

# Einkarekstur eða ríkisrekstur í heilsugæslu: Samanburður á kostnaði og ánægju með þjónustu

**Héðinn Sigurðsson**, læknir, Heilsugæslan Glæsibæ  
**Sunna Gestsdóttir**, aðjúnt, Háskóli Íslands  
**Sigríður Halldórsdóttir**, prófessor, Háskólinn á Akureyri  
**Kristján G. Guðmundsson**, læknir, Reykjalundur

## Útdráttur

Skipulag heilbrigðisþjónustu er meðal erfiðustu viðfangsefna stjórnvalda. Líkt og aðrar þjóðir sem reka félagslegt heilbrigðiskerfi standa Íslendingar frammi fyrir spurningunni um hvert eigi að vera hlutverk einkarekstrar innan heilsugæslunnar. Markmið rannsóknarinnar var tvíþætt: að bera saman einkarekstur og ríkisrekstur 17 heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu og greina ánægjukannanir þeim tengdar. Við upphaf Íslandsbyggingar verður til lögbundin samhjálpar þar sem kveðið er á um skyldur samfélagsins við þá sem þarfnast hjálpar og með lögum um heilbrigðisþjónustu árið 1973 féll íslenska heilbrigðiskerfið undir norræna velferðarsamfélagið með jöfnu aðgengi og þéttu öryggisneti. Rannsóknin sýnir að einkareknu heilsugæslustöðvarnar voru með lágan kostnað á hverja verkeiningu en þó ekki þann lágsta. Fjórar til sjö ríkisreknan stöðvar voru með lægri kostnað á hvern skráðan einstakling en þær einkareknu. Kostnaður á hverja stöðu læknis var hæstur hjá annarri einkareknu stöðinni. Þjónustukannanir sýndu að enginn munur var á ánægju með gæði þjónustu milli þessara tveggja ólíku rekstrarforma. Þá ályktun má draga af þessari rannsókn að ekki sé hægt að fullyrða að einkarekstur í heilsugæslu bæti meðferð opinbers fjár eða auki gæði þjónustunnar.



Icelandic Review of Politics and Administration Vol. 14, Issue 2 (69-84)  
© 2018 Contacts: Héðinn Sigurðsson, hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is  
Article first published online June 21st 2018 on <http://www.irpa.is>  
Publisher: Institute of Public Administration and Politics, Gimli, Sæmundargötu 1, 101 Reykjavík, Iceland

Stjórnmál & stjórnsýsla 2. tbl. 14. árg. 2018 (69-84) Fræðigreinar  
© 2018 Tengiliðir: Héðinn Sigurðsson, hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is  
Vefbirting 21. júní 2018 - Birtist á vefnum <http://www.irpa.is>  
Útgefandi: Stofnun stjórnsýslufræða og stjórnmála, Gimli, Sæmundargötu 1, 101 Reykjavík

DOI: <https://doi.org/10.13177/irpa.a.2018.14.2.4>

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

**Efnisorð:** Rannsóknir í heilbrigðisþjónustu; heilsugæsla; ríkisrekstur; einkarekstur; starfsfólk í heilsugæslu.

## Public or private primary health care: A comparison of efficiency and patient satisfaction

### Abstract

The organization of health care is one of the most complex present day challenges. Like other countries that run socialized health care systems, Icelanders face the question of the role of private enterprise in health care. The objective of this study was two-fold: to compare the cost of 17 private and state-run health care centers in the metropolitan area, and to compare consumer satisfaction related to these. At the beginning of Icelandic settlement, there were statutory laws decreeing that community services should be provided for those in need. By the Health Care Act in 1973, the Icelandic health care system fell under the Nordic welfare society with equal access and a tight safety net. The results show that the private health care centers had a low cost per work unit, but not the lowest. Four to seven state run health care centers had less expenditure per patient than the private centers. The cost of each doctor's position was highest in one of the private clinics. Patient satisfaction surveys showed that there is no difference in the quality of services between these two different operating modes. A conclusion can be drawn from this study that it is not clear whether private health care improves the use of public funds or increases the quality of services.

**Keywords:** Health service research; primary care; public enterprise, private enterprise, health care professionals.

### Inngangur

Skodanaágreiningur er um hlutverk ríkisins varðandi rekstur heilsugæslunnar á Íslandi og hefur umræða átt sér stað um mikilvægi þess að breyta rekstarfyrirkomulagi hennar. Krafan hefur einkum komið frá fagfélagi íslenskra heimilislækna sem lengi hefur barist fyrir réttindum til sjálfstæðs læknastofureksturs sem sé sambærilegur við aðra sérfræðilækna. Öfl í atvinnulífinu, sem höll eru undir frjálshyggju, hafa einnig gert kröfu um nýtingu á kostum markaðslögmála. Starfsfólki í heilbrigðisþjónustu hefur fjölgað mikið á síðustu áratugum og útgjöld til heilbrigðismála og almannatrygginga hafa aukist vegna aukinna umsvifa, betri þjónustu og bættrar heilbrigðistækni, meðal annars með tilkomu nýrra lyfja. Um miðjan áttunda áratug síðustu aldar varð mönnum ljóst að aukin útgjöld til heilbrigðismála dugðu ekki til að leysa öll brýnustu vandamál á því sviði (Jón Ólafur Ísberg 2005). Svipað og önnur lönd sem reka félagslegt heilbrigðiskerfi standa Íslendingar frammi fyrir spurningunni um það hvert hlutverk einkarekstrar ætti að vera innan heilsugæslunnar. Ríkisrekstur í heilsugæslu á Íslandi hefur verið einn sá mesti í löndum Vestur-Evrópu og er mestur meðal Norðurlandaþjóða. Íslenskt samfélag er fámennt

og hægt að færa rök fyrir því að smæð þess kalli á eða ýti undir ríkisrekstur. Segja má að ríkisrekstur hjá svo fámenntri þjóð hafi aðra merkingu en opinber rekstur í milljóna-samfélögum þar sem sýslur eða landsþing geta staðið undir heilsugæslu af svipuðu eða stærra umfangi en íslenska heilbrigðiskerfið. Hlutverk Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis-ins (HH) nær yfir meira en að sinna eingöngu lækniþjónustu þó þar brenni eldurinn heitastur. Rekið er forvarnar- og heilsuverndarstarf meðal annars mæðra-, ung- og smábarnavernd, skólahélsugæsla og heilsuvernd aldraðra. Jafnframt eru reknar miðlægar einingar á borð við Þroska- og hegðunarstöðina, göngudeild sóttvarna og hælisleitenda og svo gedteymi. Tilgangur þessarar afturskyggnu lýsandi rannsóknar er annars vegar að kanna hvort munur sé á árangri í rekstri hjá einkareknum og ríkisreknum heilsugæslu-stöðvum á höfuðborgarsvæðinu og hins vegar að kanna hvort munur sé á ánægju þjón-ustuþega heilsugæslustöðvanna eftir því hvort rekstarformið á í hlut.

## 1. Einkarekstur eða ríkisrekstur heilsugæslu

Bakgrunnur þessarar rannsóknar er að grunnur heilbrigðisþjónustu er jafn aðgangur allra að velferðarþjónustu (e. equity in health care) óháð tekjum, búsetu, eða þjóðfélags-stöðu. Þetta er meginatriði í stjórnun heilbrigðismála, mannréttindi og hluti af grunn-forsendum góðrar lýðheilsu (Starfield 2000). Jafn aðgangur að heilbrigðisþjónustu er viðurkenndur sem eitt helsta markmið heilsugæslu (Manderbacka, Jutta, Martt, Hanna, Unto & Ilmo 2015). Það er enn fremur ein meginreglan í Ottawa-sáttmálanum (World Health Organization 1986) þar sem mælt er til aðgerða er miða að því að draga úr mis-mun og tryggja jafna möguleika fólks til að ná sem bestri heilsu (Povlsen, Borup & Fosse 2011). Jafn aðgangur er hugtak, nátengt grundvallar mannréttindum (Povlsen o.fl. 2011; Potts e.d.) og jafnframt mikilvæg vísbending um styrk og hagsæld samfélaga (Thomas, Wakerman & Humphreys 2015; Zöllner 2002).

Mikil ójöfnuður hefur mælt í heilsugæslu innan landa og milli ólíkra landa í Evrópu (Jakab & Marmot 2012). Vísbendingar eru um að nútíma heilbrigðisþjónusta hafi jákvæð áhrif á heilsu og lífslíkur manna og að jaðarhópar hafi minni aðgang að heilsugæslu en æskilegt væri (Krasnik & Rasmussen 2002). Slíkur ójöfnuður kallar á aðgerðir til að auka félagslegt réttlæti að mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization, WHO) og „heilsa fyrir alla“ (WHO 1998) og stefna WHO „heilsa 2020“ (WHO 2013) byggir á þeirri sýn. Skipulag heilbrigðisþjónustu á því að stýrast af þörf almennings fyrir gott aðgengi, m.a. að heilsugæslu. Sameinuðu þjóðirnar stóðu að tíma-móta sáttmála um heilsugæslu árið 1978, sem kenndur er við borgina *Alma Ata*. Þar var gert ráð fyrir að heilsugæslan yrði grunnur allrar heilbrigðisþjónustu og byggji á for-vörnum, fyrstu greiningu og meðferð á veiku fólki í samvinnu margra heilbrigðisstétta sem vinna saman í teymi (e. health team) og samfelli (e. continuity) (WHO 1978).

Eftir seinni heimsstyrjöld urðu miklar breytingar á heilsugæslu. Samhliða fjölmörgum nýjum sérgreinum innan heilbrigðisþjónustunnar kom til sögunnar nýtt greiðslufyrir-komulag. Það sem stuðlaði að þessum róttæku breytingum var að heilbrigðisþjónusta varð almenningi gjaldfrjál í alræðisríkjum Evrópu á árunum fyrir stríð. Bresk stjórnmöld brugðust við breyttri heimsmýnd með almannatryggingakerfi þar sem skattfé var notað

til að greiða þjónustuna (The National Health Service Act 1950). Til varð Beveridge greiðslukerfið, byggt á hugmyndafræði William Beveridge hagfræðings. Um leið breyttist eðli heimilislækninga. Starfið varð tvíþætt, annars vegar lækningar sjúkdóma sem fyrr, en einnig hliðvarsla, (e. gate-keeping) þ.e. að sjá um markvissa en jafnframt, hagkvæma nýtingu úrræða heilbrigðisþjónustunnar, enda öll þjónustan kostuð af almannafé. Talið er að markaðsvæðing heimilislækninga ógni þessu tvöfalda hlutverki heimilislækna. Einkum hafa gagnrýnendur varað við því að samfélagsábyrgðin láti undan síga fyrir þunga markaðshyggjunnar og grafi undan almannatryggingakerfinu (Jóhann Ágúst Sigurðsson & Linn Getz 2007). Heilbrigðisþjónusta er í raun bæði fjárfesting og neysluvara. Þjónustan telst afleiðd því eftirspurnin er eftir heilbrigði en ekki heilbrigðisþjónustu og framboð, gagnsemi og afleiðingar eru óvissuþættir (Ágúst Einarsson 2003). John Maynard Keynes telst hugmyndasmiður hins blandaða hagkerfis markaðsbúskapar og ríkisafskipta sem skandinavíska velferðakerfið byggir á (Dillard 1967). Óheftari markaðshættir og nýfrjálshyggja urðu þó fyrirferðarmeiri á Vesturlöndum eftir 8. áratug síðustu aldar í stjórnartíð Reagan í BNA og Thatcher á Bretlandseyjum. Lögmál hins frjálsa markaðar á ekki allskostar við heilbrigðisþjónustu. Eitt einkenni frjáls markaðar er óheftur aðgangur að markaðnum til að hefja þjónustu og hætta að veita þjónustu, sem erfitt er að uppfylla í svo sérhæfðri og viðkvæmri þjónustu. Þá er markaðshindrun til staðar þar sem sérhæfðir heilbrigðisstarfsmenn veita þjónustu en fjöldi þeirra er takmarkaður meðal annars með aðgangshindrunum í námi. Þá þarf að gera ráð fyrir mörgum aðilum sem kaupa þjónustu og einnig seljendum á frjálsum markaði. Á frjálsum markaði er gerð krafa um gagnsæi upplýsinga hvað varðar innihald og gæði þjónustu. Bent er á að veitandi heilbrigðisþjónustu hafi nánast alltaf yfirburðastöðu hvað varðar þekkingu á svo sérhæfðri þjónustu (Folland, Goodman & Stano 2010).

Erfitt eða ógerlegt er að verðleggja heilbrigðisþjónustu, bæði fyrir fagfólk og notendur. Stutt viðtal við heilbrigðisstarfsmann getur bætt lífsgæði einstaklinga umtalsvert, jafnvel bætt mörgum góðum árum við ævina. Hér vakna margar spurningar. Hvernig er hægt að verðleggja slíkt viðtal? Hvers virði er einföld aðgerð sem tryggir vinnufærni? Þannig er veruleg hætta á markaðsbresti í heilbrigðisþjónustu á hinum frjálsum markaði (Folland o.fl. 2010). Gengið er út frá því að einkarekstur (e. private enterprise) spari fjármagn, sé ódýrari kostur en sá opinberi og stuðli að betri þjónustu í heilsugæslu (Frosti Ólafsson 2015; Gunnlaugur Stefánsson & Hörður Vilberg Lárusson 2006; Ingibjörg Hauksdóttir 2010; Oddur Steinarsson 2014). Þó virðist þjónustusamningum við einkaaðila oft ábótavant þegar kemur að umfangi þjónustu, gæðum og viðurlögum við frávikum (Folland o.fl. 2010; Palmer 2000).

Stuðningur við félags- og ríkisforsjárhyggju tengist þörf fyrir gott öryggisnet og samhjálp. Gagnrýnendur slíks skipulags gjalda hins vegar varhug við ofuráherslu á miðstýringu og útþenslu skrifræðis (e. Parkinsons law). Fylgismenn einstaklingsframtaks undirstrika mátt frumkvæðis og útsjónarsemi einstaklingsins. Hagfræðikenningar kenndar við nýfrjálshyggju (e. neoliberalism) draga fram kosti þess að gera heilbrigðisþjónustu að viðfangsefni hins frjálsa markaðar. Slíkur markaður hefur þó lítið nýst í gegnum tíðina

til þess að stýja við þá veikustu og félagslega verst settu (Hart 2004). Þá geta rjóma-fleytingar (e. cream skimming) og freistnivandi (e. moral hazard) verið vandamál, eins og nýleg skýrsla sænsku ríkisendurskoðunarinnar um einkarekstur í heilsugæslu í Svíþjóð bendir til (Anell 2015). Sterk tilhneiging er í einkarekinni heilbrigðisstarfsemi á meðhöndlun sjúkdóma fremur en fyrirbyggjandi aðgerðum í lýðheilsu (Dahlgren 2014). Þannig er munur á stöðu og ábyrgð opinberra aðila og einkaaðila til grunnþátta samfélagsins.

### 1.1 Upphaf heilsugæslu

Allt frá þurfamannatíundinni, frá árinu 1097 hefur verið lögbundin samhjálpa á Íslandi (Ólafur Ólafsson 2004). Í Grágáslögum frá 1118 (Grágás 1852) er síðan kveðið á um skyldur samfélagsins til að sjá fátækum farborða. Mikil umbreyting og í raun umbylting á lífi og aðstæðum varð síðan hjá íslenskri alþýðu við setningu alþýðutryggingalaga árið 1936. Áður en sjúkratryggingar (alþýðutryggingalögin) voru lögbodnar höfðu víða verið stofnuð frjáls samtök til þess að létta fjárhagsbyrðar hinna sjúku, þeirra elst er Styrktar- og sjúkrasjóður verslunarmanna í Reykjavík stofnaður árið 1867 að danski fyrirmynd. Þessi félög höfðu sín eigin lög og reglur, sem áhugamannahópar sömdu og sem hentugu á hverjum stað. Fyrirmynd sjúkratrygginga á Íslandi átti upphaf sitt í Þýskalandi á 9. tug 19. aldar (Bismark-kerfið). Eftir seinna heimsstríðið komu Bretar á almannatryggingakerfi (Ólafur Ólafsson 2004).

Með nýjum lögum á sviði heilbrigðismála, þ.e. lögum nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu, ekki síst þriðji kaflinn um uppbyggingu heilsugæslu, hefst nýr þáttur í sögu heilbrigðismála á Íslandi og næstu tveir áratugir voru tímar uppbyggingar. Heilbrigðisþjónustan á Íslandi hefur frá fyrstu tíð verið einkarekin að hluta. Fjöldi sjálfstæðra rekstraraðila, sjálfseignarstofnana og hagnaðardrífina fyrirtækja eiga sér langa sögu. Má nefna viðamikinn rekstur í öldrunarþjónustu og tannlækningum á Íslandi. Ekki er hægt að kaupa tannlæknatryggingar á Íslandi og á löngum tímabilum hefur þjónustan jafnvel ekki verið niðurgreidd fyrir börn af hinu opinbera. Í nágrannalöndum okkar er þessi þjónusta niðurgreidd og er þar með hluti af almennri heilbrigðisþjónustu (Velferðarráðuneytið 2011). Meðal almennings hefur rík andstaða mælst, með spurningakönnunum, gegn auknum einkarekstri í öllu heilbrigðiskerfinu (Runar Vilhjálmsson 2016). Einkavæðing (e. privatization) felst annaðhvort í a) eignasölu ríkisins til einkaaðila, b) aukinni einkafjármögnun heilbrigðisþjónustu gegnum vasa sjúklinga eða tryggingafélaga, eða c) auknum hlut einkaaðila í rekstri heilbrigðisþjónustunnar (Rúnar Vilhjálmsson 2007). Hins vegar, hefur borið á því í fjölmiðlum að t.d. fulltrúar hagsmunaaðila og stuðningsmenn einkarekstrar meðal stjórnmálamanna hafi neitað því að aukinn einkarekstur sé einkavæðing, af því að einkavæðing snúi eingöngu að aukinni einkafjármögnun. Dæmi um einkavæðingu innan heilbrigðiskerfisins er breyting á eignarhaldi á húsnæði Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Á samdráttartímum eftir efnahagshrunið árið 2008 gerðu verðtryggðir langtíma húsaleigusamningar við einkaaðila möguleika HH til að hagræða í rekstri erfiðari (Velferðarráðuneytið 2011).

## 1.2 Reynsla nágrannþjóða af rekstrarskipulagi heilsugæslu

Svíar hafa frá árinu 2010 aukið einkarekstur í heilsugæslu um 20%, mest á stærstu stöðunum (Anell 2015). Deilt er um heildarárvinning af því. Úttekt sænsku ríkisendurskoðunarinnar (Riksrevisionen 2014) sýnir að munur á þjónustu og aðgengi þjóðfélagshópa í Svíþjóð er að aukast, andstætt því sem stefnt var að. Einstaklingar, sem eru betur settir og við betri heilsu, virðast fá meiri þjónustu og koma oftar til læknis en fyrir skipulagsbreytinguna (Riksrevisionen 2014). Þeir sem búa við langvinnan heilsubrest, eru illa settir félagslega eða búa í dreifbýli, fá minni þjónustu. Möguleikar á gæðaeftirliti eru auk þess færri. Ólíkt Norðmönnum þar sem heimilislæknar eru ábyrgir fyrir rekstri læknastofa er einkarekin heilsugæsla í Svíþjóð oftast á höndum fyrirtækja með flókna uppbyggingu sem byggja á skattahagræði (Dahlgren 2014). Samkvæmt sænskum lögum er ekki hægt að þvinga einkaaðila til að hefja rekstur á tilgreindum svæðum. Þetta hefur verið á kostnað jafðarsvæða og félags- og efnahagslega verr settra samfélaga þar sem fleiri skjólstaðingar eru skráðir á hvern lækni (Riksrevisionen 2014). Áhöld eru um hvort einkarekstur feli í sér minni kostnað, því hætta er á að gæði þjónustu verði lakari þegar starfsemi stöðva fer að taka of mikið mið af því að fjölga komum sjúklinga til að hámarka tekjur stöðvarinnar. Úttektin hefur þó sætt gagnrýni, einkum frá Vestur-Gautlandi, þar sem góður árangur er talinn hafa náðst eftir skipulagsbreytingarnar (s. várðvalet) árið 2010 (Västra Götalandsregionen 2014). Vegna skorts á tilvísunarkerfi í sænskri heilsugæslu setur Efnahags- og framfarastofnunin (OECD) reyndar heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð frekar í flokk með Íslandi og Tyrklandi en hinum Norðurlöndunum (OECD 2010).

Í Danmörku hafa heimilislæknar rekið stofur sínar sjálfir, mjög oft einir eða þá tveir læknar í samstarfi. Nú er staðan hins vegar sú, að sífellt erfiðara reynist að manna þessar stöður. Kulnun í stétt heimilislækna er þar vaxandi vandi eins og annars staðar á Vesturlöndum (Pedersen, Andersen, Olesen & Vedted 2013). Dönsk heilbrigðisyfirvöld hafa því undanfarið hvatt einrykja til að sameinast á heilsugæslustöðvar (Pedersen, Andersen & Sondergaard 2012). Þetta er þróun sem hófst á Íslandi þegar á áttunda áratug síðustu aldar í kjölfar setningu laganna um heilbrigðisþjónustu árið 1973.

Einkarekstur hefur ráðið för í norskri heilsugæslu um langa hríð. Heimilislæknar þar í landi eru taldir standa hvað best faglega og bera hvað mest úr bítum (Nylenna, Gulbrandsen, Forde & Aasland 2005). Vinnuálagi er þar auðstýrt og stærð sjúklingasamlaga oft 1100–1200 manns (Gaardsrud 2010; Voltmer, Rosta, Siegrist & Aasland 2012). Til samanburðar sinna heimilislæknar á Íslandi sjaldan færri en 1500 manns í þéttbýli. Hætta er þó talin á því að læknar með færri sjúklinga í sínu samlagi ofnóti endurkomur og lengri viðtöl (sem gefa meira í aðra hönd) sem eykur kostnað, hættuna á endurteknum rannsóknum og oflækningum (Iversen 2005). Vísbendingar eru einnig um að greiðslur til lækna fyrir hvert viðvik geti stuðlað að of mikilli og ónaudsynlegri lyfjagjöf (Kann, Biorn & Luras 2010). Samkvæmt íslenskri rannsókn hefur þetta greiðslufyrirkomulag, það er, umbun fyrir hvert viðvik, einnig áhrif á verklag og vinnuframlag lækna á Íslandi (Una Jónsdóttir & Tinna Laufey Ásgeirsdóttir 2013).

## 2. Markmið rannsókna og rannsóknarspurningar

Markmið rannsóknarinnar er tvíþætt. 1) Að kanna hvort munur sé á árangri í rekstri hjá einkareknum og ríkisreknum heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu árið 2012. Það er gert með því að bera saman þrjá rekstrarþætti heilsugæslustöðvanna: a) kostnað á hverja verkeiningu, b) kostnað á hvert stöðugildi læknis og c) kostnað á hvern skráðan einstakling á stöð. 2) Að bera saman viðhorf til þjónustunnar á sömu stöðvum. Rannsóknarspurningarnar eru því tvær 1) Er munurinn á árangri í rekstri hjá einkareknum og ríkisreknum heilsugæslustöðvum? 2) Er munur á ánægju þjónustuþega?

## 3. Aðferðir og efniviður

Um er að ræða afturskyggna lýsandi rannsókn. Til að bera saman ríkis- og einkarekstur í heilsugæslu voru gögn, sem aðgengileg eru á heimasíðu Landlæknisembættisins (Embætti landlæknis 2012) um komur á samtals 17 heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu árið 2012, greind. Til að bera saman reksturinn voru kostnaðartölur fengnar úr árskýrslu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis árið 2012 (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins 2012) og fjárlögum þess árs (Fjárlög fyrir árið 2012 2011) (viðauki 1). Hver verkeining á stöðvunum var metin samkvæmt aðferð sem ráðgjafarfyrtækið Boston Consulting Group beitti í skýrslu sinni (Velferðarráðuneytið 2011) um íslenska heilbrigðiskerfið.

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins rak 15 heilsugæslustöðvar og þrjár sérhæfðar miðlægar starfseiningar á landsvísu árið 2012. Til þess fékk HH 6,1 milljarð króna á fjárlögum ársins 2012 auk 600 - 700 milljóna í sértekjur. Tvær einkarekna heilsugæslustöðvar voru starfræktar á höfuðborgarsvæðinu árið 2012 (árið 2017 bættust tvær nýjar við). Hver og ein þessara 17 heilsugæslustöðva kostaði á bilinu 200 - 400 milljónir (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins 2012). Talið er að stjórnendur einkareknu stöðvanna hafi haft rýmri tök á rannsóknarárinu (2012), til að skipuleggja starfsemina. Þeir hafi haft meiri sveigjanleika með ráðningarsamninga og launagreiðslur, greitt hærri laun og ráðstafað arði (Ingi Freyr Vilhjálmsson 2016). Jafnframt hefur verið talið að réttindi starfsfólks væru ótryggari en hjá hinu opinbera. Til að gæta jafnræðis í samanburði á stöðvunum er húsaleiga ekki tekin með í útreikningum, þar sem húsnæðiskostnaður annarrar einkareknu stöðvarinnar er ekki inn í rekstarsamningunum. Miðlægum kostnaði HH er dreift á ríkisreknu stöðvarnar, þó ekki kostnaði við Þroska- og hegðunarstöð og Þróunarsvið, sem veita þjónustu jafnt á landsvísu. Greinarhöfundar taka ekki tillit til kennslukostnaðar ríkisreknu stöðvanna í þessari rannsókn þar sem þær tölur liggja ekki fyrir í bókhaldi. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar (HuH), voru á annan tug rannsóknarárið 2012. Rannsóknin nær ekki að fjalla um starfsemi HuH enda starfsemi þeirra önnur en HH þar sem þeir sinna ekki heilsuvernd (mæðra- og ungbarnavernd).

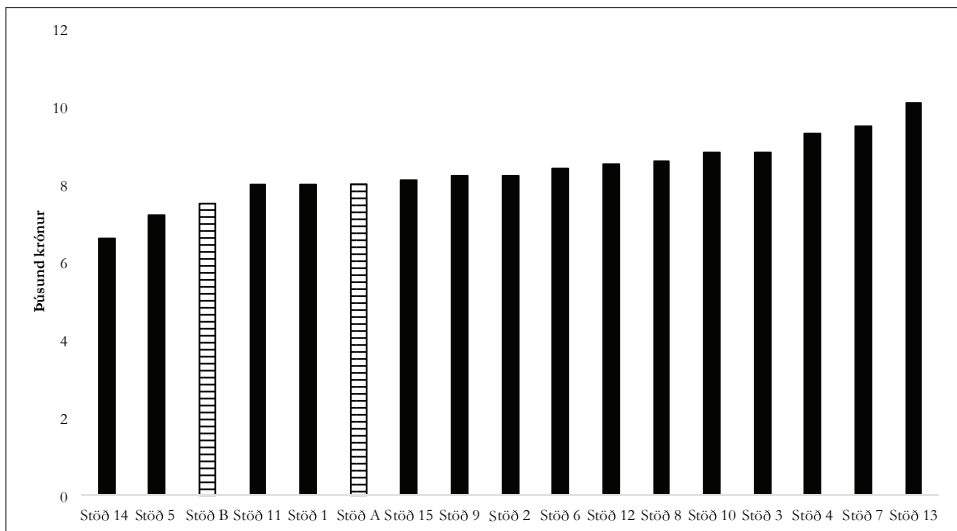
Að lokum voru niðurstöður úr könnun frá árinu 2008 um ánægju með heilsugæsluþjónustu á ofangreindum heilsugæslustöðvum teknar saman. Í þessari rannsókn er vísað í skýrslu Global Consulting Group frá árinu 2008 (GCG ráðgjöf 2008), en þá voru einkareknu stöðvarnar inni í samanburðinum á viðhorfum til þjónustu heilsugæslustöðva. Gætt er nafnleyndar þar sem viðkvæmni gætir um niðurstöður einstakra stöðva.

## 4. Niðurstöður

Niðurstöðukaflinn er tvískiptur. Fyrst er fjallað um niðurstöður samanburðarins á rekstrarkostnaði milli ríkisreknu og einkareknu heilsugæslustöðvanna á höfuðborgarsvæðinu. Að lokum er rýnt í þjónustukannanir sem þeim tengjast og þær bornar saman.

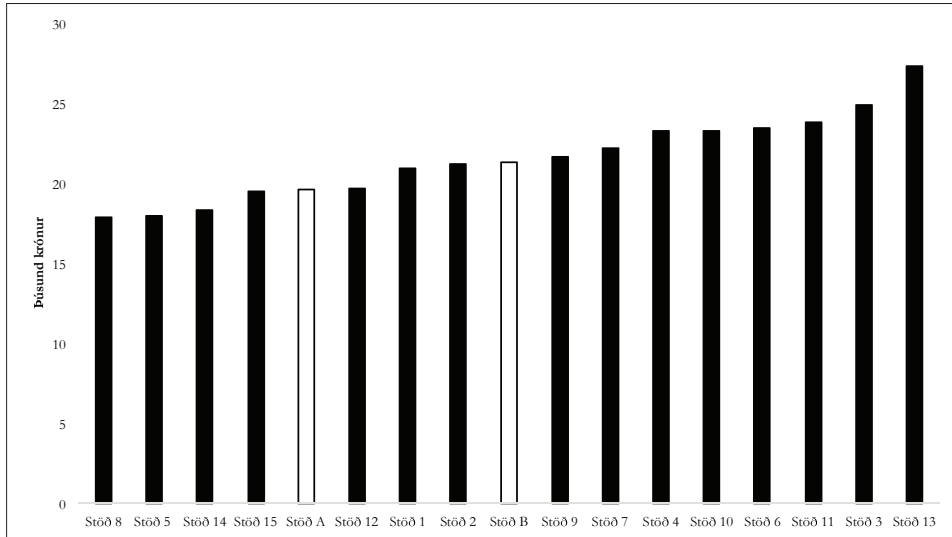
### 4.1 Samanburður á kostnaði ríkis- og einkarekstrar í heilsugæslu

Við skoðun gagnanna kom í ljós að einkareknu stöðvarnar voru með lágan kostnað á hverja verkeiningu, en þó ekki þann lágsta. Tvær til fjórar ríkisrekningar stöðvar höfðu lægri kostnað á hvert viðvik en þær einkareknu (mynd 1). Kostnaður á hvern skráðan einstakling hjá lækni var mestur og minnstur hjá ríkisreknum stöðvum (mynd 2). Eins og sjá má á mynd 3 þá var kostnaður á hvert stöðugildi læknis mestur hjá annarri einkareknu stöðinni.

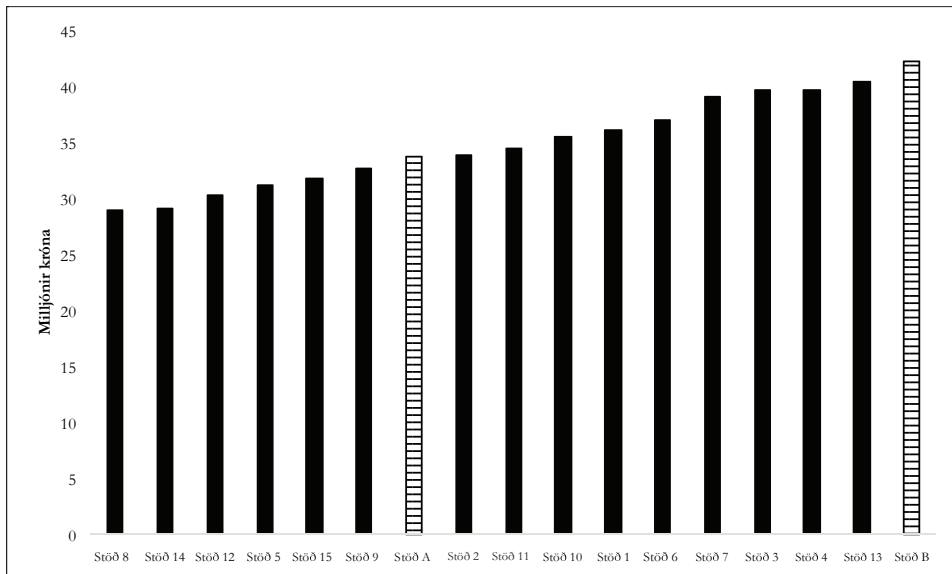


**Mynd 1.** Kostnaður á hverja verkeiningu sem unnin er á heilsugæslustöðvum, stöðvar A og B eru einkareknar





**Mynd 2.** Kostnaður á hvern skráðan einstakling í heilsugæslu árið 2012. Leiðrétt er fyrir húsnæði og heimahjúkrun, stöðvar A og B eru einkareknar



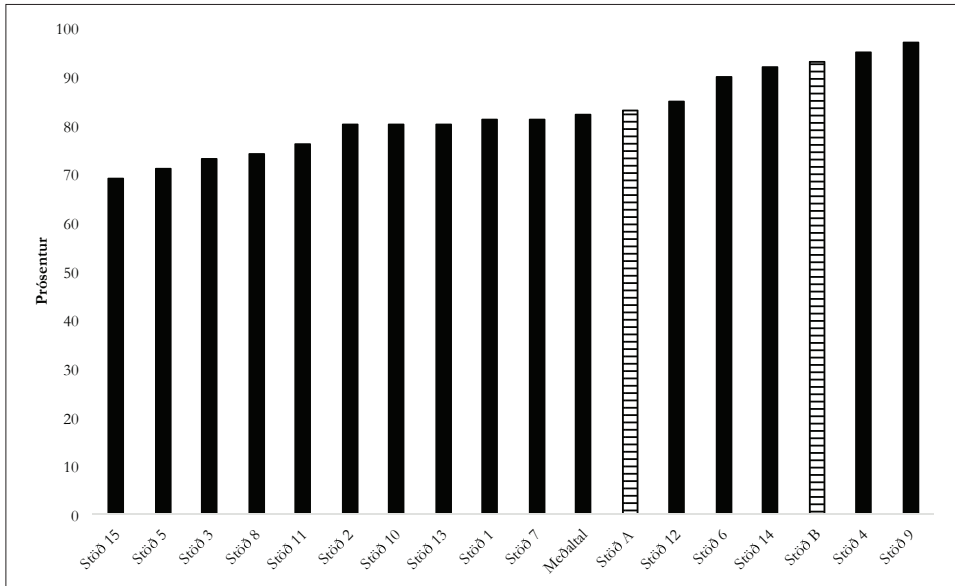
**Mynd 3.** Kostnaður á hvert stöðugildi heilsugæslulæknis á heilsugæslustöðvunum, stöðvar A og B eru einkareknar

Skráning íbúa á heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu árið 2012 reyndist ýmsum annmörkum háð og ekki er um nákvæmar tölur að ræða. Gengið er út frá því að þessi skekkja sé sambærileg á öllum starfsstöðvum. Kostnaður á einstökum heilsugæslustöðv-

um getur þó verið hærra eða lægri eftir umfangi kennslunnar á hverjum tíma og yrði samkvæmt því enn hærra á ríkisreknu stöðvunum en niðurstöður gefa til kynna.

#### 4.2 Samanburður á ánægju þjónustuþega

Niðurstöður þjónustukannana heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu frá árinu 2008 leiddu ekki í ljós afgerandi munur á upplifun skjólstæðinga af þjónustunni á milli ríkisreknu stöðvanna og þeirra einkareknu (mynd 4).



**Mynd 4.** Hlutfall ánægðra og mjög ánægðra skjólstæðinga með þjónustu heilsugæslustöðvanna árið 2008 (GCG ráðgjöf, 2008), stöðvar A og B eru einkareknar

### 5. Umræða

Niðurstöður sýndu að einkareknu stöðvarnar voru með lágan kostnað á hvert verk en þó ekki þann lægsta. Fjórar ríkisreknar stöðvar voru ódýrari. Kostnaður á hverja stöðu lækni var hæstur hjá annarri einkareknu stöðinni. Þjónustukannanir sýndu að enginn munur var á ánægju með gæði þjónustu milli þessara tveggja ólíku rekstrarforma.

Meginniðurstöður á samanburðinum á ríkisreknu og einkareknu heilsugæslustöðvunum og ánægju þjónustuþega sýndu að ekki var afgerandi munur á kostnaði einkarekinna og opinberra heilsugæslustöðva né ánægju sjúklinga með þjónustuna. Þjónustukönnun meðal skjólstæðinga heilsugæslunnar árið 2008 leiddi í ljós sambærileg viðhorf notenda til þjónustunnar og gildi þá einu hvort einkaaðilar eða ríkið var ábyrgt fyrir rekstri. Þær stöðvar, þar sem flestir voru ánægðir eða mjög ánægðir með þjónustuna, voru ríkisreknar, og sú þriðja besta var einkarekin. Þá ber að geta þess að þær stöðvar, sem færast voru óánægðir með, voru einnig reknar af ríkinu. Kostnaður á hvern skráðan einstakling hjá lækni var mestur

og minnstur hjá ríkisreknum stöðvum en kostnaður á hvert stöðugildi lækni mestur hjá annarri einkareknu stöðinni. Einkareknu stöðvarnar eru líkari heilsugæslustöðvunum sem næst þeim liggja landfræðilega en hvor annarri. Þessi munur skýrist vafalaust af ólíkri félagsstöðu og aldurssamsetningu og þar með þörfum íbúa hverfanna en í grannsvaitarfélögum Reykjavíkur: Kópavogi, Seltjarnarnesi og Garðabæ eru íbúar yngri, tekjur hærri, örorkubyrði minni og félagsleg vandamál færri (Hrafnhildur Gunnarsdóttir 2011).

Á framboðshlið heilbrigðisþjónustunnar er lögmál hins frjálsa markaðar vandamál. Kröfuna um óheftan aðgang veitenda að markaðnum er örðugt að uppfylla í svo sérhæfðri þjónustu. Markaðshindrun er jafnan til staðar þar sem sérhæfðir heilbrigðisstarfsmenn veita þjónustu en fjöldi þeirra takmarkaður með aðgangshindrunum. Um er að ræða nám sem getur þar að auki tekið á annan áratug eins og raunin er með heimilislæknanám. Réttur veitenda þjónustu í sjálfstæðum rekstri til að hverfa af markaðnum og hætta fyrirvaralaust rekstri, veldur röskun á viðkvæmu skipulagi þjónustunnar. Á frjálsum markaði er gerð krafa um gagnsæi upplýsinga hvað varðar verð, gerð og gæði þjónustu en veitandi heilbrigðisþjónustu hefur nánast alltaf yfirburðastöðu gagnvart þiggjanda (Folland o.fl. 2010).

Rekstur heilbrigðisþjónustu er flókið viðfangsefni og kemur við hagsmuni margra hópa í samfélaginu. Íslensk stjórnvöld horfa nú til skipulags heilsugæslu í Svíþjóð og vilja taka hana sér til fyrirmyndar en Svíar hafa aukið mjög einkarekstur í heilsugæslu undanfarin ár. Deila má um ágæti þeirrar fyrirmyndar þar sem Svíar eiga einnig við vandamál að etja hvað varðar mönnun þjónustunnar, gæði hennar og áhrif þeirra fjárhagslegu hvata sem heilbrigðisstarfsfólki þar í landi er ætlað að taka mið af í störfum sínum. Ríkisstjórn Svíþjóðar hefur nýlega lagt fram frumvarp sem kveður á um að aðeins verði heimilt að greiða út arð sem nemur 7% af tekjum fyrirtækja í heilbrigðisþjónustu. Gert er ráð fyrir að sjálfseignarstofnunum í heilbrigðisþjónustu, sem koma vel út í samamburðarmælingum á gæðum þjónustu, muni fjölga í kjölfarið (Dahlgren 2014). Möguleikinn á að stofna sjálfseignarfyrirtæki um rekstur heilsugæslu hefur verið til staðar frá árinu 2006 í Svíþjóð en enginn séð sér hag í að nýta sér möguleikann (Anell 2015).

Vandi heilbrigðiskerfisins á Íslandi verður ekki eingöngu leystur með auknum fjárveitingum, þar sem veikt samband er milli kostnaðar og frammistöðu. Dahlgren (2014) hefur bent á að skilvirkni einkarekinna stöðva sé ekki meiri en ríkisrekinna, hvorki í Svíþjóð né annars staðar og er það í samræmi við niðurstöður þessarar rannsóknar. Bestu dæmin um veikt samband milli kostnaðar og árangurs eru annars vegar hin háu útgjöld til heilbrigðismála í Bandaríkjunum (en slakur árangur) og hins vegar góður árangur Japana og Frakka, sem ráðstafa mun minni fjárhæðum til heilbrigðismála (Squires & Anderson 2005). Á Íslandi hefur hlutfall heilbrigðisútgjalda af vergri landsframleiðslu dregist saman síðustu ár (OECD/EU 2016). Kostnaðarþátttaka sjúklinga í heilbrigðiskerfinu hefur tvöfaldast á Íslandi á síðustu árum og er um 20% en á hinum Norðurlöndunum er hún 16-17%. Þannig er aðgangshindrun, vegna kostnaðar, að þjónustu meiri á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum (Hagdeild ASÍ 2016). Þarfa- og kostnaðargreining og skýr framúðarsýn í heilbrigðismálum hefur lengi kallað á sýnilegri aðkomu stjórnmalamanna.

Skandinavíska blandan af velferð og einkaframtaki hefur verið aðalumsfjöllumarefni í tímaritinu *The Economist* (2013) og talin til eftirbreytni í öðrum heimshlutum.

Í skýrslu *McKinsey & Company* um íslenska heilbrigðiskerfið (Velferðarráðuneytið 2016) er bent á að auka megi skilvirkni heilsugæslu á Íslandi en mikilvægt sé að auka ekki fjárframlög án þess að samhliða verði gerðar betrumbætur á kerfinu. Þjónustusamningar um einkarekstur grundvallast á opinberu fé og jöfnu aðgengi sjúkratryggðra. Ríkisrekna heilsugæslan á Íslandi ber höfuðábyrgð á skipulagðri kennslu hjúkrunarfræðinema, læknanema, læknaakandídata og staðið fyrir verknámi í heilsugæsluhjúkrun og heimilislækningum. Í nýjum rekstrarsamningum við einkarekna heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu er gert ráð fyrir þátttöku þeirra í kennslu heilbrigðisstarfsfólks. Ríkisrekna stöðvar hafa til þessa borið þungann af menntun heilbrigðisstarfsmanna. Ljóst er að án kennslu og rannsókna er ekki grundvöllur fyrir heilbrigðisþjónustu til framtíðar og starfsemin ekki sjálfbær.

Rekstrarkostnaður stöðvanna er ólíkur. Til dæmis er húsnæðiskostnaður mismunandi og nemur allt að 20% af rekstri í opinbera kerfinu og eru dæmi um óuppsegjanlega leigusamninga með 25 ára verðtryggingu (GCG ráðgjöf 2008; Þingskjal nr. 1589/2010-2011). Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins er stór stofnun á íslenskan mælikvarða, en óljóst er hvort hún geti notað hagkvæmni stærðar sinnar betur. Ef hún væri brotin upp, myndi hagkvæmni í innkaupum, stjórnsýslu, umsýslu fasteigna, tölvu- og hugbúnaðarþjónustu tapast. Að undanförunu hafa verðið gerðar viðamiklar breytingar á skipuriti þessarar stóru stofnunar. Reynt hefur verið að hverfa frá miðstýringu og lagskiptri stjórnun, aukin völd hafa verið færð út til einstakra stöðva á síðustu árum og ýtt hefur verið undir aukna teymisvinnu og straumlinustjórnun.

Nefndir hafa verið ýmsir kostir við blandað rekstrarskipulag í heilsugæslu t.d. að möguleiki er á samanburði rekstrarforma og ef til vill betri meðferð á skattfé. Sjálfstæður rekstur heimilislækna skapi að auki jafnræði á við aðra sérfræðilækna. Háværustu rökin sem notuð eru fyrir víðtækari einkarekstri í heilsugæslu eru þó bætt nýliðun. Hlutfall heimilislækna af öllum læknum í OECD-löndunum fer alls staðar minnkandi. Er nú að meðaltali um 29% en hlutfallið er aðeins 16% á Íslandi (OECD/EU 2016). Fjölgun einkarekinna heilsugæslustöðva um tvær árið 2017 hefur þó ekki haft afgerandi áhrif á nýliðun heimilislækna, en langflestir lækna nýju einkastöðvanna komu af ríkisreknum stöðvum á Höfuðborgarsvæðinu (Svanhvít Jakobsdóttir, munnleg heimild 17. maí 2018). Niðurstöður úr könnun sem Félag íslenskra heimilislækna gerði í samvinnu við Velferðarráðuneytið árið 2014 sýndi að yfir 80% félagsmanna hafði ekki áhuga á að starfa í einkarekstri í heilsugæslu (Þórarinn Ingólfsson, formaður Félags íslenskra heimilislækna, munnleg heimild 2017). Í rannsókn frá Noregi (Abelsen & Olsen 2012) reyndist sjálfstæður rekstur ekki eftirsóknarverður valkostur læknanema. Sérstaklega átti þetta við um konur, sem nú er meirihluti læknanema. Þær sóttust eftir sveigjanlegum vinnutíma og föstum launum. Í könnunum meðal lækna í Ástralíu kemur fram að auk launa hefur möguleiki til að hafa áhrif á vinnufyrirkomulag og kostur á þátttöku í vísindastarfi skipt mestu máli þegar kemur að vali á sérgrein (Sivey, Scott, Witt, Humphreys & Joyce 2010).

## 6. Lokaorð

Opinber forsjá í heilbrigðis- og velferðarþjónustu hefur verið ríkjandi á Íslandi allt frá upphafi þótt einhver einkarekstur hafi ávallt verið til staðar jafnhliða, langmest á hendi sjálfseignastofnana. Í samanburði á kostnaði af heilsugæslu-, einkarekinna og ríkisrekkinna starfsstöðva á Íslandi kemur fram að mismunur er ekki afgerandi. Þá greina viðhorfskannanir ekki mun á ánægju þjónustubeiga hvort sem um einkarekstur eða opinberan rekstur er að ræða. Ekki er tryggt að einkarekstur í heilsugæslu bæti meðferð opinbers fjár eða auki gæði þjónustu. Stjórnvöld á hverjum tíma þurfa að gæta sérstaklega að því að aukið vægi einkarekstrar í heilbrigðiskerfinu leiði ekki til lakari þjónustu gagnvart þeim sem höllustum fæti standa. Opinber rekstur hefur þjónustu en ekki arðsemi í forgrunni. Frekari rannsókna er hins vegar þörf til að kanna hvort fjölbreytt rekstrarSKIPULAG Í HEILSUGÆSLU OG ÞAR MEÐ MÖGULEIKAR Á EINKAREKSTRI GERI STÖRF Í HEILSUGÆSLU EFTIR-SÓKNARVERÐARI OG DRAGI ÚR MÖNNUNARVANDA.

## Þakkarorð

Félag íslenskra heimilislækna fær þakkir fyrir að styrkja verkefnið úr vísindasjóði. Læknarnir Böðvar Sigurjónsson, Jón Bjarnason og Ólafur Ólafsson, fyrrum landlæknir, fá þakkir fyrir yfirlestur og gagnlegar athugasemdir.

## Heimildir

- Abelsen, B. og Olsen, J.A. (2012). „Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice?“, *BMC Health Services Research* 68(12).
- Anell, A. (2015). „The public-private pendulum – Patient choice and equity in Sweden“, *New England Journal of Medicine* 372, 1-4.
- Ágúst Einarsson (2003). „Heilsuhagfræði á Íslandi“, *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál* 1, 5-25.
- Dahlgren, G. (2014). „Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden“, *International Journal of Health Services* 44(3), 507-524.
- Dillard, D. (1967). *Economic development of the North Atlantic Community*. New Jersey, BNA: Prentice-Hall.
- Embætti landlæknis (2012). „Samskiptaskrá heilsugæslustöðva-Tölur um notkun í heilsugæslu“. Sótt 3. febrúar 2016 á <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdis-thjonusta/heilsugaesla/>
- Fjárlög fyrir árið 2012 (2011). Sótt 19. apríl 2017 á <http://www.althingi.is/altext/pdf/140/s/0493.pdf>
- Folland, S., Goodman, A.C. og Stano, M. (2010). *The economics of health and health care* (6. útg.). Boston: Prentice Hall.
- Frosti Ólafsson (2015). „Óheilbrigð umræða um heilbrigðismál“. Sótt 22. apríl 2017 af <http://www.visir.is/oheilbrigd-umraeda-um-heilbrigdismal/article/2015702059969>
- Gaardsrud, P.O. (2010). „Styringsdata for fastlegeordningen“. Sótt 25. apríl 2017 á <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/Fastlegestatistikk%20hovedtallsrapport-2010.pdf>
- GCG ráðgjöf (2008, maí). *Heilsugæslan: Skoðanakönnun fyrir Heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu*. Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins.
- Grágás (1852). *Konungsbók. 1. og 2. hluti*. Vilhjálmur Finsen gaf út. [Endurpr. 1974 hjá Odense Universitetsforlag]. Brøderne Berlings Bogtrykkeri, Kaupmannahöfn.
- Gunnlaugur Stefánsson og Hörður Vilberg Lárusson (2006). „Heilbrigður einkarekstur: Tækifæri til sóknar í íslenski heilbrigðisþjónustu“. Sótt 5. febrúar 2016 á [http://www.sa.is/media/1162/heilbrigdur-einkar-f-vef\\_692400560.pdf](http://www.sa.is/media/1162/heilbrigdur-einkar-f-vef_692400560.pdf)

- Hagdeild ASÍ (2016). „Kostnaður sjúklinga vegna heilbrigðisþjónustu“. Sótt 22. apríl 2017 á <http://www.asi.is/media/289274/Kostnadur-sjuklinga-vegna-heilbrigdisthjonustu-Loka-29-3-2016.pdf>
- Hart, J.T. (2004). „Health care or health trade? A historic moment of choice“, *International Journal of Health Services* 34(2), 245-254.
- Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (2012). „Ársskýrsla 2012“. Sótt 29. apríl 2017 á <https://www.heilsugaeslan.is/library/Files/arsskyrslur/%C3%81rsk%C3%BDrsla%202012%20%C3%BAtgef.pdf>
- Hrafnhildur Gunnarsdóttir (2011). *Fjárbeimildir heilbrigðiskerfisins: Útblutun á rekstrareiningar með höfðatölu-aðferð* (Óbirt MS ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Ingi Freyr Vilhjálmsson (2016). „Eru arðgreiðslur réttlætlanlegar? Tveir læknar hafa tekið sér nærri 200 milljóna arð frá hruni“, *Stundin*, 26. mars.
- Ingbjörg Hauksdóttir (2010). *Getur einkarekstur í heilbrigðisþjónustu aukið hagkvæmni og gæði?* (Óbirt MPA ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Iversen, T. (2005). *A study of income-motivated behavior among general practitioners in the Norwegian list patient system*. University of Oslo Health Economics Research programme. Department of Health Management and Health Economics. Working Paper 2008. Sótt 9. maí 2017 [http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2005/HERO2005\\_8.pdf](http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2005/HERO2005_8.pdf)
- Jakab, Z. og Marmot, M. (2012). „Social determinants of health in Europe“, *Lancet* 37, 103-105.
- Jóhann Ágúst Sigurðsson og Linn Getz (2007). „Hin mannlega ásýnd læknisfræðinnar í hátækniheimi [ritstjórnargrein]“, *Læknablaðið* 93, 7-8.
- Jón Ólafur Ísberg (2005). *Líf og lækningar, íslensk heilbrigðissaga*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Kann, I.C., Biorn, E. og Luras, H. (2010). „Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system“, *Journal of Health Economics* 29(5), 751-764.
- Krasnik, A. og Rasmussen, N.K. (2002). „Reducing social inequalities in health: Evidence, policy, and practice“, *Scandinavian Journal of Public Health* 30, 1-5.
- Manderbacka, K., Jutta, J., Martt, A., Hanna, R., Unto, H. og Ilmo, K. (2015). „National and regional trends in equity within specialised health care in Finland in 2002-2010“, *Scandinavian Journal of Public Health* 43, 514-517.
- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Forde, R. og Aasland, O.G. (2005). „Job satisfaction among Norwegian general practitioners“, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23(4), 198-202.
- Oddur Steinarsson (2014). „Samkeppni skortir í heilsugæslu á Íslandi“. Sótt 9. Maí 2017 á <http://www.ruv.is/frett/samkeppni-skortir-i-heilsugaeslu-a-islandi>
- OECD (2010). „Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings“. Paris: OECD Publishing. Sótt 10. apríl 2016 á <http://www.oecd.org/eco/growth/46508800.pdf>
- OECD/EU (2016). „Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle“. Paris: OECD Publishing. Sótt 11. apríl 2017 á [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en). doi:10.1787/9789264265592-en
- Ólafur Ólafsson (2004). *Úr handræða Ólafs landlæknis*. Akureyri: Bókaútgáfan Hólar.
- Palmer, N. (2000). „The use of private sector contracts for primary health care“, *Bulletin of the World Health Organization* 78, 821-829.
- Pedersen, A.F., Andersen, C.M., Olesen, F. og Vedsted, P. (2013). „Risk of burnout in Danish GPs and exploration of factors associated with development of burnout: A two-wave panel study“, *International Journal of Family Medicine* 2013, 1-8.
- Pedersen, K.M., Andersen, J.S. og Sondergaard, J. (2012). „General practice and primary health care in Denmark“, *Journal of the American Board of Family Medicine* 25, 34-38.
- Potts, H. (ed.). *Participation and the right to the highest attainable standard of health*. International Federation of Health and Human Rights Organisations, University of Essex, Human Rights Centre. Sótt 13. maí 2017 á <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf>
- Povlsen, L., Borup, I.K. og Fosse, E. (2011). „The concept of ‘equity’ in health-promotion articles by Nordic authors – a matter of some confusion and misconception“, *Scandinavian Journal of Public Health* 39(Viðb. 6), 50-56.

- Riksrevisionen (2014). „Primärvårdens styrning—efter behov eller efterfrågan?“ Sótt 3. mars 2017 á [http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR\\_2014\\_22\\_%20v%C3%A5rdval\\_Anpassad\\_2.pdf](http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/20716/RIR_2014_22_%20v%C3%A5rdval_Anpassad_2.pdf)
- Rúnar Vilhjálmsson (2007). „Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum“, í Gunnar Þór Jóhannesson (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum VIII* (bls. 197-206). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Rúnar Vilhjálmsson (2016). „Public views on the role of government in funding and delivering health services“, *Scandinavian Journal of Public Health* 44, 446-454.
- Sivey, P.M., Scott, A., Witt, J., Humphreys, J. og Joyce, C. (2010). „Why junior doctors don't want to become general practitioners: a discrete choice experiment from the MABEL longitudinal study of doctors“. Sótt 4. mars 2017 á [http://mabel.org.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/1027866/Melbourne\\_Institute\\_-\\_Working\\_Paper\\_No\\_1710.pdf](http://mabel.org.au/_data/assets/pdf_file/0003/1027866/Melbourne_Institute_-_Working_Paper_No_1710.pdf)
- Squires, D. og Anderson, C. (2005). „U.S. health care from a global perspective: Spending, use of service, prices and health in 13 countries“. Sótt 22. apríl 2017 á <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>
- Starfield, B. (2000). „Equity in health“, *Canadian Medical Association Journal* 162(3), 346.
- The Economist (2013). „Northern lights: The Nordic countries are reinventing their model of capitalism, says Adrian Wooldridge“, *The Economist*, 2. febrúar. Sótt 23. apríl 2017 á <https://www.economist.com/special-report/2013/02/02/northern-lights>
- The National Health Service Act 1946 (1950). *Postgraduate Medical Journal* 26(301), 610.
- Thomas, S.L., Wakerman, J. og Humphreys, J.S. (2015). „Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia: What core services should be locally available?“ *International Journal for Equity in Health* 14, 111.
- Una Jónsdóttir og Tinna Laufey Ásgeirsdóttir (2013). „Áhrif hvata á störf lækna“, *Stjórnsmál og stjórnsýsla* 9(1), 101-112.
- Västra Götalandsregionen (2014). „VG Primärvård i förhållande till Riksrevisionens rapport ”Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?““. Sótt 9. maí 2017 á <http://nyheter--vgregion--se.webbarkivet.vgregion.se/nyheter.vgregion.se/upload/HSU/Analys-vardval-2014-12-18.pdf>
- Velferðarráðuneytið (2011). „Health care system reform and short term savings opportunities: Iceland health care system project“. Sótt 11. febrúar 2017 á [https://www.velferðarraduneyti.is/media/ritogskyrslur2011/Iceland\\_HCS-Final\\_report\\_-\\_Long\\_version.pdf](https://www.velferðarraduneyti.is/media/ritogskyrslur2011/Iceland_HCS-Final_report_-_Long_version.pdf)
- Velferðarráðuneytið (2016). „Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans: Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum“. Sótt 29. apríl 2017 á <https://www.velferðarraduneyti.is/media/skyrslur2016/Lykill-ad-fullnytingu-taekifaera-Landspitalans.b.pdf>
- Voltmer, E., Rosta, J., Siegrist, J. og Aasland, O.G. (2012). „Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: Comparison of German and Norwegian physicians“, *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85(7), 819-828.
- World Health Organization (1978). „Alma Ata Declaration“. Sótt 1. mars 2016 á [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- World Health Organization (1986). „The Ottawa charter for health promotion“. Sótt 3. maí 2016 á <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (1998). „Health 21: Health for all policy framework for the WHO European Region“, *European Health for All Series* (Nr. 5). Kaupmannahöfn: WHO.
- World Health Organization (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21<sup>st</sup> century*. Kaupmannahöfn: WHO.
- Bingskjal nr. 1589/2010-2011. „Svar fjármálaráðberrna við fyrirspurn Ásbjörns Óttarssonar um leigusamninga um húsnæði hjá ráðuneytum og undirstofnunum þeirra.“ Sótt 13. maí 2017 á <http://www.althingi.is/altext/pdf/139/s/1589.pdf>
- Zöllner, H. (2002). „National policies for reducing social inequalities in health in Europe“, *Scandinavian Journal of Public Health* 30(Viðb. 59), 6-11.

**Viðauki 1. Samantekt úr ársskýrslu HH<sup>1</sup> 2012 og fjárlögum sama árs fyrir 17 heilsu-  
gæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu**

Kostnaðarliður	Árbaer	Efra- Breiðholt	Efstaleiti	Fjórður	Garðabær	Glæsbær	Grafar- vogur	Ham- raborg	Hlíðar	Hvammur	Miðbær	Mjódd	Mo- sleis- umdæmi	Seltjarnar- nes	Solvangur	Lágmúli	Salahlverfi
Fjöldi heimilislækna	8	7	5,2	6	5,7	4,9	9	6	6	6	5,8	6,9	6	9	9,9	5	7
Fjöldi skjólstæðinga	13801	11167	8280	10215	9877	7723	15850	9650	9057	9099	8371	10655	8869	14299	16189	8600	13850
Kostnaður <sup>2</sup> á stöð samkv. ársskýrslu HH <sup>1</sup> /fjárlögum <sup>3</sup>	291,4	206,5	183,3	283,9	203,1	186,1	336,4	383,8	170,1	187,0	175,0	178,5	274,2	220,0	410,34	181,0	320,1*
Kostnaður <sup>2</sup> á skjólstæðing af miðlægum kostnaði stjórnýslu deilt með fjölda skjólstæðinga	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	0	0
Miðlægur kostnaður <sup>2</sup> á stöð vegna stjórnýslu heilsugæslunnar fyrir utan þróunarstofu og þroska/hegðunarstöð	45,4	36,7	27,2	33,6	32,5	25,4	52,1	31,7	29,8	29,9	27,5	35,0	29,2	47,0	53,2	0	0
Kostnaður <sup>2</sup> samkv. ársskýrslu HH1/fjárlögum <sup>3</sup> auk miðlægs kostnaðar vegna stjórnýslu fyrir utan þroska/hegðunarstöð	336,8	243,2	210,5	317,5	235,5	211,5	388,6	415,5	199,8	216,9	202,5	213,5	303,4	267,0	463,4	181,0	320,1
Kostnaður <sup>2</sup> við heimahjúkrun	0	0	0	49,7	52,7	0	0	210,1	0	0	0	0	40,9	0	136,3	0	0
Kostnaður <sup>2</sup> við húsaleigu	48,1	5,9	4,7	29,8	4,6	30,4	36,7	31,8	4,4	4,6	3,3	4,1	20,0	5,6	11,9	12,6	25,0
Kostnaður <sup>2</sup> á stöð með miðlægum kostnaði án húsaleigu	288,6	237,3	205,8	287,7	230,9	181,1	351,9	383,7	195,4	212,3	199,3	209,5	283,4	261,5	451,6	168,4	295,1
Kostnaður <sup>2</sup> á stöð leiddrétt fyrir húsaleigu og miðlægum kostnaði	285,9	235,2	204,2	285,8	229,0	179,6	348,8	381,8	193,4	210,5	197,6	207,4	281,7	258,7	448,5	168,4	295,1
Kostnaður <sup>2</sup> á stöð með miðlægum kostnaði, án húsaleigu og án heimahjúkrunar	288,6	237,3	205,8	238,0	178,1	181,1	351,9	173,6	195,4	212,3	199,3	209,5	242,4	261,5	315,3	168,4	295,1
Kostnaður <sup>2</sup> á stöð með miðlægum kostnaði og heimahjúkrun en án húsaleigu	271,3	223,1	193,4	273,5	220,2	170,2	330,8	373,3	183,7	199,5	187,3	209,4	268,8	245,8	432,7	168,4	295,1
Kostnaður <sup>2</sup> per skjólstæðing án húsaleigu og án heimahjúkrunar	20,9	21,2	24,9	23,3	18,0	23,4	22,2	17,9	21,6	23,3	23,8	19,7	27,3	18,3	19,5	19,6	21,3
Kostnaður <sup>2</sup> per lækni	36,1	33,9	39,6	39,7	31,1	36,9	39,1	28,9	32,6	35,4	34,4	30,3	40,4	29,1	31,8	33,7	42,2
Kostnaður <sup>2</sup> á hverja verkeiningu, án húsnæðis, með heimahjúkrun	8,0	8,2	8,8	9,3	7,2	8,4	9,5	8,6	8,2	8,8	8,0	8,5	10,1	6,6	8,1	8,0	7,5
Vigt að sbr. Boston Consulting Group	36192	28751	30612	31940	35707	21422	44344	61862	23869	24037	25111	24488	28000	39667	55696	21165	39943
Viðtöl við lækna	21439	16570	16502	16109	15873	13084	23192	13539	13155	14148	14133	13987	17003	23401	28057	13234	26002
Vitjanir lækna	58	12	4	8	26	23	12	37	21	10	15	27	704	37	39	25	8
Viðtöl hjúkrunarfr. / ljósmæðra	10865	6800	5906	7235	7029	6717	10574	7278	8730	5439	9357	6534	5969	11394	11496	5011	10473
Vitjanir hjúkrunarfr. / ljósmæðra	1139	317	311	3857	4923	373	942	9864	491	348	780	214	1138	965	10379	480	877
Vitjanir sjúkraliða	0	0	0	4014	3594	0	0	27143	0	0	0	0	1645	0	10612	0	0
Símtöl lækna	21971	22059	7516	17168	20987	11681	20192	17816	14845	18794	14956	19526	14926	26026	26259	13573	21488
Símtöl hjúkrunarfr. / ljósmæðra	4450	6520	5705	4959	4528	3998	6278	9986	5205	3220	3027	2742	762	5125	9160	2224	3891

<sup>1</sup>HH=Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins; <sup>2</sup>Milljónir kr.; <sup>3</sup>Fjárlög 2012; <sup>4</sup>búsund kr.; \*Heimild: Sjúkrtryggingar Íslands