



<https://doi.org/10.33112/ije.28.1>

Innlegg til að marka stefnu fyrir íslenska heilbrigðiskerfið með því að skoða greiðsluvilja, upplifun og væntingar almennings

Þórður Víkingur Friðgeirsson^a, Helgi Þór Ingason^a, Dagmar Ýr Sigurjónsdóttir^b og Jakob Falur Garðarsson^c

^aVerkfræðideild Háskólans í Reykjavík, Menntavegi 1, 101 Reykjavík.

^bVistor, Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

^cFrumtök, Borgartúni 35, 105 Reykjavík.

Fyrirspurnir/Correspondance

Þórður Víkingur Friðgeirsson
thordurv@ru.is

Greinin barst 30. september 2021.
Samþykkt til birtingar 10. ágúst 2022.
Birt á vef 1. september 2022.

Ágrip

Í lýðræðisríkjum ætti stefnumótun opinberra skipuheilda að felast í að raungera vilja almennings á skilvirkan og hagkvæman hátt. Skýr stefnumörkun skiptir ekki síst máli við þróun velferðarríkisins og hvað þetta varðar er við margvíslegar áskoranir að glíma á næstu árum. Þetta á líka við um íslenska heilbrigðiskerfið, en til þess rennur stór hluti allra opinberra útgjalda íslenska ríkisins. Við stefnumörkun og stjórnsýslulega áætlanagerð þarf að taka mið af vilja almennings sem greiðir fyrir þjónustuna og þekkja verður hug fólksins til hennar. Þessi rannsókn, sem gerð var stuttu fyrir COVID-19 heimsfaraldurinn, sýnir að þó að íslenskur almenningur sé nokkuð ánægður með íslenska heilbrigðiskerfið þá telur hann að það þurfi að bæta það að ýmsu leyti, og metur það svo að íslenska kerfið standi sambærilegum kerfum á Norðurlöndunum að baki. Rannsóknin er meginndleg og byggir á stóru slemiúrtaki úr þjóðskrá og niðurstöður hennar eru lýsandi fyrir skoðanir almennings. Fram koma afdráttarlausar niðurstöður um greiðsluvilja almennings til heilbrigðiskerfisins. Íslenskur almenningur telur að of litlum fjármunum sé varið til heilbrigðismála og fram koma upplýsingar um hvað almenningur telur að megi verja af fjármunum í tiltekin meðferðarúrræði, að gefnum líkum á bata sjúklings.

Lykilorð: *Velferðarríkið, heilbrigðiskerfið, stefnumörkun, greiðsluvilji, virði mannlífs, væntingar til heilbrigðiskerfisins, kostnaðarþátttaka hins opinbera.*

Abstract

In democratic societies, the strategic aim of public sector organizations should be the implementation of the public will in effective and efficient ways. Clear policy is an important factor in the development of the welfare state, matching policy with the needs of the public will present a multitude of challenges in the coming years. This is also true of the Icelandic health care system, which accounts for more than a quarter of all spending of the Icelandic government. Strategic and administrative planning needs to consider the public's willingness to pay for the service, and hence there is a need to know what the citizens think of the service. This study shows for the first time that although the Icelandic public is in general quite satisfied with the Icelandic health system care, it also believes that the public health care system needs to be improved in various ways, and views the Icelandic system as lacking behind the health care systems in other Nordic countries. The study points out that the Icelandic public believes that too little money is spent on health, and publishes information on what government funding the public believes should be allocated in the treatment regimen, based on the likelihood of a patient's recovery.

Keywords: *Welfare state, health system, policy formulation, willingness to pay, value of human life, health system expectations, public sector cost participation.*

Inngangur

Almennt

Velferðarríkið byggir á að þáttaðar séu saman hugmyndir um jöfnun lífskjara og jöfn tækifæri fyrir borgarana, án þess þó að ábyrgð einstaklingsins á eigin farsæld og viljinn til að sjá sér farborða sé fyrir borð borinn (Marshall, 1950). Í velferðarsamfélaginu tekur einstaklingurinn því ábyrgð á eigin velferð og ríkið styður hann til þess á þeirri forsendu að þannig virki markaðsdrifið hagkerfi betur. Velferðarríkið er þannig ekki andstætt markaðsdrifnu hagkerfi heldur styður við það (Beveridge, 1942). Fjármunir eru innheimtir með skattlagningu ríkisins og færðir samfélaginu aftur í gegnum stjórnsýsluna til viðfangsefna sem ýmist eru lögbundinn rekstur eða tímabundin verkefni.

Sögu velferðakerfisins má rekja aftur til 19. aldar og má þar nefna stjórnálmann eins og Otto von Bismarck sem kom á almannatryggingakerfi í Þýskalandi 1870. Ætla má að sú hugmynd að velferðakerfi sem samtíminn þekkir best hafi verið teiknuð upp af William Henry Beveridge (1942) í greinargerð um vondu tröllin fimm: sjúkdóma, iðjuleysi, fáfræði, hirðuleysi og skort. Velferðarsamfélög koma fyrir í ýmsum myndum og þó grunnhugmyndin sé sú sama er útfærslan mismunandi. Esping-Andersen (1990) ræðir um þrjár megin stefnur. Í fyrsta lagi, að sjá þegnumum fyrir lágmarks framfærslu, í annan stað að byggja velferðarkerfið í kringum fjölskylduna en með umtalsverðri eigin þátttöku, og loks það sem nefnt er norræna líkanið þar sem háir skattar á almenning og atvinnurekstur eru notaðir til að fjármagna umfangsmikla grunnþjónustu við

samfélagsþegnana. Þá er norræna velferðarlíkanið notað í taktískum tilgangi, svo sem til að örva þátttöku kvenna á vinnumarkaði og einnig til annarra stefnumótunarverkefna sem eru ákveðin á hinu pólitíska sviði.

Öruggt má telja að velferðasamfélagið þurfi að þróast umtalsvert á næstu árum og áratugum í takti við nýjar áskoranir. Til dæmis má nefna að sumar rannsóknir álykta að allt að 47% starfa muni breytast vegna aukinnar sjálfvirkni og gervigreindar á næstu tveim áratugum (Frey and Osborne, 2013). Aðrar rannsóknir eru varfærari en eru þó samhljóða um að það fyrirbæri sem nefnt hefur verið fjórða iðnbyltingin muni hafa veruleg áhrif á vinnumarkaðinn á þann hátt að snjalltæki af ýmsu tagi leysi mannshöndina af hólmi. Því er fyrirsjáanlegt að kostnaðarauki samfélagsins vegna minna vinnuframlags og aukins frítíma almennings verði merkjanlegur (Frey and Osborne, 2013).

Þá má nefna aukinn fjölda innflytjenda frá fátækari löndum til ríkja sem búa við þróuð velferðakerfi. Fjöldi innflytjenda til landa ESB jókst um 57,5% á tímabilinu 2000-2015 og sér ekki fyrir endann á þeirri þróun (Butkus o.fl., 2018). Áhrif innflytjenda á velferðarsamfélagið eru margvísleg og ekki einvörðungu bundin við aukin kostnað. Ein áskorunin er til dæmis félagsleg afstaða þeirra þegna sem fyrir eru, til þess með hvaða hætti innflytjendur fái aðgang að velferðakerfinu. Sem dæmi má nefna rannsókn sem bendir til að í Svíþjóð sé munur á vilja sænskra þegna til að veita innflytjendum velferðartengda þjónustu, eftir því hvaðan innflytjandinn kemur. Svíar eru samkvæmt rannsókninni sáttari við að Hollendingur sæki sér slíka þjónustu en Búlgari (Taylor-Gooby and Leruth, 2018). Rannsókn Evu Heiðu Önnudóttir frá 2009 bendir til að eftir því sem innflytjendum til Íslands fjölga verði viðhorf almennings gagnvar þeim neikvæðara (Önnudóttir, 2009). Á Íslandi er afstaða almennings til innflytjenda þó heldur jákvæð (Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 2019, Önnudóttir, 2009).

Loks skal minnst á breytta aldursamsetningu borgaranna innan velferðaríkisins. Fjallað verður um aldursamsetningu íslenska samfélagsins síðar í greininni, sem í vaxandi mæli fylgir nú alþjóðlegri leitni. Innan OECD ríkjanna er svokallaður vinnualdur skilgreindur frá 20-64 ára aldurs. Árið 2015 voru að meðaltali 28 einstaklingar 65 ára eða eldri borið saman við hverja 100 einstaklinga á vinnualdri innan OECD. Spár gera ráð fyrir að árið 2025 verði 35 einstaklingar 65 ára og eldri á móti 100 einstaklingum á vinnualdri. Árið 2050 er gert ráð fyrir að þetta hlutfall verði 53 einstaklingar á móti hverjum 100 einstaklingum á vinnualdri (OECD, 2018). Íslenska þjóðin er að eldast hratt. Ellilífeyrisþegum, 67 ára og eldri, sem hlutfall af fólki á vinnufærum aldri, 25-67 ára, er að fjölga. Um miðja síðustu öld var hlutfallið um 10% en stefnir í 35% um miðja þessa öld. Óhjákvæmileg afleiðing þessara miklu þjóðfélagsbreytinga er að heilbrigðisútgjöld, sem hlutfall af heildarútgjöldum hins opinbera, vaxa hraðar en heildarútgjöldin og gætu að óbreyttu orðið um 14% árið 2045 (Viðskiptaráð Íslands, 2014), samanborið við 8,6% árið 2016 (OECD, 2017).

Breytt aldursamsetning þróaðra ríkja vegna langlífis og hlutfallslega færri fæddra barna mun reynast mikil áskorun fyrir velferðasamfélagið þar sem kostnaður mun aukast, s.s. lífeyrir og heilbrigðisþjónusta, en hlutfall þeirra sem greiða skatta mun lækka. Raunar má þess geta að aukinn fjöldi innflytjenda gæti breytt þessari mynd eitthvað en ekki verður farið nánar í þá umræðu hér.

Að framansögðu bendir flest til þess að velferðarríkið eins og við þekkjum það þurfi að taka breytingum í nánustu framtíð. Breytingar eru óhjákvæmilegar og því mikilvægt að stjórnvöld bregðist við í tíma til að unnt sé að hafa áhrif á hvert breytingarnar færa samfélagið. Setningin hér að framan

felur í sér að íslensk stjórnvöld verða að hafa stefnu til að hægt sé að færa þegnum landsins þá velferð sem þeir sækjast eftir. Þegar rætt er um að stjórnvöld „verði að hafa stefnu“ kemur upp það vandamál að svara því nákvæmlega hvað átt er við? Stefnumörkun, sem hugtak í rekstri skipuheilda, kemur fram seint á áttunda áratugnum og hefur alla tíð verið umdeilt og erfitt að festa hönd á (Margetta, 2011). Michael E. Porter, mikilvægur fræðimaður á sviði stefnumörkunar, orðaði það svo að „kjarni stefnumörkunar er að velja hvað á ekki að gera“ (Porter, 1980, Margetta, 2011). Færa má rök fyrir því að betur færi á að tala um „stefnumarkandi áætlunargerð“ frekar en „stefnu“ einvörðungu. Bryson et al (2018) skilgreina stefnumarkandi áætlunargerð sem „tiltekin, markviss framkvæmd til að til að leiða fram stefnumarkandi ákvarðanir og aðgerðir sem móta hvað skipuheildin er, hvað hún gerir og afhverju“. Stefnumarkandi áætlunargerð um velferðarkerfið er ekki einn hlutur heldur samspil hugmynda, aðferða og fræðasviða til að stefna stjórnvalda komist til framkvæmda á skilvirkan og markvissan máta. Gildi stefnumarkandi áætlunargerðar kann að vera enn ríkara í opinbera geiranum en innan hefðbundins atvinnulífs fyrir þær sakir að flóknir hagsmunir kunna að vera í húfi, ábyrgð ekki skýr og ekki ávallt ljóst hvernig meta skuli ávinning af stefnunni (Bryson et al, 2018). Eftirfarandi eru einkenni sem ættu að einkenna stefnumarkandi áætlunargerð innan opinbera geirans (Kaufman and Jacobs 1987; Poister and Streib 1999; Conroy and Berke 2004; Albrechts and Balducci 2013; Bryson and Shively Slotterback 2016, pp. 121–122).

- Áhersla á að vita hug þeirra sem stefnan varðar þegar að stefnunni er hrint í framkvæmd.
- Nákvæm skilgreining á tilgangi, markmiðum og aðstæðum s.s. lagaumhverfi, siðfræði, stjórnsýsla, umhverfismál o.s.frv.
- Setja stefnuna og framkvæmdina í samhengi við heildarmyndina þannig að skýr mynd liggja fyrir um hvernig innbyrðis tengslum sé háttað, áhrif innan kerfisins og á undirkerfi þess.
- Áhersla á stjórnun hagsmunaaðila s.s. kjörinna fulltrúa, embættismanna og aðra þá innan stjórnsýslunnar sem stefnuna varða.
- Áhersla á framtíðina og hvernig mismunandi stefnur geta haft áhrif á hana.
- Raunsæi hvað varðar möguleikana á að hrinda stefnunni í framkvæmd þar sem stefna er ólíklegt er að komist nokkru sinni í framkvæmd getur varla talist stefna.

Í stuttu máli má segja að stefnumarkandi áætlunargerð miðist við að fyrir liggja hugur þeirra sem stefnan varðar og síðan útfærsla sem er verkefnaþing, sveigjanleg, eins skýr og gegnsæ og gerlegt er og taki mið af þeirri óvissu sem fylgir flóknu samspili hagsmuna og ávinnings.

Núverandi staða

Útgjöld íslenska ríkisins árið 2020 voru samkvæmt fjárlögum þess árs 1.486 milljarðar (Hagstofan, 2022). Stærsti útgjaldaliður fjárlaganna er félagsvernd, almannatryggingar og velferðarmál eða um 29% af útgjöldum hins opinbera (Hagstofan, 2022). Þá koma heilbrigðismáls sem eru 17,1% af útgjöldum í opinberum rekstri eða 8,2% af landsframleiðslunni (Hagstofan, 2022). Næstum annarri hverri krónu á fjárlögum ríkisins er þannig varið til að tryggja, í þröngum skilningi, velferð þegnanna. Þrátt fyrir þetta eru útgjöld íslenska ríkisins til heilbrigðismála, sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (VLF), þau lægstu á Norðurlöndunum, eða 8,2% árið 2020. Það er nokkuð fyrir neðan meðaltal OECD ríkjanna yfir lengra tímabil sem er um 9,0% (OECD, 2017a). Þá dró Ísland á árunum 2006-2016 úr framlögum sínum til heilbrigðismála ef horft er til VLF, þvert á þróunina á hinum Norðurlöndunum (OECD, 2017a). Greina má andstöðu við þessa stefnu meðal almennings og má til dæmis nefna undirskriftasöfnun Kára Stefánssonar (endurreisn.is, 2016), þar sem hátt í 90.000 manns skrifuðu

undir ákall til stjórnvalda um aukin framlög til heilbrigðismála. Hið sama má segja um lækna sem haldið hafa því fram að heilbrigðiskerfið sé nú vanfjármagnað (Gerður Gröndal & Gunnar Bjarni Ragnarsson, 2015) (Frumtök, 2017). Krafan um meira fjármagn hlýtur einnig að fela í sér ríkari kröfur um það hvernig fénu er varið í gegnum stjórnsýsluna. Rannsóknir á íslenskri stjórnsýslu benda til þess að hún sé um margt óskilvirk borið saman við nágrannalönd okkar. Sem dæmi má nefna að rannsóknir Þórðar Víkings Friðgeirssonar (2015) og sama höfundar og Helga Þórs Ingasonar (2022) sem benda til að stjórnsýsla á Íslandi sé vanburða í alþjóðlegum samanburði.

Fátt bendir til þess að framlög til heilbrigðiskerfisins muni dragast saman. Þvert á móti er til staðar þrýstingur um að fjármunum almennings í gegnum skattkerfið sé varið til velferðarmála. Þá má minnst á COVID-19 faraldurinn og viðbrögð við honum sem þrýstu verulega á heilbrigðiskerfið. Fyrir Alþingiskosningarnar 2021 lýstu tveir af hverjum þremur kjósendum því yfir að heilbrigðiskerfið væri eitt helsta kosningamálið (Kjarninn, 2021). Því má ætla að brýnt sé að stjórnvöld fylgi skýrri stefnumörkun um hvernig þessum fjármunum sé varið.

Markmið laga um sjúkratryggingar er að „tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag“ (Alþingi, 2008). Þá er markmið laga um heilbrigðisþjónustu „að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita“ (Alþingi, 2007). Í stefnuýfirlýsingu ríkisstjórnar Katrínar Jakobsdóttur, sem birt var við myndum ríkisstjórnar hennar í nóvember 2017, segir:

Íslenska heilbrigðiskerfið á að standast samanburð við það sem best gerist í heiminum. Allir landsmenn eiga að fá notið góðrar þjónustu, óháð efnahag og búsetu. Ríkisstjórnin mun fullvinna heilbrigðisstefnu fyrir Ísland með hliðsjón af þörfum allra landsmanna og skilgreina betur hlutverk einstakra þátta innan heilbrigðisþjónustunnar og samspil þeirra. Mótuð verða markmið og leiðir í heilbrigðismálum í samvinnu við fagstéttir og embætti landlæknis í þeim tilgangi að stuðla að góðu heilbrigði þjóðarinnar og skapa eftirsóknarverðan starfsvettvang fyrir heilbrigðisstarfsfólk (Stjórnarráð Íslands, 2017).

Það orðalag að „fullvinna“ verði heilbrigðisstefnu fyrir íslenskt samfélag vekur athygli. Ástæðan er sú staðreynd að í raun er engin gild stefna í heilbrigðismálum fyrir þjóðina önnur en sú einfalda yfirlýsing sem vikið er að hér að framan og kemur fram í markmiðum laga um heilbrigðisþjónustu. Þá er áhugavert að grípa niður í sáttmála ríkisstjórnar Katrínar Jakobsdóttur frá 2021 en þar hvergi minnst á heilbrigðisstefnu eða stefnumörkun í heilbrigðismálum en þess í stað komið amennt orðalag um ýmsa þætti heilbrigðiskerfisins (Stjórnarráð Íslands, 2021).

Þegar horft er til endurtekinnar yfirlýsinga stjórnvaldamanna um mikilvægi stefnumótunar í málaflöknum og þess að hafa skýra stefnu í heilbrigðismálum, er eðlilegt að spurt sé hvernig fjármunum til málaflöksins er varið og hver sé forgangsroðun verkefna, þegar fyrir liggur að engin stefna hefur verið mörkuð.

Höfundur telja eftirsóknarvert að leiða fram vitneskju varðandi hvort almenningur telji heilbrigðiskerfið komi til móts við þær væntingar sem til þess eru gerðar og hvort almenningur telji að ekki eigi að spyrja um kostnað þegar um líf er að ræða. Fjármögnun og áætlanagerð í heilbrigðiskerfinu, með áherslu á fjármögnun lyfjamála, var jafnframt skoðuð. Var það er ljósi á að hvaða marki Íslendingar eru ánægðir með núverandi heilbrigðisþjónustu. Fjallað er um hverjar eru

væntingar almennings til gæða í heilbrigðisþjónustu og hvað almenningi finnst réttlæt看legt að heilbrigðiskerfið greiði fyrir einstaka meðferð. Horft er til þess vísis að heilbrigðisstefnu stjórnvalda sem mörkuð er á grunni þeirra markmiða sem sett eru í lögum um heilbrigðisþjónustu, og trausts til heilbrigðiskerfisins.

Draga má rannsóknarspurningarnar saman í eftirfarandi:

1. Er reynsla almennings af heilbrigðisþjónustunni jákvæð eða neikvæð?
2. Uppfyllir heilbrigðiskerfið væntingar almennings um gæði?
3. Telur almenningur að íslenska heilbrigðiskerfið standist samanburð við kerfi hinna Norðurlandanna hvað gæði varðar?
4. Telur almenningur að yfirlýsing í lögum nr. 40/2007 um „fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita“ standist?
5. Hver er afstaða almennings um hvort útgjöld til heilbrigðismála sé hófleg eða ekki?
6. Hver er afstaða almennings um kostnaðarþáttöku hins opinbera við kostnaðarsöm meðferðarúrræði?

Fræðileg umfjöllun

Perera og Peiró (2012) skrifuðu um stefnumótun í heilbrigðisgeiranum og héldu því fram að aðferðafræði stefnumótunar eigi vel við í heilbrigðisgeiranum. Þetta stafar meðal annars af auknum kröfum viðskiptavinanna, þ.e. borgaranna, viðbrögðum samkeppnisaðila, takmarkaðra fjármuna sem heilbrigðisþjónstan hefur til ráðstöfunar, vaxandi stærðar og flækjustigs eininga heilbrigðiskerfisins, og síðast en ekki síst þeirrar þróunar að áherslan færir meira og meira frá þjónustunni yfir á einstaklinginn. En hér er hægara um að tala en í að komast. McCaughey og Bruning (2010) skrifa um "Evidence Based Medicine" (EBM) sem ráðandi drifkraft stefnumörkunar í heilbrigðismálum en að þeir sem móta þessa stefnu eigi jafnan erfitt með að ná settum grundvallarmarkmiðum. Ástæðan sé sú að menn taki ákvarðanir með því að nota ákvarðanatökuferli sem séu háð allskonar truflunum og skekkjum. Fólk taki ákvarðanir á huglægum forsendum, miklu frekar en að nýta sér hlutlægar upplýsingar. Af þessum sökum náist ekki markmið sem sett eru í stefnumörkun í heilbrigðismálum, þar sem jafnan sé reynt að hámarka útkomu fyrir þjóðfélagið í heild, á grunni vísindalegra rannsókna. Í íslensku samhengi kallast þetta á við ábendingar Helga Þórs Ingasonar og Þórðar Víkings Friðgeirssonar (2022) um takmarkanir íslenskrar stjórnsýslu sé hún borin saman við algeng samanburðarlönd. Hér þarf að víkja að langvarandi umræðu um verkaskiptingu og hlutverk ríkisins og einkaaðila í rekstri heilbrigðisþjónustu. Árið 1963 skrifaði Kenneth Arrow stefnumarkandi grein um þetta og skilgreindi helstu markaðsmistök sem gerð eru á þessu sviði. Þar var meðal annars nefnd sú óvissa sem ríkir varðandi greiningu sjúkdóma og um árangur í meðferð þeirra. Arrow hélt því fram að ekki gæti náðst jafnvægi þar á milli í hreinu markaðsdrifnu heilbrigðiskerfi (Arrow, 2001).

Gjarnan er spurt hvornig siðferðislega sé hægt að meta virði mannlífs (*e. value of Life*), en eitt af grundvallarverkfærum heilsuhagfræðinnar er metið virði lífs. Sú nálgun að meta líf einstaklings til fjár er mikilvæg við gerð kostnaðaráætlana í heilbrigðisþjónustu. Þessar óhjákvæmilegu fjárhagslegu ákvarðanir krefjast þess að sá kostnaður sem til fellur við að veita þá þjónustu sé að jafnaði metinn við mögulegan ávinning. Markmið heilbrigðisþjónustu er að lengja líf og/eða bæta lífsgæði. Líkt og

nefnt hefur verið er notast við heilsuhagfræði og aðferðir hennar til að auka líkur á að ákvarðanir séu teknar sem byggja á hagkvæmni og ígrundaðri hagfræðilegri nálgun. Ágúst Einarsson (2003) lýsir fjórum hagfræðilegum matsaðferðum innan heilbrigðiskerfisins sem hér segir:

1. *Greining á lágmarkskostnaði (e. cost-minimization analysis)*, hér er gerður samanburður á verði aðgerða án mats á afleiðingum eða árangri.
2. *Kostnaðarárangursgreining (e. cost-effectiveness analysis)*, hér eru líffræðilegar einingar, svo sem viðbótarlífár, lagðar til grundvallar.
3. *Kostnaðarnytjagreining (e. cost-utility analysis)*, hér er gerður samanburður á nytjum sem aðgerðir / meðferðir hafa í för með sér fyrir einstaklinginn eða samfélagið í heild sinni.
4. *Kostnaðarábatagreining (e. cost-benefit analysis)*, hér er hagrænt mat lagt á alla þætti, einnig ytri þætti og áhrif. Lagt er mat á fjárhagslega þætti, tekið tillit til tekna og dreginn frá kostnaður sem aðgerð hefur í för með sér (Ágúst Einarsson, 2003).

Kostnaðarnytjagreining og kostnaðarárangursgreining

Áður var minnst á EBM sem útgangspunktur í rekstri heilbrigðiskerfa en Bae (2015) fjallaði m.a. um nýtt sjónarhorn sem byggir frekar á virði, frá sjónarhóli sjúklingsins, og er kallað VBM eða "Value Based Medicine." Í greininni er bent á að kostnaðarnytjagreining sé í raun forsenda þess að notast megi við VBM og því sé nauðsynlegt að geta metið nytjar frá sjónarhóli sjúklings.

Sem dæmi um kostnaðarárangurgreiningu má vitna í grein Patel o.fl. (2004) þar sem gerður var samanburður á kostnaði og nytjum — eða hagkvæmni — sem tengist meðferð við heilablóðfalli. Rannsóknin náði til 447 sjúklinga sem fengu slíkar meðferðir. Kostnaður við þessar meðferðir var reiknaður út og brotinn niður á mismunandi meðferðarþætti. Niðurstaðan var sú að mikilvægt væri að taka kostnað inn í myndina og bættur árangur í meðferð við heilablóðfalli væri svo sannarlega dýru verði keyptur.

Kostnaðarábatagreining

Til að átta okkur betur á hugtakinu *kostnaðarábatagreining* er rétt að varpa ljósi á þær tvær greiningar sem helst eru notaðar innan heilsuhagfræðinnar, það er annars vegar greiðsluvilja og hins vegar lífsgæðavegin lífár. Greiðsluvilji er á vissan hátt mælieining sem ákvarðar virði lífs út frá greiðsluvilja almennings og/eða stjórnvalda við hlutfallslega áhættuminnkun á dauðsfalli.

Lífsgæðavegin lífár eða gæðaár (*e. quality-adjusted life years, QALY*), er algeng breyta til að meta lengd og gæði lífs sem ávinning af tiltekinni lækni meðferð við tilteknum sjúkdómi. QALY mælieiningin felur í sér að eitt lífár er margfaldað með einni lífsgæðaeiningu milli 0 og 1. Dauði er sama og 0 og 1 er full heilsa. Til nánari útskýringar er til dæmis talað um tíu gæðaár ef heilbrigður einstaklingur lifir í tíu ár við 100% lífsgæði. Fari lífsgæði viðkomandi einstaklings niður í 50% yfir þessi tíu ár er talað um fimm gæðaár. Gylfi Ólafsson heilsuhagfræðingur hefur skrifað skilmerkilega um heilsuhagfræði og segir til glöggvunar um þetta hugtak að búi stjórnvöld yfir upplýsingum um kostnaðinn við hvert gæðaár á grundvelli mismunandi meðferða, geti þau þar með flokkað meðferðir eftir kostnaði og þannig reynt að tryggja sem frekast er unnt að heilbrigðiskerfið „framleiði“ sem flest gæðaár fyrir þá fjármuni sem til umráða eru hverju sinni (Gylfi Ólafsson, 2018).

Þessar kostnaðarábatagreiningar byggja báðar á því að greina áhættuminnkun á dánartíðni, en frá ólíku sjónarhorni. Muninum má í grófum dráttum lýsa þannig að QALY beinir sjónum sínum í frekari mæli að einstaklingnum og hans lífsgæðum, en greiðsluviljahugtakið metur ábata fyrir samfélagið út frá kostnaði. Báðar þessar aðferðir eru jafngildar þó ólíkar séu og almennt viðurkenndar innan

heilsuhagfræðinnar. Þær eru ólíkar hvað varðar fræðilegan bakgrunn, s.s. hvernig heilsa er metin og hvaða gildi eru lögð til grundvallar fyrir heilsufarsáhættu (Hammitt, 2002). Þegar fjallað er um greiningar til að meta greiðsluvilja almennings í heilbrigðisþjónustu eru áhrifavaldar nokkrir. Sterk tengsl má sjá gagnvart aldri, menntun, tekjum, fjölskyldustærð, gæða þeirrar heilbrigðisþjónustu sem í boði er, búsetu (dreifibýli eða þéttbýli) og greiðslugetu einstaklingsins. Vert er að geta að andstæðar niðurstöður koma fram í nokkrum rannsóknum um efnið. Almennt má segja að almenningi finnst jaðarkostnaður meðferða skipta máli, en jaðarkostnaður er hlutfallslegur kostnaður á móti ábata þjónustunnar og aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Athyglisvert má telja að ein helsta niðurstaðan er sú að verðlag á þjónustu er ekki jafn afgerandi áhrifaþáttur og ætla mætti þegar kemur að greiðsluvilja almennings (Noor Aizuddin, Sulong, & Aljunid, 2012).

Heilbrigðisþjónusta

Heilsuhagfræðin á að gefa hlutlaust mat á kostnaði og ábata, en óhjákvæmilegt er að taka á einhvern hátt tillit til væntinga þeirra sem þurfa á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda. Íslenska heilbrigðiskerfið er metið árlega í samanburði við heilbrigðiskerfi annarra evrópuríkja, sjá Euro Health Consumer Index — EHCI, og sat þar í sæti níu af 34 löndum sem voru með í úttektinni árið 2017. Öll Norðurlönd nema Svíþjóð voru í sætum ofar en Ísland, en talið er gott að ná 800 stigum (af 1.000 mögulegum). Þessu marki náðu allar þjóðir Norðurlanda, ásamt Íslandi, sem var með 830 stig (Health Consumer Powerhouse, 2018). Í skýrslunni kemur jafnframt fram að einn áhrifamesti þátturinn í mati á gæðum heilbrigðisþjónustunnar sé lág tíðni ungbarnadauða, en samkvæmt gögnum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, WHO, er tíðni ungbarnadauða á Íslandi með því lægsta sem þekktist í heiminum, eða 1/1000 (WHO, 2018).

Rannsóknir sem meta ánægju og upplifun sjúklinga eru gagnlegar til að meta gæði þjónustunnar, og skiptir því máli að fá vitneskju frá notendum þjónustunnar um hvort hún uppfylli væntingar. Fræðilegar heimildir um viðhorf sjúklinga til heilbrigðisþjónustu sýna fram á að jákvæð tengsl eru milli hluttekningar (*e. empathy*) og upplýsingagjafar heilbrigðisstarfsmanns til aukinnar ánægju sjúklinga með þjónustuna (Williams, Weinman, & Dale, 1998) (Hojat o.fl., 2011). Einnig að aukin ánægja sjúklinga eykur líkur á meðferðarheldni, lægri dánartíðni á sjúkrahúsi, og lægri endurkomutíðni (Boulding, Glickman, Manary, Schulman, & Staelin, 2011) (Glickman o.fl., 2010) (Katz o.fl., 2013).

Íslenskt mál er ríkt að málsháttum og oft er sagt að góð heilsa sé gulli betri eða að hún verði ekki metin til fjár. Þetta rótgróna viðhorf stingur óneitanlega í stúf við greiðsluviljahugtakið, þar sem mannslíf er einmitt metið til fjár. En heilsan sem slík er ekki einungis metin út frá líffræðilegum þáttum, heldur einnig atferlis- og félagslegum þáttum. Gæði í heilbrigðisþjónustu miða að öllum þessum þáttum. Því er það hlutverk stjórnvalda að sjá til þess að markmiðum um gæði í opinberri þjónustu sé mætt. Á sama tíma er það þeirra að ákveða hvernig sú þjónusta er veitt að teknu tilliti til kostnaðar við að veita hana. Því má segja að greiðsluvilji hins opinbera hafi víðtæk áhrif á lýðheilsu (Remme, Martinez-Alvarez, & Vassall, 2017). Í úttekt Efnahags- og samvinnustofnunarinnar OECD á frammistöðu heilbrigðiskerfa kemur fram að efnahagur og frammistaða séu innbyrðis háðar breytur og færa má rök fyrir því að fjárfestingar í heilbrigðismálum og sú fjármálastefna sem hvert og eitt ríki setur fram liggja til grundvallar í samspili heilsu og efnahags. Á vegum OECD hefur verið sýnt fram á aðgengi einstakra ríkja að náttúrulegum auðlindum er eitt og sér ekki ávísun á betri heilsu þjóðar, heldur er það miklu frekar langtímastefnumörkun er lítur að fjárfestingu í heilbrigði og menntun sem skilar aukinni hagsæld og heilbrigðari þjóð („Health and the economy: A vital relationship - OECD Observer“, e.d.).

Aðferðafræði

Rannsóknin sem hér verður lýst var framkvæmd var af Gallup sem fór einnig yfir spurningar og rannsóknnaaðferðir. Upphaflega voru skilgreindar fjórtán spurningar út frá hugarvinnu og á grunni þeirra fræða sem rakinn hafa verið í inngangs- og fræðakafla. Eftir samráð við rannsóknafyrirtækið varð niðurstaðan sú að sjö spurningar voru notaðar sem grunnur að því að leita svara við rannsóknarspurningunum með megindelegri aðferðafræði. Spurningar eru sem hér segir:

- Spurning 1 Þegar þú horfir til reynslu þinnar af heilbrigðisþjónustu á Íslandi síðastliðna 12 mánuði, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) hefur þú almennt verið með þá heilbrigðisþjónustu sem þú hefur fengið?
- Spurning 2 Þegar þú horfir til reynslu þinnar annars vegar og væntinga þinna hins vegar, að hversu miklu leyti hefur heilbrigðiskerfið á Íslandi uppfyllt væntingar þínar um gæði heilbrigðisþjónustu
- Spurning 3 Telur þú að íslensk heilbrigðisþjónusta sé betri, verri eða svipuð því sem gengur og gerist á hinum Norðurlöndunum? Athugaðu að þú sjálf(ur) þarft ekki að hafa upplifað heilbrigðisþjónustu á Norðurlöndum til að svara spurningunni, heldur er einungis verið að leita eftir því sem þú heldur
- Spurning 4 Í fyrstu grein laga nr. 40/2007 kemur fram að landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tæk á að veita. Hversu vel eða illa telur þú íslenska heilbrigðiskerfið uppfylla þetta hlutverk?
- Spurning 5 Finnst þér of miklum, hæfilegum eða of litlum opinberum fjármunum vera varið til heilbrigðismála á Íslandi?
- Spurning 6 Hvor eftirfarandi fullyrðinga lýsir betur skoðun þinni á því hvaða þættir ættu að hafa áhrif á hvernig lyfjameðferð sjúklingar fá við alvarlegum sjúkdómum. i) Hið opinbera ætti alltaf að greiða bestu lyfjameðferð fyrir sjúklinga, jafnvel þótt meðferðin sé mjög dýr og að betri meðferðin auki líkur á árangri lítið. ii) Það ætti alltaf að taka tillit til kostnaðar og hversu miklar líkur eru á að meðferðin skili árangri þegar ákveðið er hvernig meðferð hið opinbera greiðir fyrir sjúklinga.
- Spurning 7 (Þessari spurningu svöruðu einvörðungu þeir sem völdu kost ii) í spurningu 67). Ef tvær lyfjameðferðir eru í boði til að lækna sjúkling með alvarlegan sjúkdóm og betri lyfjameðferðin er [x]%* líklegri til þess að skila árangri heldur en hin, hvað ætti hið opinbera í mesta lagi að borga, til viðbótar við kostnað ódýrari lyfjameðferðarinnar, um það bil, til þess að sjúklingurinn fái betri lyfjameðferðina?

Spurningarnar voru lagðar fyrir viðhorfahóp Gallup þar sem þýðið endurspeglar almenning á Íslandi, það er einstaklingar eldri en 18 ára af öllu landinu. Viðhorfahópurinn samanstendur af um 24.000 einstaklingum búsettum á Íslandi, þeir eru valdir af handahófi úr þjóðskrá og taka reglulega þátt í könnunum Gallup. Hópurinn er jafnt og þétt uppfærður með nýjum þátttakendum. Könnunin var send út á heildarúrtakið í tölvupósti sem hluti af Gallupvagni, rannsóknin var því hluti af stærri könnun og þátttakendur svöruðu einnig spurningum sem ekki tengjast þessari könnun. Könnunin náði til 1382 manns, úrtakið var handahófsvalið úr viðhorfahópnum og könnunin var lögð fyrir dagana 15.-28. febrúar 2018. Í upphafi var sendur tölvupóstur á úrtakið og honum síðan fylgt eftir með áminningum dagana 19., 21. og 26. febrúar 2018. Fjöldi þátttakenda sem svöruðu var 751, sem samsvarar 54,3% þátttökuhlutfalli. Til að greina niðurstöður var notast við lýsandi tölfræði, skoðuð tíðni og meðaltöl. Til að meta mun milli hópa var einhliða dreifigreining (one-way ANOVA) notuð til

að meta hvort munur væri á meðaltölum lýðfræðihópa og Chi-square krosspróf var notað til að meta hvort munur væri á hlutföllum milli lýðfræðihópa. Í öllum tilfellum var miðað við 95% vikmörk. Til að tryggja að úrtakið endurspegladi þýðið voru niðurstöður vigtaðar með tilliti til kyns, aldurs, búsetu og menntunar. Úrtak svarenda eftir vigtun leit út eins og fram kemur í Töflu 1.

Tafla 1. Stærð þýðis, úrtaks og hlutföll ásamt upplýsingum um aldur og svarhlutfall einstakra hópa.

Upplýsingar um þýði, úrtak og þátttakendur		Upplýsingar um aldur og þátttöku	
Þáttur:	Fjöldi/hlutfall	Aldursbil (ár)	Hlutfall í rannsókn
Stærð þýðis (fjöldi einstaklinga)	24.000	18-24	11,5%
Stærð úrtaks (fjöldi einstaklinga)	1.382	25-34	15,4%
Fjöldi þátttakenda (fjöldi einstaklinga)	751	35-44	17,6%
Þátttökuhlutfall (%)	54,3%	45-54	16,8%
Kynjahlutfall -kona/karl (%)	50/50	55-64	17,4%
Þátttakendur á landsbyggðinni	35,6%	65 ára og eldri	21,3%
Þátttakendur á höfuðborgarsvæðinu	64,4%		100%

Niðurstöður

Niðurstöðu rannsóknarinnar má í grófum dráttum skipta í þrennt: Í fyrsta lagi gefur hún hugmynd um upplifun og ánægju almennings af íslenskrum heilbrigðisþjónustu, í öðru lagi gefur hún hugmynd um hlutverk íslenskra heilbrigðiskerfisins og í þriðja lagi birtir hún viðhorf almennings til kostnaðar á lyfjameðferðum. Til glöggvunar er í töflutexta vísað í númer spurninganna hér að ofan.

Upplifun og ánægja almennings með af íslenskrum heilbrigðisþjónustu

Þátttakandi var beðinn að svara, horft til reynslu sinnar af heilbrigðisþjónustu á Íslandi síðastliðna tólf mánuði, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) hún/hann hefur verið með þá heilbrigðisþjónustu sem henni/honum var boðin. Niðurstaðan í grófum dráttum er sú að 65% þeirra sem hafa notið íslenskrar heilbrigðisþjónustu eru ánægð með þjónustuna og 5% eru fullkomlega ánægð. Þá kemur í ljós að 17% eru óánægð með þá heilbrigðisþjónustu sem viðkomandi hafði fengið. Marktækur munur var á ánægju yngsta aldurshópsins og þess elsta, en 65 ára og eldri voru marktækt ánægðari en þeir sem yngri eru. Ekki var marktækur munur milli kynja eða búsetu, en tekjuhæsti hópurinn og hópurinn með hæsta menntunarstigið voru ívið ánægðari með þá þjónustu sem þau höfðu fengið.

Tafla 2 — Niðurstöður spurningar 1: Þegar þú horfir til reynslu þinnar af heilbrigðisþjónustu á Íslandi síðastliðna 12 mánuði, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) hefur þú almennt verið með þá heilbrigðisþjónustu sem þú hefur fengið?

	Fjöldi	Hlutfall	Staðalfrávik
Fullkomlega ánægð(ur)	35	5,0%	1,6%
Mjög ánægð(ur)	160	22,8%	3,1%
Frekar ánægð(ur)	264	37,6%	3,6%
Hvorki né	124	17,6%	2,8%
Frekar óánægð(ur)	79	11,2%	2,3%
Mjög óánægð(ur)	31	4,4%	1,5%
Fullkomlega óánægð(ur)	10	1,4%	0,9%
<i>Samantekt</i>			
Ánægð(ur)	459	65,3%	3,5%
Hvorki né	124	17,6%	2,8%
Óánægð(ur)	120	17,1%	2,8%
Fjöldi svara	703	100%	
<i>Aðrar upplýsingar</i>			
Tóku afstöðu	703		
Ekki notandi síðastliðna 12 mánuði	42		
Tóku ekki afstöðu	6		
Fjöldi svarenda	751		

Uppfylling væntinga til heilbrigðiskerfisins

Þátttakandi var beðinn um að meta gæði heilbrigðisþjónustunnar út frá reynslu og að hve miklu leyti þjónustan uppfylli væntingar um gæði. Niðurstöður má sjá í Töflu 3.

Tafla 3—Niðurstöður spurningar 2: Þegar þú horfir til reynslu þinnar annars vegar og væntinga þinna hins vegar, að hversu miklu leyti hefur heilbrigðiskerfið á Íslandi uppfyllt væntingar þínar um gæði heilbrigðisþjónustu?

	Fjöldi	Hlutfall	Staðalfrávik
Að öllu leyti	62	8,8%	1,6%
Að mestu leyti	320	45,5%	3,1%
Að nokkru leyti	216	30,7%	3,6%
Að litlu leyti	110	15,6%	2,8%
Að engu leyti	16	2,3%	0,9%
<i>Samantekt</i>			
Að öllu eða mestu leyti	382	52,8%	3,5%
Að litlu leyti	216	29,8%	2,8%
Að litlu eða engu leyti	126	17,4%	2,8%
Fjöldi svara	724	100,0%	
<i>Aðrar upplýsingar</i>			
Tóku afstöðu	724	96,4%	
Tóku ekki afstöðu	27	3,6%	
Fjöldi svarenda	751		

Meira en helmingur þátttakenda, 52,8% telur þjónustuna uppfylla væntingar. Væntingar til gæða voru mestar í elsta aldurshópnum (65 ára og eldri) og var sá munur marktækur miðað við yngri hópa rannsóknarinnar, en 66% þeirra segja þjónustuna uppfylla væntingar þeirra um gæði að mestu eða öllu leiti, samanborið við 40% hjá yngsta hópnum. Ef horft er til viðhorfa kynjanna má sjá að upplifunin er nokkuð lík þegar horft er til þess hvort komið sé til móts við þeirra væntingar, en 50% kvenna segja að mestu eða öllu leyti samanborið við 55% karla. Í tekjuhæsta hópnum, það er einstaklinga með 1.250 þús. kr. í fjölskyldutekjur og meira, finnst 63% komið til móts við væntingar sínar að mestu eða öllu leyti, samanborið við 52% í tekjulægsta hópnum, sem er með 550 þús. kr. eða lægri tekjur, þó sá munur hafi tölfræðilega ekki verið marktækur. Einnig er ekki marktækur munur þegar horft er til búsetu eða menntunar. Í heildina litið eru því tæp 53% sem segja heilbrigðiskerfið á Íslandi uppfylla væntingar um gæði heilbrigðisþjónustu að öllu eða mestu leyti, tæp 30% að nokkru leyti og rúmlega 17% að litlu eða engu leyti.

Norðurlöndin og Ísland

Þegar leitast var við að skoða ímynd heilbrigðiskerfisins og kalla eftir áliti almennings á heilbrigðiskerfinu á Íslandi samanborið við hin Norðurlöndin kemur í ljós að 56% landsmanna telur að við búum við verra, eða aðeins verra, heilbrigðiskerfi en hin Norðurlöndin, en rúmlega 8% telja það vera betra. Ríflega þriðjungur, eða 35,5% telja það svipað.

Tafla 4 — Niðurstöður spurningar 3: Telur þú að íslenska heilbrigðisþjónusta sé betri, verri eða svipuð því sem gengur og gerist á hinum Norðurlöndunum? - Athugaðu að þú sjálf(ur) þarft ekki að hafa upplifað heilbrigðisþjónustu á Norðurlöndum til að svara spurningunni, heldur er einungis verið að leita eftir því sem þú heldur.

	Fjöldi	Hlutfall	Staðalfrávik
Miklu betri	15	2,1%	1,1%
Aðeins betri	42	6,0%	1,8%
Svipuð	241	34,3%	3,6%
Aðeins verri	237	33,7%	3,6%
Miklu verri	143	20,3%	3,1%
<i>Samantekt</i>			
Að öllu eða mestu leyti	57	8,4%	2,1%
Aðeins verri	241	35,5%	3,6%
Að litlu eða engu leyti	380	56,0%	3,7%
Fjöldi svara	678		
<i>Aðrar upplýsingar</i>			
Tóku afstöðu	678	90,2%	
Tóku ekki afstöðu	74	9,8%	
Fjöldi svarenda	752		

Marktækur munur var milli aldurshópa og fjölskyldutekna og telur yngsti hópurinn, það er 18 til 24 ára, heilbrigðiskerfið almennt vera verra en þeir sem eldri eru. Aldurshópurinn 35-54 ára taldi íslenska heilbrigðiskerfið vera svipað eða verra en á hinum Norðurlöndunum. Athygli vekur hversu fáir telja íslenska heilbrigðiskerfið betra eða miklu betra. Til að mynda er enginn í aldurshópnum 25-34 ára sem telur það vera miklu betra og aldurshóparnir 35-44 ára og 45-54 ára eru á þeirri skoðun að íslenska heilbrigðiskerfið sé almennt svipað, aðeins verra eða miklu verra en á hinum Norðurlöndunum. Hér má jafnframt sjá svipaða niðurstöðu og í spurningunni hér að framan, það er að 88% þeirra sem hafa reynslu af þjónustunni s.l. tólf mánuði og hafa verið óánægðir með hana telja heilbrigðiskerfið aðeins verra eða miklu verra en á hinum Norðurlöndunum, samanborið við 28% þeirra sem voru ánægðir með þá þjónustu sem þeir höfðu fengið.

Stefna og efndir

Þegar litið er til hlutverks heilbrigðiskerfisins og hvort stjórnvöld uppfylli kröfur notenda kemur ýmislegt í ljós. Líkt og fyrr segir, er markmið laga um heilbrigðisþjónustu að landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita. Ríflega helmingur svarenda, eða 56% þeirra segja að heilbrigðiskerfið standi sig illa í að uppfylla það markmið, tæpum 19% finnst það hvorki né og rétt tæp 25% telja það uppfylla markmið sitt vel.

Tafla 5—Niðurstöður spurningar 4: Í fyrstu grein laga nr. 40/2007 kemur fram að landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita. Hversu vel eða illa telur þú íslenska heilbrigðiskerfið uppfylla þetta hlutverk?

	Fjöldi	Hlutfall	Staðalfrávik
Mjög vel	16	2,3%	1,1%
Frekar vel	161	22,9%	1,8%
Hvorki né	134	19,1%	3,6%
Frekar illa	278	39,5%	3,6%
Mjög illa	122	17,4%	3,1%
<i>Samantekt</i>			
Vel	177	24,9%	2,1%
Hvorki né	134	18,8%	3,6%
Illá	400	56,3%	3,7%
Fjöldi svara	711		
<i>Aðar upplýsingar</i>			
Tóku afstöðu	711	94,7%	
Tóku ekki afstöðu	40	5,3%	
Fjöldi svarenda	751		

Marktækur munur kom fram á svörum 65 ára og eldri miðað við svör allra hinna aldurshópanna, en 43% þeirra sem eldri eru finnst heilbrigðiskerfið uppfylla markmið laganna mjög vel eða frekar vel, samanborið við rétt um 20% í öllum hinum aldurshópnum. Horft til fjölskyldutekna, sker tekjuhæsti hópurinn sig nokkuð úr, en þriðjungur þess hóps finnst kerfið uppfylla markmið laganna mjög vel eða frekar vel, samanborið við einungis 18% í næsta tekjuhópi fyrir neðan. Horft til millitekjuhópsins má sjá að 66% þeirra telja kerfið uppfylla markmið laganna frekar eða mjög illa, samanborið við 48% þeirra tekjuhæstu. Marktækni var einnig hjá þeim sem höfðu reynslu af heilbrigðiskerfinu síðastliðna tólf mánuði. Sjá má línulega fylgni milli hversu vel eða illa viðkomandi þykir íslenska heilbrigðiskerfið uppfylla markmið laganna út frá ánægju eða óánægju af þjónustunni sem heilbrigðiskerfið veitir að mati svarenda. Þannig svöruðu 100% þeirra sem voru óánægð með þjónustuna að heilbrigðiskerfið uppfyllti markmið laganna frekar illa eða mjög illa, samanborið við 26% þeirra sem voru fullkomlega ánægð með þjónustuna. Að sama skapi eru 55% þeirra sem voru ánægð með þjónustuna á þeirri skoðun að heilbrigðiskerfið uppfylli markmið laganna mjög eða frekar vel samanborið við engan af þeim sem var óánægður.

Fjármunir til heilbrigðismála

Spurt var hvort fólki finnst of miklum, hæfilegum eða of litlum opinberum fjármunum vera varið til heilbrigðismála á Íslandi. Niðurstaðan er afgerandi, en 81% svarenda finnst of litlum fjármunum varið í þennan málaflokk. Rúmlega 16% finnst hæfilegum fjármunum varið í málaflokkinn og einungis 3% finnst of miklum fjármunum varið.

Tafla 6 — Niðurstöður spurningar 5: Finnst þér of miklum, hæfilegum eða of litlum opinberum fjármunum vera varið til heilbrigðismála á Íslandi?

	Fjöldi	Hlutfall	Staðalfrávik
Of miklum	15	2,2%	1,10%
Hæfilegum	114	16,4%	2,70%
Of litlum	568	81,5%	2,90%
Alls fjöldi svara	697		
Tóku afstöðu	697	92,9%	
Tóku ekki afstöðu	53	7,1%	
Fjöldi svarenda	750		

Við þessari spurningu kom fram marktækur munur milli kynja, en 90% kvenna fannst of litlum fjármunum veitt til málaflokksins, samanborið við 73% karla. Ekki var merkjalegur munur eftir búsetu en sjáanlegur munur eftir menntun, en 87% svarenda með grunnskólapróf fannst of litlum fjármunum varið til heilbrigðismála samanborið við 80% þeirra sem hafa háskólapróf. Að sama skapi er munur eftir tekjum, en 90% þeirra tekjulægstu telja of litlum fjármunum varið til heilbrigðismála samanborið við 72% þeirra sem hæstar hafa tekjurnar. Þá er fylgni milli þess að vera óánægður með þjónustuna og telja of litlum fjármunum varið til hennar, samanborið við þá sem eru ánægðir. Langflestir, eða 91% þeirra sem eru fullkomlega óánægðir, telja of litlum fjármunum varið til kerfisins samanborið við 74% þeirra sem eru fullkomlega ánægð. Upplifun og reynsla af heilbrigðiskerfinu endurspeglar skoðun fólks varðandi fjármögnun heilbrigðisþjónustunnar.

Lyfjameðferðir og kostnaðarpátttaka hins opinbera

Reynt var að varpa ljósi á viðhorf almennings til kostnaðarpátttöku hins opinbera í lyfjameðferð við alvarlegum sjúkdómum. Því var spurt hvor eftirfarandi fullyrðinga lýsi betur skoðun svarenda á hvaða þættir ættu að hafa áhrif á hvernig lyfjameðferð sjúklingar fá við alvarlegum sjúkdómum.

Tafla 7 — Niðurstöður spurningar 6: Hvor eftirfarandi fullyrðinga lýsir betur skoðun þinni á því hvaða þættir ættu að hafa áhrif á hvernig lyfjameðferð sjúklingar fá við alvarlegum sjúkdómum?

Nr.	Fullyrðing:	Lýsir betur minni skoðun
1	Hið opinbera ætti alltaf að greiða bestu lyfjameðferð fyrir sjúklinga, jafnvel þótt að meðferðin sé mjög dýr og að betri meðferðin auki líkur á árangri lítið.	54%
2	Það ætti alltaf að taka tillit til kostnaðar og hversu miklar líkur eru á að meðferðin skili árangri þegar ákveðið er hvernig meðferð hið opinbera greiðir fyrir sjúklína	46%

Svarendur skiptust í nokkuð jafna hópa gagnvart þessum tveimur fullyrðingum. Fyrri hópurinn, um 54%, telur að hið opinbera ætti alltaf að greiða bestu lyfjameðferð fyrir sjúklinga, jafnvel þótt meðferðin sé mjög dýr og að betri meðferðin auki líkur á árangri lítið. Hinn hópurinn, það er 46% aðspurðra, telur að það ætti alltaf að taka tillit til kostnaðar. Jafnframt að meta hversu miklar líkur eru á að meðferð skili árangri þegar ákveðin er meðferð sem hið opinbera greiðir fyrir.

Athyglisverður munur kom hér fram milli hópa, en afgerandi munur er á afstöðu þeirra sem yngri eru og þeirra sem eldri eru. 67% þeirra sem eru 18-24 ára telja að taka eigi tillit til kostnaðar samanborið við 39% þeirra sem eru 55 ára og eldri. Þá kemur í ljós að 54% þeirra sem eru með háskólapróf telja frekar að taka eigi tillit til kostnaðar, samanborið við 38% þeirra sem hafa grunnskólapróf. Hvorki er merkjanlegur munur milli kynja eða eftir búsetu.

Hópurinn sem valdi seinni fullyrðinguna sem svar, það er að taka ætti alltaf tillit til kostnaðar, var í framhaldi spurður nánar: Ef tvær lyfjameðferðir eru í boði til að lækna sjúkling með alvarlegan sjúkdóm og betri lyfjameðferðin er [x]%¹ líklegri til þess að skila árangri heldur en hin, hvað ætti hið opinbera í mesta lagi að borga, til viðbótar við kostnað ódýrari lyfjameðferðarinnar til að sjúklingurinn fái betri meðferð?

Tafla 8—Niðurstöður spurningar 7 (einungis þeir sem völdu kost 2) í spurningu 6): Ef tvær lyfjameðferðir eru í boði til að lækna sjúkling með alvarlegan sjúkdóm og betri lyfjameðferðin er [x]%¹ líklegri til þess að skila árangri heldur en hin, hvað ætti hið opinbera í mesta lagi að borga, til viðbótar við kostnað ódýrari lyfjameðferðarinnar, um það bil, til þess að sjúklingurinn fái betri lyfjameðferðina?

Líkur á árangri	≤50.000m	≤100.000m	≤500.000m	≤1m	≤2,5m	≤250m	Ekkert hámark
10%	6%	12%	9%	17%	10%	17%	30%
25%	4%	7%	18%	18%	9%	19%	26%
50%	4%	8%	8%	20%	8%	26%	27%
75%	8%	9%	8%	9%	10%	26%	30%
90%	4%	5%	11%	11%	4%	27%	39%

Meginniðurstaðan er sú að eftir því sem líkur aukast á árangri, telja frá 44% og upp í 66% aðspurðra að ekki eigi að vera hámark á kostnaði meðferðar eða að upphæðin megi vera allt að 250 milljónum króna. Línuleg fylgni var á auknum líkum á að meðferð skili árangri og afstöðu til þess að greiða fyrir meðferð. Einnig kom í ljós að 61% þeirra sem hafa reynslu (sjálfur, náinn vinur eða fjölskyldumeðlimur) af lyfjameðferð eða aðgerð eru á þeirri skoðun að alltaf ætti að greiða fyrir bestu lyfjameðferð, samanborið við 43% sem höfðu ekki samskonar lífsreynslu. Þá er nokkur munur á þeim sem eru annars vegar ánægðir og hins vegar óánægðir eftir reynslu sína af heilbrigðiskerfinu síðustu tólf mánuði. En 71% þeirra frekar óánægðu og fullkomlega óánægðu telja að hið opinbera

¹ Í spurningunni var orðalagið breytilegt og svarendum voru gefnar mismikill munur á líkum á árangri (10%, 25%, 50%, 75%, 90%) með tilviljunaraðferð. Spurningin var opin, en svarendur sem stimuldu ekki inn upphæð fengu lokaða spurningu með svarmöguleikunum sem sjást í töflunni hér að ofan.

eigi að greiða óháð kostnaði samanborið við 49% þeirra sem eru frekar ánægðir og 55% þeirra sem eru fullkomlega ánægðir.

Samantekt niðurstaðna

Í hnotskurn má segja að niðurstöður rannsóknarinnar séu þær að 65% eru ánægð með heilbrigðisþjónustuna, 53% segja væntingar sínar til heilbrigðisþjónustunnar uppfylltar að miklu leyti og 65% bera mikið traust til heilbrigðiskerfisins. Meirihluti svarenda, eða 56% aðspurðra, telur heilbrigðisþjónustu á Íslandi vera verri en á hinum Norðurlöndunum og segir heilbrigðiskerfið uppfylla illa markmið laga um að veita fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita hverju sinni. Loks þykir 81% eða afgerandi meirihluta svarenda of litlum fjármunum varið til heilbrigðiskerfisins.

Umræða

Almenn sátt ríkir um að þörf sé á stefnumótun fyrir heilbrigðiskerfið og að hún eigi að byggjast á niðurstöðum fræðilegra rannsókna (Perera & Peiró, 2012; McCaughey & Bruning, 2010). Hagfræðilegar matsaðferðir innan heilbrigðiskerfisins leggja áherslu á hagkvæmni og ígrundaða hagfræðilega nálgun við stefnumörkun en til grundvallar eru ekki síður lagðar væntingar þeirra sem nýta sér heilbrigðiskerfið og virði þjónustunnar, eins og það kemur þeim fyrir sjónir (Bae, 2015).

Rannsókn sú sem hér um ræðir var gerð snemma árs 2018 eða fyrir COVID-19 heimsfaraldurinn. Heilbrigðisútgjöld hér á landi, sem hlutfall af VLF, eru þau lægstu á Norðurlöndunum árið 2020, eða 8,3% og nokkuð fyrir neðan meðaltal OECD ríkjanna, sem á svipuðum tíma var 9,0% (OECD, 2017a). Sem samfélag stöndum við frammi fyrir því að þessi útgjöld fari hratt vaxandi á komandi árum og áratugum, ekki síst vegna þeirrar breytingar sem er að verða á aldurssamsetningu þjóðarinnar og vegna tæknilegra framfara. Fjárlög bera merki um breyttar áherslur stjórnvalda til heilbrigðismála. Til að mynda er aukning á fjárlögum milli árana 2017-2018 um 21,5 milljarðar króna og útgjöld ársins 2021 áætluð um 241 milljarðar króna.

Rannsóknin sýnir að almenningur telur réttlætandi að verja miklum fjármunum, þó óvíst sé um árangur. Óánægja með þjónustuna kann þó að vaxa enda þótt útgjöldin verði aukin og því er eðlilegt að hvetja til aukinnar upplýsingagjafar og umræðu um heilsufar, forvarnir, siðfræði og heilsuhagfræði. Hér er jafnframt tilefni til frekari rannsókna. Skoða mætti sérstaklega hvort sú aukning framlaga til heilbrigðiskerfisins sem hefur verið að raungerast að undanfögnu skili sér í aukinni ánægju gagnvart heilbrigðisþjónustunni.

Ánægja með heilbrigðisþjónustu

Þessi rannsókn staðfestir að almenningur ber traust almennings til íslenska heilbrigðiskerfisins og að nokkuð almenn ánægja ríkir með þjónustu þess, en jafnframt kemur fram að auka ætti fjárframlög til málaflokksins. Við sjáum að marktækur meirihluti er á þeirri skoðun að mannlíf eigi ekki að meta til fjár og að fjármunir eigi ekki að vera fyrirstaða þegar kemur að því að veita heilbrigðisþjónustu. Þá var marktækur munur á afstöðu svarenda hvað varðar ánægju með þjónustuna eftir aldri, en mest ánægja er í elsta hópnnum, 65 ára og eldri, þó munurinn sé ekki mikill. Hér má draga þá ályktun að yngri fólkið gerir meiri kröfur en þeir sem eldri eru. Við sjáum fylgni milli aukinnar menntunar og hærri tekna, en þeir sem falla í þessa flokka eru jákvæðari gagnvart því viðhorfi að taka þurfi tillit til

kostnaðar á meðferð, á meðan fólk með lægra menntunarstig er frekar á því að greiða skuli fyrir meðferðir, óháð kostnaði. Loks er fylgni á milli aldurs, það er að yngri fólk er frekar á því að taka eigi tillit til kostnaðar á meðferð.

Rannsóknin sýnir að flestir eru sáttir með þá heilbrigðisþjónustu sem þeir fá. Um leið telur meirihluti þátttakenda mikið rúm til umbóta, og fram kemur tvímællaus vilji til að verja auknu fjármagni til heilbrigðiskerfisins. Ekki var greinanlegur munur á ánægju milli kynja eða eftir hjúskaparstöðu, en fylgni var milli almennrar ánægju og aldurs.

Áfellingdómur yfir heilbrigðiskerfinu?

Eitt af því sem lesa má úr niðurstöðum rannsóknarinnar eru stríðandi viðhorf sem fram koma ef svör eru borin saman. Hér er vísað til niðurstaðna sem að vissu leyti ganga í sitt hvora áttina, því þó sjá megi að almenningur telji heilbrigðiskerfið vera vanfjármagnað og uppfylli ekki markmið laga, þá kemur einnig fram að almenningur ber mikið traust til heilbrigðiskerfisins. Jafnframt kemur fram að almenningur er almennt nokkuð ánægður með þjónustuna sem kerfið veitir og yfir 80% segja kerfið uppfylla væntingar að öllu, mestu eða nokkru leyti. Því má draga þá ályktun að viðhorf almennings gagnvart þjónustunni og gæðum hennar er jákvætt á sama tíma og kerfið sem slíkt fær allt að því falleinkunn. Fyrirverandi landlæknir, Birgir Jakobsson, telur íslenska heilbrigðiskerfið brotakernt og áratugum á eftir heilbrigðiskerfum Norðurlandanna, ekki hvað síst þegar kemur að því að sýna fram á gæði og árangur. Birgir bendir á að marka þurfi skýrari stefnu í heilbrigðismálum og um hana þurfi að ríkja pólitísk samstaða til að hún haldi til lengri tíma. Birgir segir m.a. „Alþingi verður að átta sig á því að við getum ekki stöðugt verið að breyta um stefnu í svona mikilvægum málaflökki sem tekur mörg ár að breyta. Heilbrigðiskerfið er eins og stórt skip sem tekur tíma að beygja“ (Birgir Jakobsson, 2018). Til viðbótar við þá staðreynd að sterkur meirihluti svarenda sagði að í raun ætti ekkert hámark að vera á kostnaði þegar kæmi að því að taka ákvörðun um meðferð í heilbrigðiskerfinu, þá er einnig áhugavert hversu lítill munur er á milli afstöðu ólíkra lýðfræði svarenda. Þjóðin, ef svo má segja, er mjög samstíga í viðhorfum sínum, óháð kyni, aldri búsetu, menntun og tekjum. Nokkur munur er á svörum þeirra sem hafa reynslu af þjónustunni undanfarna tólf mánuði og þeirra sem hafa ekki þurft á þjónustunni að halda. Við sjáum sterk tengsl milli þeirra sem eru óánægðir og telja heilbrigðisþjónustuna uppfylla væntingar að litlu eða engu leyti, á meðan þeir sem eru ánægðir með þjónustuna telja hana miklu frekar uppfylla væntingar að öllu eða mestu leyti. Þessi niðurstaða er almennt sú sama hjá hinum ýmsu þjóðfélagshópum. Hér má því leiða líkum að fyrri reynsla og upplifun endurspeglar afstöðu almennings til þjónustunnar. Hér er um marktækan mun að ræða og greinilegt að niðurstaðan lýsir viðhorfum þeirra sem hafa verið notendur heilbrigðisþjónustu og hafa raunverulega upplifað heilbrigðiskerfið. Bein reynsla af kerfinu hefur afgerandi áhrif á afstöðu viðkomandi hafa gagnvart t.d. kostnaði við lyfjameðferð og þátttöku hins opinbera í kostnaði við þær.

Athygli vekur að 68% aðspurðra telja réttlætjanlegt að allt að 250 milljónir séu greiddar, eða jafnvel ekkert hámark ætti að vera á greiðslum fyrir lyfjameðferð, í raun óháð líkum á árangri meðferðar til viðbótar við eldri meðferð. 54% aðspurðra svöruðu því til að alltaf ætti að greiða fyrir meðferð, óháð kostnaði og þegar hin 46% voru spurð nánar, má sjá að 68% eru á þeirri skoðun að kostnaður ætti að skipta litlu sem engu máli við ákvörðun meðferðar. Samanlagt er hópurinn sem telur að kostnaður eigi vart að skipta máli rétt tæplega sjö af hverjum tíu svarenda. Hér skal bent á að kostnaður skipti ekki máli þó líkur á betri árangri séu hvort heldur sem er einungis 10% til viðbótar

við fyrri meðferðir, eða 90%. Þessi niðurstaða hlýtur að vekja athygli og umhugsun, en þarf þó kannski ekki að koma svo mjög á óvart. Ástæðan er sú að sjá má á niðurstöðunum að meira en fjórir af hverjum fimm telja of litlum fjármunum varið til heilbrigðiskerfisins og þrír af hverjum fjórum telja að heilbrigðiskerfið uppfylli markmið laga um heilbrigðisþjónustu mjög illa, frekar illa eða hvorki né.

Ályktanir

Niðurstaða þessarar rannsóknar er afdráttarlaus, almenningur vill að heilbrigðiskerfið fjármagni þær meðferðir sem standa til boða, allt að því óháð kostnaði. Þessi afstaða er athyglisverð, en kannski nokkuð fyrirsjáanleg. Á sama tíma og heilsuhagfræðin leitast við að leggja til lausnir sem byggja á sem hlutlægustum mælikvörðum um kostnað og ábata, er einnig nauðsynlegt að taka tillit til væntinga þeirra sem bæði nota og greiða fyrir þjónustuna, þ.e. skattgreiðenda. Almennangi finnst gæði þjónustunnar skipta mun meira máli en sá kostnaður sem heilbrigðiskerfið ber af því að veita viðkomandi þjónustu.

Hafandi sagt það þá er einnig vert að hafa í huga að þó að þau gildi sem borgarar landsins vilja hafa í heiðri varðandi forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu, þá hefur almenningur ekki að öllu leyti yfirsýn til að ákvarða endalega hversu langt er gengið í meðferð. Þá þarf einnig að hafa í huga að þó að rannsókn þessi sé upplýsandi um vilja almennings, þá var svarendum ekki stillt upp við vegg með því að setja þeim ofurkosti varðandi fórnarkostnað þann sem myndi skapast og fara stighækkandi eftir því sem meðferð væri lengri og dýrari. Eðlilega vill vel gert fólk kosta öllu til til að lækna sjúkan einstakling, en ef það myndi hafa í för með sér að það kæmi t.d. niður að möguleikum stjórnvada til að sinna forvarnarstarfi að þá gæti svarið breyst. Svarðið kynni einning að breytast ef upplýstist að viðkomandi hefði skeitt engu um heilsu sína og hefði markvisst grafið undan heilbrigði sjálfs sín og annarra. Allt eru þetta mikilvægar spurningar sem þessari ritgerð var ekki ætlað að svara. Þátttakendur í þessari rannsókn voru eingöngu beðnir um að taka afstöðu til þess heilbrigðiskerfis sem þeir telja sig þekkja það. Þetta er það heilbrigðiskerfi sem svarendur horfa til og almenn sátt virðist ríkja um.

Almennt séð þá virðist íslenskur almenningur ekki gera kröfu um að hver og einn eigi að fjármagna sína eigin heilbrigðisþjónustu í meira mæli en þegar er. Rannsóknininni var heldur ekki ætlað að knýja fram viðhorf til þess möguleika. Vissulega má segja að þar með sé ekki öll sagan sögð og færa má rök fyrir því að þar með séu ekki fengin fram öll þau sjónarmið sem skipt geta máli þegar kemur að forgangsröðun í íslensku heilbrigðiskerfi. Rýni afstöðu almennings til þessara álitafna kallar á frekari rannsóknir.

Að endingu ber einnig að nefna að viðhorf stjórnvalda og heilbrigðisstétta —þeirra aðila sem taka ákvarðanir varðandi þjónustustig í heilbrigðisþjónustu og varðandi lækningu og líkn — eru ekki skoðuð í þessari rannsókn. Þessir aðilar starfa í umboði almennings og bera um margt „kvölin“ af því að eiga „völin“ þegar kemur að ákvörðunum í heilbrigðiskerfinu og viðhorft þeirra er efni í aðra grein. Takmörkun rannsóknarinnar er því helst fólgnin í afmörkun hennar og í því að þau sem spurð voru eru fyrst og fremst full af góðum vilja og metnaði fyrir hönd íslenskrar heilbrigðisþjónustu.

Heimildir

- Albrechts, L. & Balducci, A. (2013). Practicing strategic planning: In search of critical features to explain the strategic character of plans. *The Planning Review*, 2013- Taylor & Francis
- Alþingi. (2017). 144/148 lög í heild: fjárlög 2018. Sótt 14. apríl 2018, af <https://www.althingi.is/altext/148/s/0144.html>
- Alþingi. (2018). Trygging gæða, hagkvæmni og skilvirkni opinberra fjárfestinga. Sótt 26. apríl 2018, af <https://www.althingi.is/thingstorf/thingmalalistar-eftir-thingum/ferill/?ltg=148&mnr=14>
- Alþingi. (e.d.-a). 40/2007: Lög um heilbrigðisþjónustu | Lög | Alþingi. Sótt 25. mars 2018, af <http://www.althingi.is/lagas/148a/2007040.html>
- Alþingi. (e.d.-b). 112/2008: Lög um sjúkratryggingar. Sótt 16. apríl 2018, af <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2008112.html>
- Ágúst Einarsson. (2003). Heilsuhagfræði á Íslandi. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 1(1), 5–26. <https://doi.org/10.24122/tve.a.2003.1.1.6>
- Arrow, K. J. (2001). Uncertainty and the welfare economics of medical care (American economic review, 1963). *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 851-883.
- Bae, J. M. (2015). Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiology and health*, 37.
- Beveridge, W.H. (1942). Social insurance and allied services, Presented to Parliament by Command of His Majesty November 1942.
- Birgir Jakobsson. (2018). „Það sem er faglega æskilegt er ekki alltaf pólitískt mögulegt“. Sótt 14. apríl 2018, af <https://stundin.is/grein/6465/>
- Boulding, W., Glickman, S. W., Manary, M. P., Schulman, K. A., & Staelin, R. (2011). Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *The American Journal of Managed Care*, 17(1), 41–48.
- Bryson, J.M., Hamilton, L.H. & Van Slyke, D.M. (2018). Getting strategic about strategic planning research, *Public Management Review*. Vol 20, no. 3, pp. 317-339.
- Bryson, J.M. & Slotterback, C.S. (2016). Strategic spatial planning in the US. *Situated Practices of Strategic Planning*, Taylor and Francis, pp.117-134.
- Butkus, M., Matuzeviciute, K., Maciulyte-Sniukiene, A. & Davidavičienė, V. (2018). SOCIETY'S ATTITUDES TOWARDS IMPACT OF IMMIGRATION: CASE OF EU COUNTRIES, Vilnius Gediminas Technical University, Vilnius, Lithuania.
- Conroy, M.M. & Berke, P.R. (2004). What makes a good sustainable development plan? An analysis of factors that influence principles of sustainable development. *Environment and planning A*, Vol 36, pp.1381-1396.
- endurreisn.is. (2016). Endurreisum heilbrigðiskerfið. Sótt 25. mars 2018, af <http://www.endurreisn.is/>
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Political Economies of the Welfare State. *International Journal of Sociology*, Vol. 20, No.3: The Study of Welfare State Regime.
- Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 2019. Sótt 02.08.22 frá https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Felagsmalaraduneytid/Vi%20til_innflytjenda_september_2019.pdf.
- Frey, C.B. & Osborne, M.A. (2013). THE FUTURE OF EMPLOYMENT: HOW SUSCEPTIBLE ARE JOBS TO COMPUTERISATION? Oxford Martin School, University of Oxford.
- Frumtök. (2017). Frumtök. Sótt 8. apríl 2018, af <http://www.frumtok.is/frettir-og-greinar/lesa-meira/groundhog-day-eda-dej-vu>
- Gallup. (2018a). *Heilbrigðiskerfið og lyfjameðferðir*.

- Gallup. (2018b). Traust til stofnana. Sótt 26. mars 2018, af <http://www.gallup.is/nidurstodur/traust-til-stofnana/>
- Gerður Gröndal, & Gunnar Bjarni Ragnarsson. (2015). Verða ný lyf í boði fyrir sjúklinga árið 2016? | 10. tbl. 101. árg. 2015. *Læknablaðið*, 101(10), 447. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17992/ibl.2015.10.43>
- Glickman, S. W., Boulding, W., Manary, M., Staelin, R., Roe, M. T., Wolosin, R. J., ... Schulman, K. A. (2010). Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 188–195. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597>
- Guðbjartur Hannesson. (2013, janúar 6). Þrír í meðferð vegna Fabry-sjúkdóms. Sótt 21. mars 2018, af <http://www.ruv.is/frett/thrir-i-medferd-vegna-fabry-sjukdoms>
- Gylfi Ólafsson. (2018). Inngangur að heilsuhagfræði | Íslensk heilsuhagfræði. Sótt 26. apríl 2018, af <http://ihh.is/inngangur-ad-heilsuhagfraedi/>
- Hagstofa Íslands. (2018). Útgjöld til heilbrigðismála. Sótt 26. apríl 2018, af <http://hagstofa.is/talnaefni/efnahagur/fjarmal-hins-opinbera/utgjold-til-heilbrigdismala/>
- Hammitt, J. K. (2002). QALYs Versus WTP. *Risk Analysis*, 22(5), 985–1001. <https://doi.org/10.1111/1539-6924.00265>
- Health and the economy: A vital relationship - OECD Observer. (e.d.). Sótt 27. apríl 2018, af http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html
- Health Consumer Powerhouse. (2015). *Euro health consumer index. 2015 2015*. Health Consumer Powerhouse.
- Helgi Þór Ingason, Þórður Víkingur Friðgeirsson og Steinunn Marta Gunnlaugsdóttir (2022). The Perceived Quality Features and Utility of the Project Governance Structure in Projectified Iceland. Grein í ritrýniferli.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Katz, D. A., Aufderheide, T. P., Gaeth, G., Rahko, P. S., Hillis, S. L., & Selker, H. P. (2013). Satisfaction and emergency department revisits in patients with possible acute coronary syndrome. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(6), 947–957. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.05.029>
- Kaufmann, J.L. & Jacobs, H.M. (1987). A public planning perspective on strategic planning. *Journal of the American Planning*.
- Kjarninn,(2021). Sótt 27.09.21 af <https://kjarninn.is/frettir/heilbrigdismal-staersta-kosningamalid-hjateimur-af-hverjum-thremur-kjosendum/>
- McCaughey, D., & Bruning, N. S. (2010). Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers. *Implementation Science*, 5(1), 39.
- Margretta, j. (2011). Jim Collins, Meet Michael Porter, *Harvard Business Review*, December issue.
- Margrét Hlín Snorradóttir, Davíð O. Arnar, Ragnar F. Ólafsson, Runólfur Pálsson, & Ólafur Skúli Indriðason. (2014). Viðhorf sjúklinga til veittrar þjónustu og viðmóts heilbrigðisstarfsfólks á Hjartagátt Landspítala, 07/08 2014, 385–393.
- Marshall, T.H. (1950). *Citizenship and Social Class: And Other Essays*. Cambridge: University Press.

- Morgunblaðið. (2017, september 7). Gífurlegir hagsmunir af áhættumati. Sótt af <https://www.mbl.is/greinasafn/grein/1653387/>
- Noor Aizzuddin, A., Sulong, S., & Aljunid, S. M. (2012). Factors influencing willingness to pay for healthcare. *BMC Public Health*, 12(2), A37. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-S2-A37>
- Patel, A., Knapp, M., Perez, I., Evans, A., & Kalra, L. (2004). Alternative strategies for stroke care: cost-effectiveness and cost-utility analyses from a prospective randomized controlled trial. *Stroke*, 35(1), 196-203.
- Perera, F. D. P. R., & Peiró, M. (2012). Strategic planning in healthcare organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(8), 749-754.
- Porter, M.E. (1980). *Competitive Strategy. Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, 1st ed.; The Free Press:New York, NY, USA, 1980; pp. 50–66
- OECD (2018). , DEMOGRAPHIC AND ECONOMIC CONTEXT, sótt 11.mars 2018 af <https://data.oecd.org/pop/working-age-population.htm#indicator-chart>
- OECD. (2017a). Health at a Glance, Statistics / Health at a Glance / 2017:OECD Indicators [Text]. Sótt 25. mars 2018, af http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
- OECD. (2017b). Health Expenditure - OECD. Sótt 12. apríl 2018, af <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>
- Pfarr, C., & Schmid, A. (2016). Redistribution through social health insurance: evidence on citizen preferences. *The European Journal of Health Economics: HEPAC; Dordrecht*, 17(5), 611–628. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10198-015-0704-y>
- Poister, T.H. & Streib, G. (199). Performance measurement in municipal government: Assessing the state of the practice. *Public administration review*, – JSTOR
- Remme, M., Martinez-Alvarez, M., & Vassall, A. (2017). Cost-Effectiveness Thresholds in Global Health: Taking a Multisectoral Perspective. *Value in Health*, 20(4), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.009>
- Stjórnarráð Íslands. (2017). Stjórnarráðið | Sáttmáli. Sótt 16. apríl 2018, af <https://www.stjornarradid.is/rikisstjorn/stefnuyfirlysing/>
- Stjórnarráð Íslands (2021) Stjórnarráðið - Sáttmáli. Sótt 02.08.22 <https://www.stjornarradid.is/library/05-Rikisstjorn/Stjornarsattmali2021.pdf>
- Svandís Svavarsdóttir. (2018, janúar 5). Jöfnuður sem leiðarljós. *Morgunblaðið*.
- Taylor-Gooby, P, Leruth, B. (2018). Attitudes, Aspirations and Welfare: Social Policy Directions in Uncertain Times. Palgrave-MacMillan, Springer Int. Publishing, Switzerland.
- Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science & Medicine*, 116, 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.009>
- Viðskiptaráð Íslands. (2014). Heilbrigðiskerfið og áskoranir komandi ára. Sótt 12. apríl 2018, af <http://vi.is/malefnastarf/utgafa/kynningar/heilbrigdiskerfid-og-askoranir-komandi-ara/>
- WHO. (2018). GHO | By country | Iceland - statistics summary (2002 - present). Sótt 8. apríl 2018, af <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-ISL>
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15(5), 480–492.
- Þórður Víkingur Friðgeirsson. (2015). Er samræmi á milli þeirrar áhættu sem íslenskir ákvarðanatökutakar telja sig tilbúna til að taka og raunverulegrar hættu á kostnaðarframúrkeyrslu verkefna? *Verktækni - Tímarit VFÍ/TFÍ*, 21. úrg.(1. tbl.), Bls. 33-38.

Eva Heiða Önnudóttir (2019). Viðhorf Íslendinga til innflytjenda á Íslandi. Bifröst Journal of Social Science. Bls. 67-78.