

# Hvers virði er heilsan?

Viðfangsefnin framundan

Magnús Pétursson hagfræðingur, forstjóri  
Landspítala – háskólasjúkrahúss

1. tbl. 3. árg. 2007  
Erindi og greinar





Daglega stöndum við frammi fyrir fréttum og spurningum um heilbrigðismál. Við sjálf eða nánir ættingjar okkar verðum fyrir minni háttar kvillum eða alvarlegum veikindum. Heilbrigðisstofnanir glíma við ónóga aðstöðu og fjárskort og starfsmennirnir telja að störf þeirra séu ekki metin að verðleikum. Og ekki er að undra, því líf og heilsu metum við hvað mest þess sem við getum kallað gildi lífs. Heilsan verður ekki metin til fjár er stundum sagt.

Stundum er sagt að umfjöllun um heilbrigðismál sé svo flókin að hún sé einungis á færi sérfræðinga. Þetta er arangt. Málefnið varðar almannaheill og því á hvorki né má líta svo á að þetta sé einvörðungu málefni þeirra sem starfa að heilbrigðismálum, hvort heldur í hlut á fagfólk heilbrigðisvísinda eða þeir sem bera hita og þunga af rekstri og opinberri umræðu. Sérfræðingar í tilteknum sjúkdómi og lækningu hans standa öðrum framar á því afmarkaða sviði, til þess hafa þeir menntast, en þar með er ekki sagt að þeir séu á nokkurn hátt færari en aðrir að meta gildi heilbrigðis og heilbrigðisþjónustu fyrir einstaklinginn eða samfélagið. Stjórnámálamenn standa þannig jafnfætis öðrum þegar ákveða þarf hvert skal halda með uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar en þeir hafa hins vegar valist til ábyrgðar í sameiginlegum hagsmunamálum landsmanna. Ábyrgð þeirra hlýtur því ávallt að vera að kynna sér mál eftir föngum, byggja ákvarðanir á rökum og bera almannaheill fyrir brjósti.

Heilbrigðismálin eru mikið til umfjöllunar í öllum hinum vestræna heimi. Því er gagnlegt að hugleiða eðli heilbrigðismála frá víðum sjónarhóli og hvernig þau snerta margar greinar samfélagsins.

Ný lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, voru sett síðasta vor á Alþingi. Þar segir m.a. að markmið laganna sé „að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita“. Hér er um háleitt markmið að ræða sem gefur tilefni til mikillar umræðu. Auk þessa kveða löggin ítarlega á um skipulag heilbrigðisþjónustunnar í landinu sem býður upp á fjölmarga möguleika til þróunar og breytinga á skipan þessara mála hér á landi. Hér verður aðeins bent á atriði eins og aukna samvinnu milli stofnana til þess að nýta sem best fjármuni og mannafla og að heilbrigðisráðherra hefur heimild til íhlutunar um uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar vítt og breytt um landið. Þá er í fyrsta skipti skilgreint hugtakið háskólasjúkrahús eða kennslusjúkrahús og heilbrigðisráðherra er nú heimilt að ráða yfirmenn til tiltekins tíma. Hér er fátt eitt nefnt enda ekki tilgangurinn að reifa efni laganna heldur að vekja athygli á því að verkefnið framundan er að sjá til þess að lögunum verði hrundið í framkvæmd í samræmi við markaðan tilgang. Með setningu nýrra laga er fetað í fótspor margra nálæggra landa þar sem heilbrigðismálin, einkum skipulag þeirra, hafa tekið miklum breytingum. Nægir í því sambandi að nefna Noreg og Danmörku þar sem svæðaskiptingu og skipulagi hefur verið gjörbreytt. Írar endurskoðuðu alla tilhögun heilbrigðismála frá og með 2005 og stöðugt er unnið að framförum og breytingum í Bretlandi. Loks má geta þess að Hollendingar hafa í meira mæli en aðrir fléttað saman almannatryggingar og einkatryggingar almenningi til hagsbóta.

### Félagslegt gildi heilbrigðisþjónustu

Heilbrigðismálin eru skýrt dæmi um félagslegt viðfangsefni en einnig stórkostlegt viðfangsefni raunvísinda. Félagsfræðin, siðfræðin, hagfræðin og stjórnmálafræðin geta hver um sig gert tilkall til umfjöllunar um heilbrigðismál. Samsvarandi gildir um lækisfræði, hjúkrunarfræði, líffræði og ýmsar raungreinar. Þá væri yfirsjón að vanmeta gildi heilbrigðis og heilbrigðisþjónustu fyrir samheldni þjóða og samfélaga.

Víkjum fyrst að nokkrum félagsfræðilegum sjónarmiðum sem snerta heilbrigðismálin. Fyrir Vestur-Evrópubúa eru viðhorf Bandaríkjamanna til heilbrigðismála framandi. Mörgum þykir að tilhögun heilbrigðismála þar feli í sér óviðunandi misrétti meðal þegnanna þar sem efnahagur ræður fremur en gildi mannúðar og jafnaðar. Undir þetta taka reyndar margir Bandaríkjamenn og telja þetta ljóð á samfélaginu. Málið á sér þó félagslegar skýringar sem ber að virða. Einstaklingshyggjan eða hugmyndin um frelsi einstaklingsins til þess að velja og ráða eigin hag er afar sterk og er eitt af grunnildum þess samfélags. Stjórnarskrá landsins og öll lagasetning stendur sterkan vörð um þetta gildi. Ítrekað takast því félagsfræðilegar og siðfræðilegar kröfur á við grundvallarsjónarmið frelsis og þess viðhorfs að „hver sé sinnar gæfu smiður“. Hinu má ekki líta fram hjá að félagslegt starf er þrátt fyrir þetta mikið í landinu en byggt upp án afskipta hins opinbera enda litið svo á að eftir því sem opinber afskipti eru minni þeim mun betur vegni einstaklingnum og heildinni. Hugtakið „félagslegt starf“ hefur því eilítið aðra merkingu í Bandaríkjunum en í flestum Evrópulöndum. Í Evrópu aftur á móti er víða bundið í stjórnarskrá eða í landslögum að hið opinbera skuli tryggja þegnum tiltekna heilbrigðisþjónustu.

Um miðja síðustu öld ríkti það viðhorf víða í Evrópu að heilbrigðismál væru þess eðlis að þau ætti að skipuleggja og reka á félagslegum grunni. Litið var svo á að félagsleg uppbygging læknaði sár seinni heimsstyrjaldarinnar og eflði samheldni þjóða. Verkalýðshreyfingar og samtök atvinnurekenda, í samvinnu við ríkisvaldið, stóðu iðulega fyrir félagslegri uppbyggingu, m.a. í heilbrigðismálum, því það eflði vitund og samstöðu þjóðar. Enn er full ástæða til þess að spyrja þeirrar grundvallarspurningar hvort og hvaða gildi starfsemi á félagslegum grunni hafi fyrir stöðu og viðhald samfélaga.

Undanfarna tvo áratugi hafa viðhorf í mörgum Evrópulöndum hallast á sveif með frelsi einstaklingsins til þess að ákveða um eigin hag. Þetta er hvað ljósast í efnahagsmálum þar sem frelsi í öllum þáttum viðskipta hefur stóraukist og tekur einnig til vinnumarkaðarins þar sem stór hluti Evrópu er nú eitt samfellt atvinnusvæði. Sama þróun hefur orðið á félagslegum sviðum samfélagsins, svo sem menntamálum, þar sem ríkisvaldið hefur hvatt til einkavæðingar á skólum og menntastofnunum samhliða nýrri sýn á opinberar skyldur. Nú starfa einkareknir skólar á öllum stigum samhliða opinberum stofnunum í flestum löndum Vestur-Evrópu. Á sviði heilbrigðismála hefur þessi þróun einnig orðið. Einkaaðilar veita heilbrigðisþjónustu í öllum löndum Vestur-Evrópu þótt í mismunandi mæli sé og stjórnvöld einstakra landa hafa þurft að ákveða hvernig hið opinbera á að aðlaga sig breyttum aðstæðum og kröfum borgaranna og ekki síður leiða þróunina.

## Stjórnmal og stjórnsýsla veftimarit (erindi og greinar)

Á einstaklingsfrelsinu er þó önnur hlið sem rétt er að skoða. Samfélög verða til vegna þess að þau búa yfir sameiginlegum hagsmunum. Sígilt dæmi í þessu efni eru atriði eins og dómstólar þróaðra jafnt sem vanþróaðra samfélaga. Sameiginleg gildi breytast eðli máls samkvæmt frá einum tíma til annars eftir ríkjandi aðstæðum. Tilhneigingin nú er að ekki aðeins landsmenn tiltekins ríkis sameinist um ákveðin gildi eða reglur, heldur að ríki heims tileinki sér sameiginleg gildi. Sem dæmi má nefna mannréttindi hvers konar og umhverfismál. Þannig er talið að heildinni farnist best.

### Siðfræði og réttur einstaklingsins

Víkjum fáum orðum að siðfræðilegu og læknisfræðilegu sjónarmiði heilbrigðisþjónustunnar. Þar til fyrir hálfri öld eða svo hafði heilbrigðisstarfsemi allt aðra merkingu en hún gerir nú. Spítalar á miðöldum voru líknandi stofnanir fremur en læknandi og hlutverk þeirra og tilgangur var að verða við siðferðiskröfunni um mannlega reisn í mannlegu samfélagi. Trúarhreyfingar ræktu þetta hlutverk með vísan í siðfræði trúarinnar um umhyggju fyrir náunganum. Þekking á lækningum var oft og tíðum takmörkuð þó að hún hafi einnig eflst vegna reynslu og áhuga glöggra karla og kvenna. Sjúklingurinn var undantekningalaust þiggjandi þessarar líknar og umhyggju en hafði ekki rétt til þess að krefjast hennar.

Nú er öldin önnur. Ásamt með því að samfélagið hefur valið að lækningar og umhyggja fyrir sjúkum og minni máttar sé sameiginlegt viðfangsefni breytist staða einstaklingsins þannig að hann á tilkall og varinn rétt til þjónustu vegna eigin framlags til þessa sameiginlega verkefnis. Ríkisvaldið hefur síðan með margvíslegum hætti styrkt þennan rétt einstaklingsins í lögum og með reglum þar um. Mörg lönd Evrópu hafa styrkt og staðfest rétt einstaklingsins til ákveðinnar þjónustu – og þar með skyldu ríkisins til þess að veita þá þjónustu með tilteknum hætti. Það er hér sem árekstrar verða milli réttar og skyldna og siðfræðilegar spurningar verða áleitnar.

Hver er krafa nútímans til heilbrigðisþjónustunnar? Ef til vill mætti segja að við viljum að eftirfarandi einkenni sé aðalsmerki góðrar heilbrigðisþjónustu. Hún þarf að snúast um þarfir einstaklingsins og vera samfelld þannig að hann njóti þjónustu frá vöggu til grafar, ef svo má segja. Með öðrum orðum þarf hann að fá rétta þjónustu á réttum stöðum allt eftir því hver vandamálin eru. Heilsugæslan er, eða á að vera, fyrsti viðkomustaður sjúklings sem leitar eftir bót meina sinna. Þar er þörfum hans sinnt séu tók á, en að öðrum kosti er honum leiðbeint áfram í heilbrigðiskerfinu, til sérfræðilækna, á sjúkrahús eða annað þangað sem nauðsyn er talin bera til. Þá er forsenda árangursríkra lækninga að hlutadeigandi læknir eða stofnun búi yfir fullkominni greiningartækni til þess að geta veitt sem best úrræði. Því er ekki að ástæðulausu að myndgreining hvers konar, rannsóknarvinna og há-tækni er snar þáttur í nútímalækningum. En fleira einkennir góða þjónustu. Hún verður að standast samanburð og viðurkennd viðmið. Gæði þjónustu er erfitt að skilgreina því þau eru að vissu leyti afstæð. Góð þjónusta er ekki síst samanburður

## Stjórnmal og stjórnsýsla veftímarit (erindi og greinar)

á árangri sams konar þjónustu sem veitt er af öðrum. Það er mannlegt eðli að vænta sem mestra gæða innan takmarka sem efnahagur og þekking setur okkur. Þá má telja það einkenni nútímaheilbrigðisþjónustu að hún sé opin og gagnsæ. Með öðrum orðum, það er til þess ætlast, og er réttur sjúklings, að hann sé upplýstur um ástand sitt og batahorfur. Allar ákvarðanir læknis þurfa að vera endurskoðunarhæfar og rekjanlegar. Sjaldan er nú til dags litið á lækningar sem vettvang tilrauna þar sem áhætta er tekin þótt undantekning geti verið þar á, t.d. ef viðteknar leiðir hafa verið fullreyndar. Á til þess að gera fáum áratugum hefur læknisfræðin því tekið mjög miklum breytingum þar sem tækni, samræming og gagnsæi hafa aukist.

Síðfræði lækninga hefur á undanförunum árum einnig verið sett í uppnám. Læknar og fleiri heilbrigðisstéttir eru almennt trúir þeirri síðfræði sem þeir starfa eftir, þ.e. síðareglum lækna sem byggjast á Hippokratesareidnum. Þar segir að læknir skuli gera allt sem í hans valdi stendur til þess að lækna sjúkling og viðhalda lífi. Breyttar kröfur um ráðstöfun fjármuna og nýjar reglur um réttindi sjúklunga hafa oft gert læknum erfitt um vik að rækja þessa skyldu. Stífar kröfur um aðhald í fjármálum verða til þess að læknar þurfa iðulega að vega og meta líkur á læknisárangri á móti kostnaðinum sem af meðferð leiðir. Þetta er t.d. algengt þegar kemur að vali dýrra lyfja. Eins og áður var nefnt hefur réttur einstaklingsins til þekkingar og þátttöku í eigin meðferð stóraukist. Sjúklingar geta nú aflað sér þekkingar um eigin sjúkdóm og meðferð við honum með allt öðrum hætti en áður var og í raun haft skoðun jafnt á við lækni hvað sé honum fyrir bestu. Dæmi af þessu tagi hrannast upp og skal eitt þeirra rakið hér.

### Sagan af Charlotte Wyatt

Árið 2004 fæddist stúlkubarn í Englandi, Charlotte Wyatt, eftir 26 vikna meðgöngu, og vó þá aðeins um hálf tónkiló. Hún fór aldrei af sjúkrahúsi og bjó við alvarleg öndunar-, hjarta- og heilavandamál. Næring í æð og öndunaraðstoð gerðu það að verkum að barnið hélt lífi. Stúlkan var endurlífuguð þrisvar sinnum en líðan hennar og framtíðarhorfur voru, af læknum, taldar slæmar. Vegna ágreinings foreldra barnsins og lækna þess var leitað til dómstóla um heimild til að hætta frekari meðferð. Dómari féllst á málaleitan lækna en foreldrar barnsins andmæltu og töldu að barnið ætti rétt til þess að lifa. Málið vakti mikla umræðu í Bretlandi um rétt foreldra og ættingja til þess að ákveða læknismeðferð þegar dómari hefur að læknisráði komist að þeirri niðurstöðu að frekari meðferð þjóni ekki hagsmunum einstaklings.

Síðfræði þessa máls varð að opinberu umfjöllunarefni. Greinarhöfundur *Daily Telegraph* skrifaði: „Ég sé mikla hættu felast í afstöðu dómara sem fer í bága við vilja foreldra Charlottu, að leyfa lækni að ákveða dauða hennar. Með réttu eða röngu virðist með því viðurkennt í enskum lögum að lífi sumra sé vert að bjarga en annarra ekki.“ Málsvarar bresku læknasamtakanna sögðu hlutverk lækninga ekki aðeins vera að halda fólki á lífi heldur að bera hagsmuni sjúklingsins fyrir brjosti og í því getur falist að binda enda á líf.

## Stjórnmal og stjórnsýsla veftimarit (erindi og greinar)

Opin umræða í Bretlandi um málið varð til þess að almenningur studdi í vaxandi mæli að bundið yrði í lög hvers sé að ákveða meðferð við lífshættulegum meinum. Til þessa hafa lögin lagt það í hendur lækna að meta hvað sjúklingum er fyrir bestu en þetta kann að breytast verði sett lög um ótvíræðan rétt sjúklinga til þess að ákveða eigin lækni meðferð, þ.m.t. að enda eigið líf. Nokkur Evrópulönd hafa sett lög um rétt sjúklinga til að binda enda á eigið líf, svo sem Holland og Belgía.

### Hverju viljum við kosta til?

Í öllum hinum vestræna heimi tekur heilbrigðisþjónustan til sín vaxandi hlut af þjóðartekjunum. Vöxturinn, þegar yfir lengra tímabil er litið, er meiri en nemur vexti þjóðarframleiðslu eða þjóðartekna. Þetta merkir að hlutfallslega minna verður til skiptanna til annarra verkefna hvort heldur er til opinberra eða einka-nota. Tilteknu jafnvægi er þannig ógnað og viðbrögðin eru margþætt og skulu nokkur nefnd.

Algeng viðbrögð stjórnvalda eru að draga þá einföldu ályktun að illa sé farið með fjármuni. Þetta á einkum við ef hið opinbera ber þungann af heilbrigðisþjónustunni. Stjórnvöld margra landa hafa reynt að hemja útgjaldaaukninguna með samdrætti í fjárframlögum. Þessar aðferðir hafa yfirleitt aðeins skilað tíma-bundnum árangri því ekki hafa fylgt skýr skilaboð um hvaða þjónustu skuli draga saman. Algengast er því að áreksur verði milli þjónustukvæðarinnar og ónógra fjármuna og yfirleitt er ekki hugsað fyrir því hvernig úr slíkum ágreiningi skuli leysa. Oft er ábyrgðinni varpað á heilbrigðisstarfsfólk og stjórnendur heilbrigðisstofnana sem iðulega standa frammi fyrir því að brjóta gegn eigin siðgæðisvitund og stefnu yfirboðara.

Stundum er sagt að heilbrigðisþjónustan sé ósedjandi á fjármuni. Þetta er trúlega rétt en eftir stendur spurningin: Að hvaða marki er starfsemin drifin áfram af eftirspurn eftir meiri og betri þjónustu og að hvaða marki af framboði þjónustu vegna nýrrar þekkingar og færni? Við þessu er ekki til eitt ákveðið svar og örugglega eiga báðir þættir hagfræðinnar hér við, framboð og eftirspurn. Eftirspurnin stýrist af mannfjölda, aldursamsetningu, almennu efnahags- og félagslegu ástandi þjóða, lífsstíl, erfðum og væntingum fólks. Meiri kunnátta um sjúkdóma sem og ný og betri tækni í greiningu og meðferð, svo sem ný lyf, leiða til þess að aukin geta myndar þörf sem lækna og heilbrigðisstarfsmenn leitast við að mæta. Eftirspurn er því að nokkru marki tilbúin. Erfitt er um vik að ákveða jafnvægi framboðs og eftirspurnar enda greinilegt samband milli þessara tveggja hagfræðihug-taka langt frá því að vera einfalt.

Í megindrátum eru tvær leiðir til þess að glíma við vaxandi eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu. Önnur er sú að takmarka með stjórnvaldsákvörðunum hvert framboð þjónustunnar skuli vera. Þetta tekur á sig form takmarkaðra fjármuna, takmörkunar á þjónustu í sérgreinum og aðhalds í mannahaldi og leiðir loks til biðlista eins og ávallt þegar eftirspurn er meiri en framboð. Þessari aðferð var mikið beitt í

## Stjórnmal og stjórnsýsla veftímarit (erindi og greinar)

Evrópu á árunum frá 1980 og fram yfir 1990. Á síðari árum hefur komið betur og betur í ljós að þessi nálgun er hagfræðilega óskynsamleg og út frá stjórnmalum illfær. Þá stríðir það gegn ríkjandi viðhorfi að stjórnvöld ákveði fyrir einstaklinginn hvort hann kaupir heilbrigðisþjónustu eða ekki, sjúklingins er valið. Hitt er það að stjórnvöld geta ákveðið að hið opinbera tryggi eingöngu tiltekna lágmarksþjónustu sem kostuð er af almannafé. Einstaklingsins er að ákveða um framhaldið.

Stjórnvöld margra nálæggra landa hafa því leitað nýrra leiða. Hvatt hefur verið til verðmyndunar og samkeppni innan opinberu heilbrigðisþjónustunnar til þess að ná sem mestri hagræðingu í rekstri. Önnur leið er sú að færa heilbrigðisþjónustuna (að hluta) til einkaaðila til úrlausnar jafnvel þótt hún sé greidd úr sameiginlegum sjóðum að stærstum hluta. Loks má nefna að einstaka land hefur gagnert hvatt til einkasjúkratrygginga til þess að létta fjárhagsbyrðum af hinu opinbera. Fjölmörg tilbrigði eru við þessi úrræði, allt eftir aðstæðum.

Margir eru þeirrar skoðunar að heilbrigðisþjónusta sé í eðli sínu starfsemi sem markaðsöflin ráði ekki við. Markaðsverðmyndun byggist á fullkominni markaðsþekkingu og vel starfandi markaður gildi aðeins ef verðmyndun er raunveruleg. Þessu sé ekki til að dreifa í heilbrigðisþjónustunni. Í sumum löndum hafa stjórnvöld komið á eftirlíkingu markaðar þar sem ekki er leitast við að leiða fram raunverulegt verð, fremur að auka lýðræðislega aðild íbúanna að myndun framboðs og eftirspurnar. Gleggsta dæmið um þetta er endurskilgreining á heilbrigðisþjónustunni í Bretlandi. Önnur rök gegn frjálsri verðmyndun í heilbrigðisþjónustu eru þau að jafnvel þótt markaður væri til staðar, þá skipti efnahagur sjúklinga afgerandi máli frá sjónarhóli jafnréttis til þjónustu. Mismunandi kaupgeta sjúklinga eða almennings sé með öðrum orðum þess valdandi að óviðunandi sé að markaðsöflin ráði ferðinni.

Vel þekkt rök eru að einstaklingurinn/sjúklingurinn þurfi að hafa fjárhagslega hagsmuni af því hvernig heilbrigðisþjónustan er skipulögð. Þó svo að hann sé í veikri stöðu til þess að ákveða verð og meta gæði þjónustunnar sé hann í sterkri stöðu til þess að kaupa tryggingu af þriðja aðila. Einstaklingurinn þarf þá að meta tvennt; réttindin sem tryggingin veitir og útgjöldin sem af henni leiðir. Hann er hér í áþekkri stöðu og þegar hann kaupir hús- eða bíleigandatryggingu. Tryggingafélagið þarf aftur á móti að vera til þess bætt að gera þjónustuinnkaupin fyrir tryggingatakann. Forsenda þess að þetta skili árangri er vitanlega samkeppni milli tryggingafélaga annars vegar og samkeppni milli veitenda heilbrigðisþjónustu hins vegar. Ef samkeppni er ekki til staðar er til lítils unnið.

Mikið af umræðunni um heilsuhagfræði á sér rætur í því hvort opinberir aðilar eða einkaaðilar eru betur færir til þess að mæta eftirspurn sjúklinga eftir þjónustu undir þeim skilmálum sem búið er við, þ.e. takmarkaða fjármuni, hámarkshagkvæmni og síðast en ekki síst einhvers konar jafnræði aðgangs að þjónustu.

### Eru heilbrigðismál félagslegt viðfangsefni eða hagfræðilegt?

Stjórnálaumræðan um heilbrigðismál í flestum vestrænum ríkjum hefur breyst á síðari árum. Vaxandi útgjöld til heilbrigðismála hafa neytt stjórnvöld til þess að



## Stjórnmal og stjórnsýsla veftímarit (erindi og greinar)

forgangsraða fjármunum milli mismunandi þarfa samfélagsins. Oft tengist þetta hagsveiflunni þar sem útgjöld til félagslegrar þjónustu eru ekki undanskilin í viðleitni til þess að jafna efnahagsveiflur. Hitt atriðið, sem skiptir jafnvel meira máli, er að á undanförunum tveimur áratugum hefur því sjónarmiði vaxið ásmegin að draga eigi úr opinberum afskiptum af mörgum þáttum samfélagsins þar á meðal veigamiklum velferðarþáttum. Einkamarkaðurinn og einstaklingurinn eigi fremur að njóta frelsis til þess að velja og hafna en vera þátttakendur í fyrirkomulagi sem hefur sameiginleg markmið og sameiginlega þjónustu að leiðarljósi.

Í Svíþjóð, svo nærtækt dæmi sé tekið, er óumdeilt að efnahagskreppa tíunda áratugarins neyddi stjórnvöld til þess að endurmeta stöðu félagslegrar þjónustu. Það hefur síðan verið hlutskipti ríkisstjórnar jafnaðarmanna, líkt og í Bretlandi, að vinna að breytingum á heilbrigðisþjónustunni. Írland og Holland eru önnur dæmi þar sem breytingar hafa verið gerðar þrátt fyrir traustan grunn félagshyggju og velferðar.

Þegar öllu er á botninn hvolft er það óumdeilanlega hlutverk stjórnvalda að fara með vilja og sjónarmið almennings. Lykilhlutverkið hlýtur að vera að vinna að sæmilegri sátt í sérhverju samfélagi. Í fámennu samfélagi eins og á Íslandi hlýtur að þurfa að yfirvega vandlega hvaða tilhögun sýnist heppilegust fyrir framtíð heilbrigðisþjónustunnar með tilliti til gæða, kostnaðar og vilja íbúanna. Þetta þarf að gera í ljósi þeirrar staðreyndar að okkur hefur að flestu leyti farnast vel við uppbyggingu samfélagsins og ekki er ástæða til að ætla að svo geti ekki verið áfram.

Alþjóðlegar athuganir skipa Íslandi í hóp fremstu ríkja fyrir efnahagslega vel-sæld, að vera eftirsótt til atvinnurekstrar og vegna félagslegra framfara. Jafnrétti meðal fólks, hátt menntunarstig og lítil spilling er einnig viðurkennt og lífshættir og heilbrigði metið í langlífi og almennu heilsufari sem er með því besta sem þekkest. Óhætt er að fullyrða að heilbrigðisþjónusta landsmanna á sinn þátt í því að svo vel hefur tekist til. Það gerir allar breytingar á starfseminni enn vandasamri en ella. Ný löggjöf um heilbrigðismál var tímabær og henni ber að fagna enda eykur hún möguleika okkar á breytingum í framfaraátt.

