekki nægjanlegt skilyrði til að hugmyndin kæmi fram á sjónarsviðið, en með fyrsta læknaverkfalli sögunnar á Íslandi hafi athyglin beinst að vandamáli í heilbrigðiskerfinu og þá skapaðist grundvöllur til að koma hugmyndinni á dagskrá stjórnvalda. Um þekkta hugmynd var að ræða sem hafði verið á dagskrá stjórnvalda nokkrum árum fyrr, enda segir Kingdon að alveg nýjar hugmyndir hljóti sjaldan framgang. Með því að styðjast við kenningu Kingdon má sömuleiðis sjá hversu mikil

áhrif hagsmunahópar geta haft á framgang hugmynda. Þannig virðist samheldni í kjarabaráttu lækna hafa haft mikil áhrif á að málið kom fram á sjónarsvið stjórnvalda á þessum tímavarki, enda hafa læknar lengi talað fyrir aukinni fjölbreytni í rekstri heilbrigðisþjónustunnar. Kingdon gerir einnig ráð fyrir því að almenningssálitið hafi mikil áhrif á hvaða mál komast á dagskrá. Í þessu tilviki virðist þó sem íslenska almenningssálitið hafi ekki ýtt hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform á dagskrá, ef marka má viðhorf almenningss til aukins einkarekstrar í heilbrigðiskerfinu. Hins vegar bendir sú staðreynd, að aukinn einkarekstur í heilbrigðiskerfinu er umdeildur, til þess að almenningssálitið hafi gegnt veigamiklu hlutverki þegar kemur að því hvernig aukinn einkarekstur er kynntur af stjórnámálum með hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform, enda skiptir máli að setja umdeild málefni í réttan búning.

Eins og fram hefur komið þá getur hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu verið leið til að setja ólík sjónarmið, með því að sníða vankanta af heilbrigðiskerfi sem ýmist er rekið af einkaaðilum eða hinu opinbera. Með því móti megi auka aðkomu einkaaðila og stuðla að hagkvæmni, án þess að einkavæða heilbrigðiskerfið að fullu og fórná jöfnuði. Hins vegar virðist ekki eining meðal íslenskra stjórnámálumanna um hvað felst í hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform, heldur hefur ólíkur skilningur verið lagður í hugmyndina. Á meðan margir andstæðingar leggja hugmyndina að jöfnu við óhefta einkavæðingu og ójöfnuð, þá forðast stuðningsmenn að vísa til einkavæðingar í þessu samhengi. Hugmyndin hefur því verið afar umdeild, en hægt er að færa rök fyrir því að orsakir þess liggja ekki síst í togstreitu milli tveggja af megin markmiðum opinberrar stefnumótunar, jöfnuðar og skilvirkni, sem svo oft virðast togast á, eins og fjallað var um að framan. Íslenskir stjórnámálumenn virðast eiga erfitt með að taka tillit til beggja markmiðanna og virðist forgangsröðun þeirra ráða miklu um það hvort hugmyndin eigi upp á pallborðið.

Þetta getur að vissu leyti skýrt sviptingarnar sem hafa einkennt feril hugmyndarinnar í íslenskum stjórnámálum. Títtnefnd togstreita vekur upp spurningar um getu stjórnámálumanna til þess að móta og framfylgja stefnu í heilbrigðismálum sem tekur tillit til beggja megin markmiða opinberrar stefnumótunar, stefnu sem ýtir undir fjölbreytt rekstrarform í því skyni að auka skilvirkni, án þess að jöfnuði sé fórnáð. Á meðan hugmyndin um fjölbreytt rekstrarform kemst ekki á það stig í íslenskum stjórnámálum að um hana myndist sameiginlegur skilningur, og á meðan umræðan einkennist af jafn mikilli togstreitu og raun ber vitni, þá bendir flest til þess að hugmyndin verði áfram umdeild, blómstri og fölni á víxl, eftir því hvaða flokkar eru við stjórnvölin.

5 Lokaorð

Í þessari ritsmið var markmiðið að varpa ljósi á hugmyndina um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu og hvernig hún hefur þróast í íslenskum stjórnámálum á síðustu árum. Leitast var við að svara því hvað felst í hugmyndinni og hvers vegna hún er jafn umdeild og raun ber vitni, auk þess sem leitað var svara við því hvernig hún komst á dagskrá stjórnvalda í byrjun árs 2015. Eins og kom fram í upphafi var markmiðið ekki að fjalla um kosti eða lesti hugmyndarinnar eða tæknileg atriði þar að lútandi, heldur að skoða hvernig umdeild hugmynd þróast á vettvangi íslenskra stjórnamála.

Hér að framan hefur ferill hugmyndarinnar um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu verið rakinn í tíð síðustu þriggja ríkisstjórna og sýnt hvernig hún hefur ýmist verið ofarlega á forgangslista íslenskra stjórnvalda eða algjörlega utan dagskrár. Þær kenningar sem voru hér til umfjöllunar varpa ágætu ljósi á feril hugmyndarinnar og geta hjálpað til við að svara rannsóknarspurningunum. Meðal annars hefur ljósi verið varpað á það, með hjálp dagskrárkenningar Kingdon, hvernig málið komst á dagskrá stjórnvalda á þessum tímamarki, en þar virðist samstaða lækna hafa vegið þungt. Auk þess hefur verið sýnt fram á að engin sátt er í íslenskum stjórnámálum um hvað felst í hugmyndinni um fjölbreytt rekstrarform í heilbrigðisþjónustu, og þó að hugmyndin geti í grunninn verið leið til að sætta ólík sjónarmið, þá einkennast íslensk stjórnámál og stjórnámálaumræða af andstæðum og togstreitu milli skilvirkni og jöfnuðar.

Einungis hefur gefist tækifæri hér til að tæpa stuttlega á þessari togstreitu sem einkennir íslensk stjórnámál varðandi skipulag heilbrigðiskerfisins. Áhugavert væri að ráðast í frekari rannsóknir á því sviði, og skoða hvort sama sé uppi á teningnum í öðrum málaflokkum. Auk þess væri gagnlegt viðfangsefni að skoða nánar hvaða áhrif það getur haft á stefnumótun, bæði á sviði heilbrigðismála og öðrum sviðum, þegar stjórnámál einkennast af jafn miklum andstæðum og raun ber vitni í tilviki heilbrigðisþjónustunnar.

6 Heimildir

- Baumgartner, Frank R. og Bryan D. Jones. 1993. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Brynjar Nielsson. Einkavæðing í heilbrigðiskerfinu. 2014-2015. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.althingi.is/altext/raeda/144/rad20150202T155854.html>
- Centre for Health Program Evaluation. 2001. *Priority Setting for Health A Critique of Alternative Models: Report to the Population Health Division Department of Health and Aged Care*. West Heidelberg: Centre for Health Program Evaluation.
- Eiríkur Bergmann. 2014. *Iceland and the International Financial Crisis, Boom Bust and Recovery*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Eva Heiða Önnudóttir. 2011. „Búsáhaldabyltingin: Pólitískt jafnræði og þátttaka almennings í mótmælum.“ Í *Rannsóknnum í félagsvísindum XII*. Ritstjóri Silja Bára Ómarsdóttir, 36-44. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Fjármálaráðuneytið. 2014. *Ríkisreikningur 2013: Heildaryfirlit*. Reykjavík: Fjársýsla ríkisins.
- Forsætisráðuneytið. 2015. *Yfirlýsing forsætisráðherra, fjármála- og efnahagsráðherra og heilbrigðisráðherra og Læknafélags Íslands og Skurðlæknafélags Íslands í tengslum við gerð kjarasamninga lækna*. Reykjavík: Forsætisráðuneytið.
- Framsóknarflokkurinn. 2013. *Ályktanir 32. flokksþings framsóknarmanna*. Reykjavík: Framsóknarflokkurinn.
- Frumvarp til laga um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum. Þskj. 208, 191. mál, 2010-2011. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 20. mars. <http://www.althingi.is/altext/139/s/0208.html>
- Frumvarp til laga um sjúkratryggingar. Þskj. 955, 613. Mál, 2007-2008. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 19. mars. <http://www.althingi.is/altext/135/s/0955.html>
- Guðlaugur Þór Þórðarson. 2007. Viðtal. „Gríðarleg tækifæri í heilbrigðisþjónustu,“ *Læknablaðið* 93 (11): 760-763.
- Guðni Th. Jóhannesson. 2009. *Hrunið, Ísland á barmi gjaldþrots og upplausnar*. Reykjavík: JPV útgáfa.
- Hansína Sigurgeirsdóttir. 2012. „Frá hugmynd til veruleika: Aðdragandi, upphaf og innleiðing laga nr. 112/2008 um Sjúkratryggingar Íslands.“ MPA-ritgerð, Háskóli Íslands.
- Ingibjörg Sólrún Gísladóttir. 2007. „Samfylkingin og heilbrigðismálin.“ *Morgunblaðið*, 5. maí.
- Jones, Bryan D. og Frank R. Baumgartner. 2005. *The Politics of Attention: How Government Prioritizes Problems*. London: The University of Chicago Press.
- Jón Ólafsson. 2014. „Viðbrögð við áfalli í lýðræðisríki: Mat lagt á reynslu Íslendinga.“ Í *Lýðræðistilraunum: Ísland í hruni og endurreisn*. Ritstjóri Jón Ólafsson, 7-21. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Kingdon, John W. 2011. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2. útg. Bandaríkin: Pearson Education.
- Knill, Christoph og Jale Tosun. 2012. *Public Policy: A New Introduction*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kristján Þór Júlíusson. Einkavæðing í heilbrigðiskerfinu. 2014-2015. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.althingi.is/altext/raeda/144/rad20150202T154216.html>
- Le Grand, Julian. 2007. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Le Grand, Julian, Carol Propper og Sarah Smith. 2008. *The Economics of Social Problems*. 4. útg. New York: Palgrave Macmillan.

- Læknablaðið. 2014. „Aðalfundur Læknafélags Íslands 2014. Hvert stefna íslenskir læknar?“ *laeknabladid.is*. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2014/10/nr/5300>
- Læknafélag Íslands. 2014. „Fréttatilkynning frá Læknafélagi Íslands.“ Fréttatilkynning 26. september. Sótt 16. febrúar 2015. http://www.ruv.is/files/skjol/alyktun_adalfundar_laeknafelags_islands.pdf
- Lög um breytingu á lögum um almannatryggingar, lögum um félagslega aðstoð, lögum um sjúklingatryggingu, lögum um heilbrigðisþjónustu, lögum um málefni aldraðra og lögum um eftirlaun til aldraðra, nr. 160/2007. <http://althingi.is/altext/stjt/2007.160.html>
- Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007. <http://www.althingi.is/lagas/134/2007040.html>
- Morgunblaðið. 2008a. „Núverandi stjórnarsamstarf forsenda breytinga á sjúkratryggingum.“ *mbl.is*. 14. september. Sótt 20. mars 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2008/09/14/nuverandi_stjornarsamstarf_forsenda_breytinga_a_sju/
- Morgunblaðið. 2008b. „Ráðstefna um heilbrigðisþjónustu.“ *mbl.is*. 6. maí. Sótt 13. febrúar 2015. <http://www.mbl.is/greinasafn/grein/1212079/>
- Morgunblaðið. 2008c. „Samþykktar sjúkratryggingar.“ *mbl.is*. 10. september. Sótt 13. febrúar 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2008/09/10/samthykktar_sjukratryggingar/
- Morgunblaðið. 2008d. „Sjúkratryggingar í nýrri stofnun.“ *mbl.is*. 1. október. Sótt 13. febrúar 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2008/10/01/sjukratryggingar_i_nyrri_stofnun/
- Morgunblaðið. 2013a. „Íslensk heilbrigðisþjónusta á krossgötum.“ *mbl.is*. 16. desember. Sótt 16. febrúar 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2013/12/16/islensk_heilbrigdisthjonusta_a_krossgotum_2/
- Morgunblaðið. 2013b. „Læknar stofna verkfallssjóð.“ *mbl.is*. 16. október. Sótt 16. febrúar 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2013/10/16/laeknar_stofna_verkfallssjod/
- Morgunblaðið. 2013c. „Stjórnvöld móti stefnu fyrir lok árs.“ *mbl.is*. 12. október. Sótt 16. febrúar 2015. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2013/10/12/stjornvold_moti_stefnu_fyrir_lok_ars/
- Morgunblaðið. 2014. „Harðari aðgerðir á nýju ári.“ *mbl.is*. 13. desember. Sótt 16. febrúar. http://www.mbl.is/frettir/innlent/2014/12/13/hardari_adgerdir_a_nyju_ari/
- Nagel, Stuart S. 1986. „Efficiency, Effectiveness, and Equity in Public Policy Evaluation.“ *Review of Policy Research* 6 (1): 99-120. Sótt 10. apríl 2015, doi: 10.1111/j.1541-1338.1986.tb00651.x.
- Nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar. 2006. *Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni?* Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Ráðgjafahópur velferðarráðherra. 2012. *Skipulag heilbrigðisþjónustu og ráðstöfun fjármuna*. Reykjavík: Velferðarráðuneytið.
- Ríkisútvarpið. 2013a. „Niðurstöður kosninganna.“ *ruv.is*. 28. apríl. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.ruv.is/frett/nidurstodur-kosninganna>
- Ríkisútvarpið. 2013b. „Vilja að ríkið reki heilbrigðisþjónustuna.“ *ruv.is*. 25. apríl. Sótt 20. mars 2015. <http://www.ruv.is/frett/vilja-ad-rikid-reki-heilbrigdisthjonustuna>
- Ríkisútvarpið. 2014. „Skurðlæknar samþykkja verkfallsboðun.“ *ruv.is*. 8. október. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.ruv.is/frett/skurdlaeknar-samthykkja-verkfallsbodun>
- Ríkisútvarpið. 2015a. „Læknar semja – 42 fundir að baki.“ *ruv.is*. 7. janúar. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.ruv.is/frett/laeknar-semja-42-fundir-ad-baki>
- Ríkisútvarpið. 2015b. „Skurðlæknar semja.“ *ruv.is*. 8. janúar. Sótt 16. febrúar. <http://www.ruv.is/frett/skurdlaeknar-semja>

- Rúnar Vilhjálmsson. 2007. „Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum.“ Í *Rannsóknunum í félagsvísindum VIII*, ritstjóri Gunnar Þór Jóhannesson, 197-206. Reykjavík: Félagsvísindastofnun.
- Rúnar Vilhjálmsson. 2013. *Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun.
- Sigmundur Davíð Gunnlaugsson. 2013. Viðtal. „Ég er mjög sáttur.“ *skastrik.is*. Sótt 9. apríl 2015. <http://skastrik.is/tolublad/skastrik-02/eg-er-mjog-sattur/>
- Sigríður Ingibjörg Ingadóttir. 2015. „Hvað ætla þeir sér?“ *Fréttablaðið*, 16. janúar.
- Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Jónína Waagfjörð og Anna Maresso. 2014. „Iceland: Health system review.“ *Health Systems in Transition* 16 (6): 1-182.
- Sjálfstæðisflokkurinn. 2013. „Ályktun velferðarnefndar.“ *Ályktanir landsfundar*. Sótt 1. apríl 2015. <http://www.xd.is/um-sjalfstaedisflokkinn/alyktanir/velferdarnefnd/>
- Sjálfstæðisflokkurinn. 2007. *Stjórn málaályktun 37. landsfundar Sjálfstæðisflokksins*. Reykjavík: Sjálfstæðisflokkurinn.
- Steinunn Þóra Árnadóttir. Einkavæðing í heilbrigðiskerfinu. 2014-2015. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 6. apríl 2015. <http://www.althingi.is/altext/raeda/144/rad20150202T155639.html>
- Stjórnarráð Íslands. „Ríkisstjórnatal frá stofnun lýðveldis.“ Sótt 19. mars 2015. <http://www.stjornarrad.is/Rikisstjornatal/>
- Stjórnarráð Íslands. 1995. „Stefnufirlýsing ríkisstjórnar 1995.“ *Stefnufirlýsingar fyrri ríkisstjórnna*. Sótt 1. apríl 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/nr/69>
- Stjórnarráð Íslands. 1999. „Stefnufirlýsing ríkisstjórnar 1999.“ *Stefnufirlýsingar fyrri ríkisstjórnna*. Sótt 1. apríl 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/nr/57>
- Stjórnarráð Íslands. 2003. „Stefnufirlýsing ríkisstjórnar 2003.“ *Stefnufirlýsingar fyrri ríkisstjórnna*. Sótt 1. apríl 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/nr/138>
- Stjórnarráð Íslands. 2007. „Stefnufirlýsing ríkisstjórnar 2007.“ *Stefnufirlýsingar fyrri ríkisstjórnna*. Sótt 11. febrúar 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/nr/275>
- Stjórnarráð Íslands. 2009. „Samstarfsyfirlýsing ríkisstjórnar 2009.“ *Stefnufirlýsingar fyrri ríkisstjórnna*. Sótt 12. febrúar 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/nr/322>
- Stjórnarráð Íslands. 2013. „Stefnufirlýsing ríkisstjórnar Framsóknarflokksins og Sjálfstæðisflokksins.“ *Stefnufirlýsing*. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.stjornarrad.is/Stefnufirlýsing/>
- Svandís Svavarsdóttir. Einkavæðing í heilbrigðiskerfinu. 2014-2015. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.althingi.is/altext/raeda/144/rad20150202T153700.html>
- Thaler, Richard H. og Cass R. Sunstein. 2009. *Nudge: Improving Decisions About health, wealth and happiness*. London: Penguin Books.
- Theodoulou, Stella Z. og Matthew A. Cahn. 1995. *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey: Prentice Hall.
- Tillaga til þingsályktunar um velferðarstefnu – heilbrigðisáætlun til ársins 2020. Þskj. 604, 470. mál, 2012-2013. *Vefútgáfa Alþingistíðinda*. Sótt 19. mars 2015. <http://www.althingi.is/altext/141/s/0604.html>
- Velferðarráðuneytið. „Betri heilbrigðisþjónusta 2013-2017.“ Sótt 16. mars 2015. <http://www.velferdarraduneyti.is/betri-heilbrigdisthjonusta/almenn>
- Vísir. 2014a. „Læknar boða til verkfalls.“ *visir.is*. 9. október. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.visir.is/laeknar-boda-til-verkfalls/article/2014141008856>
- Vísir. 2014b. „Verkfall lækna skolið á.“ *visir.is*. 27. október. Sótt 16. febrúar 2015. <http://www.visir.is/verkfall-laekna-skollid-a/article/2014710279971>

- Vísir. 2015a. „Höfnum leið misskiptingar í heilbrigðismálum.“ *visir.is*. 3. febrúar. Sótt 20. mars 2015. <http://www.visir.is/hofnum-leid-misskiptingar-i-heilbrigdismalum/article/2015702039999>
- Vísir. 2015b. „Óheilbrigð umræða um heilbrigðismál.“ *visir.is*. 5. febrúar. Sótt 20. mars 2015. <http://www.visir.is/oheilbrigd-umraeda-um-heilbrigdismal/article/2015702059969>
- Vísir. 2015c. „Telur að yfirlýsing merki aukinn einkarekstur í heilbrigðiskerfinu.“ *visir.is*. 10. janúar. Sótt 14. febrúar 2015. <http://www.visir.is/telur-ad-yfirlýsing-merki-aukinn-einkarekstur-i-heilbrigdiskerfinu/article/2015150119989>