

Heilsan er fyrir öllu..... en hvað má hún kosta?

Daglega stöndum við frammi fyrir spurningum um heilbrigðismál. Ættingjar eða við sjálf verðum fyrir kvillum eða alvarlegum veikindum. Heilbrigðisstofnanir glíma við ónóga aðstöðu og fjárskort og starfsmenn þeirra telja að störf þeirra og árangur í starfi sé ekki nægjanlega metið að verðleikum og virðingu. Þetta er daglegt brauð því fréttir sem varða heilbrigðismál dynja á okkur með einum eða öðrum hætti. Og ekki að undra, því líf og heilsu metum við hvað mest þess sem við getum kallað gildi lífs og tilveru.

Stundum er sagt að umfjöllun um heilbrigðismál sé svo flókin að hún sé einungis á færi sérfræðinga. Þetta er alrangt. 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. Fullt eins vel má ásaka þá sem gerst þekkja málefnið fyrir að hafa ekki staðið sig betur í að setja viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar fram með þeim hætti að almenningur skilji samhengi þeirra og kjarna. Sérfræðingar í tilteknum sjúkdómi og lækningu hans, standa öðrum frammar á því afmarkaða sviði, til þess eru þeir menntaðir en þar með er ekki sagt að þeir séu á nokkurn hátt færari en aðrir að meta gildi heilbrigðis og heilbrigðisþjónustu. Á sömu nótum má segja að stjórnámálamenn séu hvorki hæfari né óhæfari til þess að gefa ráð um hvert skal halda en þeir hafa valist til ábyrgðar í sameiginlegum hagsmunamálum þjóða. Þeirra ábyrgð 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 getur verið gagnlegt að hugleiða eðli heilbrigðismála frá víðum sjónarhól og hvernig þau snerta margar greinar samfélagsins. Þetta er ekkert sérstakt fyrir heilbrigðismálin því félagsvísindi og raunar ýmsar greinar raunvísinda, eru hluti af og sameiginlega mynda mannlegt samfélag. Um mannlegt samfélag verður ekki fjallað eða það skýrt í vatnsþéttum hólfum það er þröngsýni að halda. Samfélagið er samofið þar sem ein grein þess styður aðra og saman mynda þær stofn þess.

Heilbrigðismálin eru skýrt dæmi um þetta því þau eru félagslegt málefni eins og best getur orðið en einnig stórkostlegt viðfangsefni raunvísinda. Félagsfræðin, siðfræðin, hagfræðin og stjórnmálafræðin geta hver um sig gert tilkall til umfjöllunar um heilbrigðismál og að eitt sé mikilvægara í því samhengi en annað. Samsvarandi gildir um læknisfræði, hjúkrunarfræði, líffræði og tæknigreinar. Í sjálfu sér er skammsýni að telja fjármál heilbrigðisþjónustunnar mikilvægari heldur en þá siðfræði sem starfsemin

byggist á svo eitt dæmi sé nefnt. Þá væri yfirsjón að meta ekki það gildi sem heilbrigði og heilbrigisþjónusta hefur fyrir samheldni samfélaga og þjóða. Víkjum nú að nokkrum þessara þátta eilítið frekar.

Víkjum fyrst að nokkrum félagsfræðilegum þáttum sem varða 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 jöfnuðar. Undir þetta taka reyndar margir Bandaríkjamenn og telja þetta ljóð á samfélaginu. Málið á sér þó félagslegar skýringar sem ber að virða. Einstaklingshyggjan eða frelsi einstaklingsins til þess að velja og ráða eigin hag, er afar sterk og er eitt af grunnildum samfélagsins. Stjórnarskrá landsins og öll lagasetning stendur sterklega vörð um þetta gildi. Ítrekað vegast því félagslegar og siðfræðilegar kvaðir á við grundvallarsjónarmið frelsis og þess viðhorfs að “hver er sinnar gæfu smiður”. Hinu má alls ekki gleyma að félagslegt starf er þrátt fyrir þetta mikið í landinu en byggt upp og starfar án afskipta hins opinbera enda litið svo á að því minni opinber afskipti þeim mun betra fyrir einstaklinginn og heildina. Hugtakið um félagslegt starf er því allt öðru vísi skilgreint í Bandaríkjunum heldur en í flestum Evrópulöndum. Þar er víða bundið í stjórnarskrá eða að minnsta kosti í almennri löggjöf, að hið opinbera skuli tryggja þegnum tiltekna þjónustu annað hvort af ríkisvaldinu beint eða óbeint með ábyrgð þess. Í heilbrigðislöggjöfinni á Íslandi segir að landsmenn skuli “eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tök á að veita...” (sbr. frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu). Oftast er litið til ríkisvaldsins eða lægra settra opinberra aðila til þess að tryggja framgang félagslegra gilda sem varða almannaheill. Gagngert er ætlast til að hið opinbera eigi aðild að málum, þ.e. samfélagsleg ábyrgð, öfugt við það sem gerist í Bandaríkjunum.

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 stórauðist og tekur einnig til vinnumarkaðarins, þar sem stór hluti Evrópu er nú eitt samfelldt atvinnusvæði. Þá hefur þetta einnig gerst í félagslegum þáttum samfélagsins s.s. 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 þó í mjög mismunandi mæli sé og stjórnvöld einstakra landa hafa þurft að ákveða hvernig hið opinbera á að aðlagast sig breyttum aðstæðum og kröfum borgaranna.

En það er önnur hlið á einstaklingsfrelsinu sem rétt er að skoða. Öll 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. Hver þessi sameiginlegu gildi eru, 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 öll ríki heims eða hluti þeirra

sameinist um sameiginleg gildi. Hér má nefna sem dæmi mannréttindi hvers konar og umhverfismál. Þannig er talið að heildinni farnist best.

Í eðli sínu eru rökin hin sömu þegar við skoðum gildi þess í einstökum löndum að sameinast um ákveðin málefni og lífsskoðanir. Um miðja síðustu öld ríkti það viðhorf mjög 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 efldi samheldni þjóða. Verkalýðshreyfingar og samtök atvinnurekenda, í samvinnu við ríkisvaldið, stóðu iðulega fyrir félagslegri uppbyggingu m.a. í heilbrigðismálum því það efldi vitund og samstöðu þjóðar. Og enn er full ástæða til þess að spyrja þeirrar grundvallarspurningar; hvort og hvaða gildi starfsemi á félagslegum grunni hefur fyrir stöðu og viðhald samfélaga?

Víkjum fáum orðum að siðfræðilegu og læknisfræðilegu sjónarmiði heilbrigðisþjónustunnar. Allt þar til fyrir hálfri öld eða svo hafði heilbrigðisstarfsemi allt aðra merkingu en hún gerir í dag. Spítalar á miðöldum voru líknandi stofnanir fremur en lækandi 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 efst 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 minnimáttar sé sameiginlegt viðfangsefni, breytist staða einstaklingsins þannig að hann á tilkall og varinn rétt til þjónustu vegna eigin framlags til hins sameiginlega verkefnis. Ríkisvaldið hefur síðan með margvíslegum hætti styrkt þennan rétt einstaklingsins í lögum og með reglum þar um. Mjög 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. Siðferðisvitund einstaklinga og hópa er stundum ofgert vegna þessarar árekstra.

Hver er krafa nútímans til heilbrigðisþjónustunnar? Ef til vill mætti segja að við viljum að eftirfarandi einkenni sé aðalsmerki góðrar heilbrigðisþjónustu. Hún þarf að vera samfelld þannig að einstaklingurinn njóti þjónustu frá vöggu til grafar ef svo má segja. Með öðrum orðum hann þarf að fá 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 tök á, en að öðrum kosti er honum leiðbeint áfram í heilbrigðiskerfinu, til sérfræðilækna, á sjúkrahús eða annað þangað sem nauðsyn er talin bera til, krankleika hans til bóta. Þá er forsenda árangursríkra lækninga í dag að hlutaðeignadi 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 hátækni er snar þáttur í nútíma lækningum. En það er fleira sem segja má að sé krafa eða einkenni góðrar 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 á árangri samskonar þjónustu sem veitt er af öðrum eða undir öðrum forsendum. En það er mannlegt eðli að vænta sem mestra gæða innan þeirra takmarka sem þættir eins og efnahagur og þekking setur okkur. Þá má telja það einkenni nútíma heilbrigðisþjónustu að hún sé opin og gegnsæ. Með öðrum orðum, það er til þess ætlast, og réttur sjúklings, að hann sé upplýstur um ástand sitt og batahorfur. Allar ákvarðanir læknis þurfa að vera endurskoðunarhæfar og rekjanlegar. Ógjarnan er nú til dags litið á lækningar sem vettvang tilrauna þar sem áhætta er tekin nema aðstæður séu þannig að t.d. viðteknar leiðir hafi verið fullreyndar. Á til þess að gera fáum áratugum hefur læknisfræðin því tekið mjög miklum breytingum þar sem tækni, samræmingu og gegnsæi hefur vaxið fiskur um hrygg og um leið vikið einstaklingsviðhorfum til lækninga til hliðar.

Ethic eða siðfræði lækninga hefur einnig verið sett í uppnám og komið til endurskoðunar. Læknar og fleiri heilbrigðisstéttir eru almennt trúir þeirri siðfræði sem þeir starfa eftir þ.e. siðareglum lækna sem byggjast á Hypokratesareidnum. 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. Stíf fjárhagskrafa verður til þess að læknar þurfa iðulega að vega og meta líkur á læknisárangri móti þeim kostnaði sem af meðferð leiðir. Þetta er mjög algengt t.d. þegar kemur að vali dýrra lyfja. Eins og áður hefur verið sagt hefur réttur einstaklingsins til þekkingar og þátttöku í eigin meðferð stórauðist. 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.

Árið 2004 fæddist stúlkubarn í Englandi, Carlotta Wyatt, 26 vikum fyrir tímann og vó þá aðeins um hálft kíló. Hún fór aldrei af sjúkrahúsi og býr við alvarleg öndunar-, hjarta- og heilavandamál. Næring í æð og öndunaraðstoð gerir það að verkum að barnið heldur lífi. Stúlkan var endurlífuguð þrisvar sinnum en líðan hennar og framtíðarhorfur eru, af læknum, talin langt frá því að vera góðar. Vegna ágreinings foreldra barnsins og lækna þess var leitað til dómstóla um heimild til að frekari meðferð yrði hætt. 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.

Siðfræði þessa máls varð að opinberu umfjöllunarefni. Greinarhöfundurinn Tom Utley skrifaði í Daily Telegraph: “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 er vert að bjarga en annarra ekki”. Málsvarar bresku læknasamtakanna hafa sagt að hlutverk lækninga sé ekki aðeins að halda fólki á lífi heldur að vinna fyrir hagsmuni sjúklingsins og í því getur falist að binda enda á líf. Leiðbeiningar læknasamtakanna (General Medical

Council guidelines) segja að vökva- og næringargjöf megi hætta ef lækna telja ávinning þess minni heldur en ávinning þess að halda áfram meðferð.

Opin umræða í Bretlandi um málið hefur orðið til þess að almenningur er þess fylgjandi að það verði bundið 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 eigin líf. Nokkur Evrópulönd hafa sett lög um rétt sjúklinga til að binda enda á eigin líf, s.s. Holland og Belgía.

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

Algeng viðbrögð stjórnvalda eru þau að draga þá einföldu ályktun að illa sé farið með fjármuni. Þetta á einkum við ef hið opinbera ber þungan af heilbrigðisþjónustunni. Iðulega er þetta byggt á tilfinningu fremur en athugunum. Óháð því hafa stjórnvöld margra landa reynt að hemja útgjaldaaukninguna með samdrætti í fjárframlögum. Þessar aðferðir hafa yfirleitt aðeins skilað tímabundnum árangri því ekki hafa fylgt skýr skilaboð um hvaða þjónustu skuli draga saman. Algengast er því að árekstur verði milli þjónustukvaðarinnar og ónógra fjármuna og yfirleitt er ekki hugsað fyrir 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 eða vilja og stefnu yfirboðara.

Það er stundum sagt að heilbrigðisþjónustan sé óseðjandi á fjármuni. Þetta er trúlega rétt en eftir stendur spurningin; að hvaða marki starfsemin er drifin áfram af eftirspurn og að hvaða marki af framboði? Við þessu er ekki til eitt ákveðið svar og örugglega eiga báðir þættir hagfræðinnar hér við, framboð og eftirspurn. Eftirspurnin stýrist af mannfjölda, aldurssamsetningu, almennu efnahags- og félagslegu ástandi þjóða, lífsstíl, erfðum og fleiru og fleiru. Meiri kunnátta um sjúkdóma, ný og betri tækni í greiningu og meðferð svo sem ný lyf leiðir til þess að framboðið myndar þörf sem lækna og heilbrigðisstarfsmenn leitast við að mæta. Því má einnig bæta við að stundum eru óraunhæfar væntingar um að hægt sé að ráða bót flestra meina studdar eða jafnvel vaktar af heilbrigðisstarfsfólki. Oft er um að ræða lækna sem dansa á línu þess að beita gagngreyndum aðferðum til lækninga annars vegar og tilraunum hins vegar sem fremur ætti að flokka sem vonlítil örþrifaráð en vísindi. Slíkar tilraunir kosta iðulega ómælt fé, sem við aðstæður takmarkaðra gæða hlýtur fyrr en síðar að bitna á möguleikum til meðferðar eða umönnunar annarra sjúklinga. Eftirspurn er því að nokkru marki tilbúin. Jafnvægi framboðs og eftirspurnar er því mjög erfitt að ákveða enda greinilegt samband milli þessarar tveggja hagfræðihugtaka langt frá því að vera einfalt.

Í megindráttum 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, aðhalds í mannahaldi sem birtist loks í biðlistum eins og ávallt þegar eftirspurn er meiri en framboð. Þessari aðferð var mjög mikið beitt í Evrópu á árunum 1980 og fram yfir 1990. Á síðari árum hefur komið betur og betur í ljós að þessi nálgun er hagfræðilega óskynsamleg og út frá stjórnmálum illfær. Þess í stað hefur tvennt einkum gerst: Annars vegar er hvatt til verðmyndunar og samkeppni innan opinberu heilbrigðisþjónustunnar og hins vegar að færa þjónustuna að hluta til einkaaðila til úrlausnar.

Í fyrra tilvikinu er því haldið fram að heilbrigðisþjónusta sé í eðli sínu starfsemi sem markaðsöflin geti ekki leyst með viðunandi hætti. Verðmyndun byggir á ófullkominni markaðsþekkingu og vel starfandi markaður gildir aðeins ef verðmyndun er raunveruleg. Jafnvel enn sterkari rök eru þó þau að verðmyndun setur þegnana í mismunandi stöðu kaupenda því efnahagur skiptir ekki aðeins máli, heldur er afgerandi um hvort sjónarmiðum jafnræðis til þjónustu er viðhaldið. En ekki eru öll sund lokuð. Í sumum löndum hafa stjórnvöld beitt sér fyrir því að komið er á eftirlíkingu markaðar sem hefur ekki sem megintakmark að leiða fram raunverulegt verð byggt á framboði og eftirspurn, heldur að auka lýðræðislega aðild íbúanna að myndun framboðs og eftirspurnar. Gleggsta dæmið um þetta er endurskilgreining á heilbrigðisþjónustunni í Bretlandi. Þar eins og annars staðar hefur einkarekstrarhugsunin verið innleidd með ýmsum hætti s.s. með úthýsingu, launahvatningu, árangursmælingum og fleiru. Engu að síður er aðild ríkisins að þjónustu-uppbyggingunni sterk.

Síðari brautin sem farin er byggir á þeim rökum að einstaklingurinn/sjúklingurinn þurfi að hafa fjárhagslega hagsmuni af því hvernig þjónustan er skipulögð. Þó svo hann sé í veikri stöðu til þess að ákveða verð og gæði á þjónustu þá er hann í sterkri stöðu til þess að kaupa tryggingu af þriðja aðila. Einstaklingurinn þarf þá að meta tvennt; réttindi tryggingarinnar og útgjöldin sem af henni leiða. Hann er hér í áþekkri stöðu og þegar hann kaupir hús- eða bíleigandatryggingu. Tryggingafélagið þarf aftur á móti að vera til þess bært að gera þjónustuinnkaupin fyrir tryggingatakann. Forsenda þess að þetta skili árangri er vitanlega að það sé samkeppni milli tryggingafélaga og að það sé samkeppni milli veitenda heilbrigðisþjónustu. Ef það er ekki til staðar er til lítills unnið.

Kaupandann, þ.e. sjúklinginn, skortir oft þekkingu til að meta hvort þjónustu sé yfirleitt þörf. Í kerfi þar sem veitandi þjónustunnar hefur beinan hag af því að veita meiri þjónustu en minni er mikið á heiðarleika mannsins lagt að ætla honum ekki að vega eigin fjárhagslegan hag nokkurs í þessum viðskiptum, einkum þegar þriðji aðili greiðir reikninginn. Öflugt, og þar með kostnaðarsamt, eftirlit þarf því að vera til staðar.

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 fjármunir og hámarks hagkvæmni

og síðast en ekki síst, einhvers konar jafnræði aðgangs að þjónustu. Síðar verður vikið frekar að þessum viðhorfum ekki síst hvort og hvernig sjónarmið verða helst tryggð þannig að bæði opinber heilbrigðisþjónusta og einkastarfsemi geti starfað hlið við hlið, hvort heldur tekur til að veita þjónustu eða fjárhagslega tryggingu gegn kostnaði vegna hennar.

Stjórn málaumræðan um heilbrigðismál í flestum vestrænum ríkjum hefur breyst á síðari árum. Hér kemur einkum tvennt til. Annað er það að vaxandi útgjöld til heilbrigðismála hefur leitt af sér að stjórnvöld hafa neyðst til þess að forgangsraða fjármunum milli hinna mismunandi þarfa samfélagsins. Á vissum tímum hafa opinber afskipti af atvinnulífinu risið hærra og á öðrum tímum félagsleg þjónusta hvers konar. Oftast tengist þetta hagsveiflunni þar sem útgjöld til félagslegrar þjónustu eru ekki undanskilin í viðleitni til þess að jafna sveiflur. Hitt atriðið, sem skiptir jafnvel meiru, er að á undanförunum tveim áratugum hefur því sjónarmiði vaxið ásmegin að draga eigi úr opinberum afskiptum af mörgum þáttum samfélagsins þ. á m. veigamiklum velferðarþáttum. Einkamarkaðurinn og einstaklingurinn eigi fremur að njóta frelsis til athafa fremur en vera þátttakendur í fyrirkomulagi sem hefur sameiginleg markmið og 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 í þá átt sem að ofan er lýst. Þá má nefna Írland sem annað dæmi þar sem breytingar hafa verið gerðar þrátt fyrir traustan grunn félagsshyggju og velferðar.

Þegar öllu er á botninn hvolft er það óumdeilanlega hlutverk stjórnvalda að taka til vilja og sjónarmiða almennings og láta það koma fram í athöfnum þeirra sem hafa verið valdir til að fara með hið sameiginlega forræði. Lykilhlutverkið hlýtur að vera og á að vera það 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 farnast að flestu leyti 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 velsæld, að vera hagstætt til atvinnurekstrar og vegna félagslegra framfara. Jafnrétti meðal fólks, hátt menntunarstig og lítil spilling er einnig viðurkennt. Lífshættir og heilbrigði metið í langlífi og almennu heilsufari er einnig með því besta sem þekkist. Óhætt er að fullyrða að heilbrigðisþjónusta landsmanna á sinn þátt í því að svo vel hefur tekist. Það gerir allar breytingar á starfseminni enn vandasamri en ella.