

Kunnianosoitus Victor Fuchsin klassikolle ”Who Shall Live?”

Amerikkalainen terveystaloustieteen pioneeri Victor Fuchs kuoli viime vuoden syyskuussa 99 vuoden iässä. Hän on erityisesti tunnettu kirjastaan ”Who Shall Live?”, jonka kolmas painos – yhdessä Karen Egglestonin kanssa – oli juuri mennyt painoon ilmestyäkseen 50 vuotta ensimmäisen painoksen julkaisun jälkeen. Victor Fuchs oli monella tapaa tuottelias ja aikaansaava persoona niin terveystaloustieteen tutkimuksen saralla kuin amerikkalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen puolestapuhujana. Esimerkkinä kannattaa mainita hänen roolinsa terveystaloustieteen suuntaa keskeisesti määritelleen Kenneth Arrowin vuoden 1963 artikkelin ”Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care” taustalla: Victor Fuchs oli se henkilö, joka pyysi Arrowia kirjoittamaan kyseisen artikkelin sekä mahdollisti sen kirjoittamisen taloudellisesti.

Jos Kenneth Arrowin vuoden 1963 artikkeli pidetään keskeisenä suunnannäyttäjänä terveystaloustieteen tutkimukselle, niin on helppo yhtyä 3. painoksen takakannessa olevaan Angus Deatonin arvioon siitä, että Fuchsin ”Who Shall Live?” on kaikkein tärkein terveystaloustieteen koskaan kirjoitettu kirja. Niin vuoden 1998 laajennetun, vuoden 2011 toisen kuin juuri ilmestyneen kolmannen painoksen rakenne noudattaa samaa kaavaa: aluksi on alkuperäinen teksti vuodelta 1975 (toki sukupuolineutraaliin kirjoitusasuun muokattuna) ja sitä seuraa alkuperäisen kirjan rakennetta tukevia Fuchsin (ja kolmannessa painoksessa Karen Egglestonin) jo kertaalleen muualla julkaistuja, mutta ajankohdittaisia artikkeleita.

3. painoksen perusta ja keskeinen sisältö on kirjoitettu 50 vuotta sitten ja on ollut muuttumaton siitä lähtien. Miksi siis lukisin uuden painoksen? Perustelu koostuu kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin alkuperäinen kirja on klassikko sanan parhaassa merkityksessä. Toiseksi alkuperäisen kirjan lukuja täydennetään ajankohtaisilla artikkeleilla ja lopuksi luodaan katsaus amerikkalaisen terveydenhuollon kehitykseen viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Halusipa painottaa kumpaa tahansa osaa kirjasta, Victor Fuchzilla on kyky kuvata tarkastelemansa ilmiöt selkeään intuitiivisesti lähtien peruskysymyksistä sekä tuoda esiin ne rajoitteet, joiden puitteissa näihin kysymyksiin on annettavissa vastauksia.

Fuchsin kirjan lähtökohta on tarkastella terveyteen vaikuttavia sosioekonomisten tekijöitä, kuten tulot, koulutus ja elintavat sekä suhteuttaa lääketieteellisen hoidon keskeisten tekijöiden – lääkärin, sairaalan ja lääkkeiden vaikutusta terveyteen, s.o. elämän pituuteen ja sen laatuun. Kariikoiden esitettyä lääketieteellisen hoidon merkitys on ollut historiallisesti ja vielä 1970-luvulla kohtuullisen vähäinen terveyteen mitattiinpa sitä elinajalla tai sairastuvuudella, mutta näiden tekijöiden seuraukset terveydenhuollon kustannuksiin on merkittäviä.

Lienee siis loogista tuoda aluksi julki ne taloustieteen lähtökohdat, joista voisi olla hyötyä tarkasteltaessa terveydenhuoltoa. Ne perustuvat kolmeen havaintoon: (1) suhteessa ihmisten tarpeisiin resurssit ovat niukkoja; (2) resursseilla on vaihtoehtoisia käyttökohteita; ja (3) ihmisillä on toisistaan poikkeavia mieltymyksiä, ja siksi ihmisten välillä vallitsee merkittäviä eroja eri resurssien käyttökohteiden suhteellisesta tärkeydestä. Siten Fuchs asettaa taloustieteen perusongelmaksi kysymyksen, kuinka kohdentaa niukat resurssit siten, että niillä parhaiten tyydytetään ihmisten tarpeita. Fuchs ilmaisee osuvasti tähän kysymykseen liittyviä sudenkuoppia kahdella ilmauksella: romanttinen ja monotekninen. Romanttinen näkemys ei kykene näkemään resurssien niukkuutta suhteessa tarpeisiin ja monoteknisen lähestymistavan ongelma on kyvyttömyys tunnistaa valittujen prioriteettien suhde vaihtoehtoihin kilpaileviin tarpeisiin tai niiden tyydyttämiseen.

Näistä lähtökohdista Fuchs nimeää amerikkalaisen terveydenhuollon keskeisiksi ongelmiksi korkeat ja nopeasti kasvavat kustannukset, epä-

tasa-arvo ja hoitoon pääsyn vaikeudet, sekä suuret terveyserot USA:n sisällä että suhteessa muihin maihin. Nämä ongelmat ovat edelleen hyvin ajankohtaisia myös Amerikan ulkopuolella. Niiden analysointi ja niihin liittyvät valintakysymykset – ja valintojahan meidän on tehtävä – ohjaavat kirjan etenemistä sekä alkuperäisen tekstin että 3. painokseen lisättyjen artikkelien osalta.

Alkuperäisen kirjan rakenne on seuraava. Luvussa 1 esitellään ongelmat, niiden pohjalta jo aiemmin esitettyjä lääketieteellisen hoidon reformiehdotuksia sekä valintoja, joita on pakko tehdä. Tällaisia ovat mm. terveys vai muut päämäärät; lääketieteelliset vai muut terveyteen vaikuttavat toimenpiteet, kuinka paljon painoa tasa-arvolle, nyt vai tulevaisuudessa, miten painottaa yksilön omaa ja yhteiskunnan vastuuta? Toisessa luvussa tarkastellaan kirjan otsikon kysymystä – kuka saa elää – eli mitkä tekijät selettävät pitkää elinikää. Historiallisesti elinajanodote on ollut vahvasti sidoksissa kunkin maan väestöön suhteutettuun tulotasoon, mutta tämä kytkös on lähes tyystin kadonnut. Fuchs tarkastelee hengissä säilymisen haasteita eri ikäryhmässä, erityisesti ensimmäisen elinvuoden aikana sekä pitkän iän ja eri sosioekonomisten tekijöiden välistä vuorovaikutusta. Fuchs vahva tulkinta on, että hoidon laadun vaikutus ei ole lopulta kovin merkittävä terveyden näkökulmasta. Toki lääketieteellisillä innovaatioilla on huomattava merkitys.

Luvussa 3 tarkastellaan keskeisen toimijan lääkärin ”joukkueen kapteenin” roolia ja erityisesti lääkärin roolia hoidon kustannusten määrittämisessä. Tältäkin osin juuri mikään ei ole muuttunut 50 vuodessa. Edelleen lääkärit tienavat hyvin verrattuina moniin muihin vastaavan tason koulutuksen saaneihin ryhmiin, mutta terveydenhuollon kustannusten näkökulmasta lääkäreiden korkeat palkat eivät ole se keskeinen huoli, vaan se, että lääkärit päätöksillään vaikuttavat merkittävästi terveydenhuollon kustannuksiin. Osin tähän liittyy niin lääkäreiden palkkausjärjestelmän luomat kannustimet (toimenpidepalkkiojärjestelmä) kuin koulutuksen synnyttämät ammatilliset käytännöt ja ”teknologinen imperatiivi”. Edelleen Fuchs nostaa lääkärin roolin hoivan eikä pelkästään hoidon tuottajana. Terveydenhuollossa hoivan merkitys on monessa mielessä keskeinen, mutta kuinka hy-

vin lääkäreiden koulutuksessa huomioidaan perushoivan tarpeet. Fuchs kriittiset havainnot kohdistuvat siihen, että lääkäreiden koulutus tapahtuu vahvasti sairaalaympäristössä, jolloin lääkärin valmiudet perushoiva- ja hoitotyöhön tai käsitys niiden sisällöstä voi olla rajoittunut.

Luvussa 4 siirrytään tarkastelemaan USA:n sairaalajärjestelmää, jonka keskeinen haaste on korkeat kustannukset. Kustannusten osalta Fuchs tarkastelee sairaaloita sekä puhtaasti kustannuslaskennan (menot = sisäänotto x hoidon pituus x kustannukset per hoitopäivä) että potilaiden, lääkäreiden ja muiden kustannuksista päättävien tahojen käyttäytymisen näkökulmasta. Käyttäytymisvaikutuksista nostetaan esiin sairaaloiden kulujen syntyyn ja niiden korvauspolitiikkoihin liittyvät kannustimet sekä kilpailun ja sääntelyn rooli.

Luku 5 tarkastelee lääkkeitä. Lienee niin, että vielä 1970-luvun puolivälissä lääkkeiden kehitys ja hinnoittelu eivät olleet nykyisen kaltaisen huomion kohteena. USA:ssa toki säätelykysymykset olivat tuolloin Talidomidiepisodin kovin vahvasti pinnalla. Fuchs pohdinnat etenevät markkinarakenteen luonteesta tuotedifferentiaation, lääkkeiden tukkumyynnin kautta aina lääkekustannusten hillinnän problematiikkaan, vaikka se ”ei niin suuri yhteiskuntapoliittinen ongelma” tuolloin ollutkaan. Hinnoittelun osalta Fuchsilla on selkeä politiikkasuositus, jossa kiinnitetään huomioita sekä lääkäreiden koulutukseen että lääkäreiden osalta kustannustenhillinnän kannustimiin.

Luku 6 lienee taloustieteen näkökulmasta erityisen mielenkiintoinen tarkastellessaan terveydenhuollon maksajaa. Fuchs lähtee siitä, että viimekädessä kansalaiset maksavat terveydenhuollon maksujärjestelmästä riippumatta, mutta maksujärjestelmällä on merkittävä vaikutus hintalapun suuruuteen. Maksujärjestelmää tarkasteltaessa on kiinnitettävä huomiota sekä siihen, kuinka ihmiset maksavat hoidosta että kuinka hoidon tuottajille maksetaan. Maksujärjestelmän kuvailun lisäksi Fuchs nostaa keskusteluun kansallisen terveystakuun, jollaista USA:ssa ei ole. Kansallisen terveystakuun osalta Fuchs käsittelee peruskysymykset kenelle, mitä ja kuinka, joista viimeinen jakaantuu kolmeen alakysymykseen, kuinka rahoitetaan, kuinka hallinnoidaan ja kuinka, jos tarpeen, rahoitustapaa hyödynnetään palveluiden tarjonnan ja organisoimisen muokkaamisessa.

Alkuperäinen kirja huipentuu viimeiseen lukuun otsikolla ”terveys ja yhteiskunnan valinta”. Siinä Victor Fuchs esittää kootusti USA:n terveydenhuoltoon kohdistuvan seitsemän kohdan politiikkasuositusten listan. Sitä ennen hän kuitenkin pohtii taloustieteen mahdollisuuksia ohjata terveystaloustieteen ratkaisuja, sen rajoitteita niin teoreettisen kuin empiirisen tietämyksen osalta, mutta ennen kaikkea ja viime kädessä siitä vakaumuksesta, että taloustieteellä ei ole välineitä tai edellytyksiä tehdä eettisiä arvovalintoja. Kutenkin Fuchsin mukaan kaikkien keskeisten terveyteen liittyvien haasteiden tai ongelmien taustalla ovat arvovalinnat: ”Millaisia ihmisiä me olemme? Millaista elämää haluamme elää? Millaisen yhteiskunnan haluamme rakentaa lapsillemme ja lastenlapsillemme? Kuinka paljon haluamme antaa painoa yksilön vapauksille? Kuinka paljon tasa-arvolle? Kuinka paljon edistyksele? Kuinka paljon hengen valtakunnalle? Kuinka tärkeää on oma terveytemme? Kuinka tärkeää on meille meidän naapureiden terveys?” Yhdessä terveystaloustieteen kirkastamien reunaehtojen vastauksemme eo. kysymyksiin määrittivät harjoitettua terveystaloustietettä niin 1970-luvun USA:ssa kuin 2020-luvun Suomessa. Tässä mielessä Fuchsin kirjassaan esittämä analyysi, vaihtoehtojen pohdinta ja julkituomiinsa arvoihinsa perustuvat politiikkasuositukset muodostavat ajattoman kokonaisuuden, klassikon, johon kannattaa palata vielä 50 vuoden jälkeenkin.

Tässä vaiheessa herää luonnollisesti kysymys, mitä lisäarvoa 3. painoksen laajennukset antavat Fuchsin alkuperäiseen kirjaan verrattuna? Asiaa voi lähestyä esimerkiksi kolmesta näkökulmasta. Ensinnäkin toimisiko laajennusosa omana itsenäisenä terveystaloustieteen esityksenä? Toiseksi mitkä yksittäiset teemat ovat uusimmassa painoksessa nousseet pinnalle? Kolmanneksi miten Victor Fuchs suositukset ovat kehittyneet tai muuntuneet tuona aikana? Näiden kysymysten kannalta myös kahden aikaisemman painoksen laajennusosiin valittujen artikkeleiden huomioiminen antaa oman merkittävän lisänsä.

Mitä tulee ensimmäiseen näkökulmaan laajennusten toimimisesta itsenäisenä kokonaisuutena, niin vastaus on myönteinen. Fuchs ja Eggleston ovat rakentaneet 3. painoksen laajennusosan artikkelikokoelman tiukasti alkuperäisen esityksen rakennetta noudattaen. Luonnollisesti, koska laajennuksen ensimmäinen osa

koostuu alun perin eri julkaisufoorumeille ja niiden lukijakunnalle tarkoitetuista artikkeleista, laajennusosa ei omaa samalla lailla hiottua yhtenäistä esitystapaa. Joka tapauksessa Fuchsin yksin ja yhdessä muiden kirjoittajien kanssa kirjoittamista artikkeleista huokuu tarkasteltavan ilmiön syvä ymmärrys ja hallinta varsinkin silloin, kun tarkoitus on esitellä talous- tai terveystaloustieteen ulkopuoliselle yleisölle terveystaloustieteen näkökantoja terveydenhuollon kysymyksiin.

Kolme ensimmäisestä neljästä artikkelista ovat tässä suhteessa taattua Victor Fuchsia. Nämä artikkelit esittelevät ja soveltavat taloustieteen peruskäsitteiden hyödyntämistä terveydenhuollon kysymysten analyysissä, terveydenhuollon kustannusten rajua kasvua USA:ssa ja kasvun syitä, sekä sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyteen. Näille ja itse asiassa muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta laajennetun osan artikkeleille on yhteistä, että ne ovat julkaistu merkittävässä lääketieteellisissä julkaisuissa. Kolmas artikkeli on kirjoitettu taloustieteelliselle lukijakunnalle ja siinä tarkastellaan alkuperäisen kirjan nostamaan elinajan pitenemisen viime vuosikymmenien erityispiirrettä: elinajan lisäys on lähes yksinomaan tapahtunut vanhimmissa ikäluokissa. Taloustieteen näkökulmasta mielenkiintoinen kysymys onkin, miten tämä vanhuusiän pidentyminen vertautuu työurien pituuksien kehitykseen. Tällöin ei varsinaisesti ole kysymys pelkästään terveydenhuollon menoista, vaan koko vanhuusiän menojen rahoittamisesta. Tämä on hyvä täydennys, sillä edellisessä artikkelissa terveydenhuollon menokehitystä tarkasteltaessa tarkastelun keskiössä oli lääketieteen ja terveysteknologian kustannuskehitys. Kustannusten kohdentumisen näkökulmasta Fuchs esittää mielenkiintoisen rakenteellisen peukalosäännön: suhde 3:2:1 on kohtuullisen hyvä kuvaamaan rahamääräisten menojen kohdentumista sairauksien, lääkkeiden ja lääkäreiden kesken.

Kaksi lääkärin rooliin keskittyvää artikkelia tarkastelevat lääkärikoulutuksen haasteita sekä haasteellista kysymystä siitä, miten määrittäällä lääkäri ammattia harjoitettaessa asianmukainen tai riittävä hoito. Varsinkin Amerikassa lääkärin vastuuseen asianmukaisen hoidon sisällyttäminen liittyy oikeudellinen riski. Fuchs kuitenkin keskittyy lääketieteen kehityksen ja maksajan eli vakuutusyhtiön (kolmannen osapuolen) rooliin.

Karen Egglestonin yksin kirjoittama artikkeli tarkastelee innovoinnin ja niukkuuden välistä suhdetta terveydenhuollossa hieman eksoottisesti unkarilaisen taloustieteilijän Janos Kornain viitoittamassa kapitalistisen ja sosialistisen talousjärjestelmän vertailukehikossa. Vaikka kysymys innovaation ja niukkuuden välisestä suhteesta lienee mitä keskeisin kysymys myös terveydenhuollon osalta tämä artikkeli on kokonaisuuden kannalta selkeästi ”ulkokehällä”.

Loput artikkelit tarkastelevat USA:n terveydenhuollon menojen suurta kansantuoteosuutta ja kuinka tätä menokehitystä voisi hillitä. USA:n terveydenhuoltomenojen BKT-osuus on yli 17 prosenttia ja noin 6 prosenttia yli keskimääräisen OECD maan. Tämä ero tarkoittaa dollareissa yhtä triljoonaa (amerikkalaisittain tulkittuna eli käytännössä biljoonaa 10¹²). Fuchs suhteuttaakin tämän summan alun perin New York Timesiin kirjoittamassa kolumnissa siihen, mitä kaikkea voisi tuolla summalla saada aikaiseksi, jos puolet siitä laittaisi investointeihin ja toisen puolen kulutukseen. Kahdessa viimeisessä artikkelissa paneudutaan ensinnäkin niihin syihin, jotka kasvattavat terveydenhuollon menoja: maksujärjestelmä ja potilaan valinnanvapaus, sekä toiseksi terveydenhuollon BKT-osuuden vakauttamishaasteeseen seuraavan kymmenen vuoden ajanjaksolla. Kirjan kolmas osa kuvaa vastaavasti viimeisen kymmenen vuoden kehityksen Obamacaren (ACA) ja covid-19 pandemian synnyttämän lisämaustein.

Summa summarum: Fuchs in mukaan USA:n nykyjärjestelmä on liian kallis, liian epätasa-arvoinen, sisältää liikaa epävarmuutta korvaavuuden ja kattavuuden suhteen. Sitien potilaiden valinnanvapauden rajoittaminen, mutta ei täysimääräinen eliminoiminen sekä toimenpiteiden määrään perustuvan laskutusjärjestelmän ainakin osittainen korvaaminen tulisi olla osa ongelman ratkaisua. Edelleen kilpailuun ja kapitaatiokorvaukseen perustuva laajapohjaiset hoitoyksiköt muodostavat kaikkein lupaavimman perustan USA:n terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiselle ja menokontrollille. Toki Fuchs myöntää, että tällaisen uudistuksen kantona kaskessa ovat USA:n hallintorakenteet, poliittisen järjestelmän kahtia jakautuneisuus sekä siihen liittyen varsin voimakkaasti jakautunut arvopohja: ”As long as health policy is a political symbol embedded in a polarization power

struggle, significant reform of health care is probably impossible.”

Kuten kirjan alaotsikko ”terveys, taloustiede ja yhteiskunnan valinta” indikoi, yksi Fuchs in keskeinen teema läpi jokaisen painoksen on ollut kehittää amerikkalaista terveydenhuollon järjestelmää siten, että hänen esille nostamat keskeiset haasteet – korkeat kustannukset, epätasa-arvo ja saavutettavuusongelmat – saataisiin hallitusti hoidettua. Tämä vaatii politiikkasuosituksia, joita oli alkuperäisessä panoksessa seitsemän: (1) universaali pakollinen vakuutus; (2) hajautetut palvelujärjestelmät (delivery systems); (3) kapitaatiokorvaus väestövastuun puitteissa (capitation payments for all enrolled populations); (4) aina kun on mahdollista, eri vakuutussojmuksen välinen kilpailu; (5) terveydenhuollon henkilökunnan joustavaa hyödyntämistä rajoittavan säätelyn purkaminen erilaisine kokeiluineen; (6) lääkäreiden järkevä tarjonta (erikoistumisalujen koulutuksen osalta); ja (7) sairaaloiden käyttöasteen järkevä kasvattaminen ylitarjonnan eliminoimiseksi. On mielenkiintoista tarkastella, miten näiden tavoitteiden painotus muuttuu ajansaatossa.

Vuoden 1998 laajennettuun painokseen on lisätty mm. kaksi artikkelia, joissa tarkastellaan kriittisesti sekä kansallisen terveystakuutuksen etuja, haittoja ja edellytyksiä että Clintonin terveydenhuollon uudistamissuunnitelmaa. Aikaisempaa politiikkasuositusten listaa on täydennetty HTA:lla eli riippumattomalla terveysteknologian arviointiorganisaatiolla, joka rahoitettaisiin pienellä terveydenhuollon sisäisellä maksulla. Vuoden 2011 2. painokseen lisättyissä kahdessa artikkelissa Fuchs kuvailee kattavaa voucher- tai setelijärjestelmää, jolla taattaisiin kaikille mahdollisuus hankkia oma terveystakuutus kilpailevien vakuutusentarjoajien ”markkinoilta”. Luonnollisesti tällaiseen järjestelmään, kuten kaikkiin kattaviin järjestelmiin on liitettävä uudelleenjako ja pakollisuus, mutta mielenkiintoista tässä ehdotuksessa on rahoituksen toteuttaminen arvonsäveroijärjestelmän puitteissa eikä kuten aikaisemmissa haasteellisiksi osoittautuneilla palkkasummaan tai yleiseen verotukseen pohjautuvilla tavoilla. Tämä oli todella mielenkiintoinen ehdotus, sillä USA:ssa ei edelleenkaan ole arvonsäverojärjestelmää ja siksi alv-rahoitteisen terveydenhuollon vakuutusjärjestelmän etuja perustellaan varsin kattavasti.

USA:ssa on toteutettu 3. painokseen ilmestymiseen mennessä ns. Obamacare (ACA) ja konservatiivien vaisuiksi jääneet pyrkimykset sen kaatamiseen vastaehdotuksin. Valitettavasti näistä ei ole kuitenkaan tarjolla Fuchsille ominaista syvällistä analyysyä (vrt. Reinhardt 2019). Muutenkin 1. ja 2. laajennettuun painokseen lisättyjen (osin yhteisten) artikkelien puuttuminen tuottaa 3. painokseen tietynlaisen katkoksen, vaikka siinä edellisissä laajennetuissa painoksissa olleisiin artikkeleihin viitataan. Siksi näihin edellisiin laajennettuihin painoksiin liittyviin artikkeleihin olisi erittäin suositeltavaa tutustua.

Erityisesti Fuchsin teräväkin terävämpi analyysi arvojen merkityksestä terveyspolitiikan ratkaisussa ja terveystaloustieteilijöiden suhde arvoihin niin tutkijoina kuin politiikkasuositusten tekijöinä ansaitsisi tulla laajemminkin lukijakunnan tietoisuuteen. On sääli, että nämä näkökulmat eivät aikaisempien painosten tavoin nouse esiin 3. painoksessa, sillä niille on selkeä tilaus tässä ajassa, jossa ”poliittisen pelurin ja tutkijan” roolien on taipumus sotkeutua iloisesti keskenään, kuten saamme lähes päivittäin havaita suomalaisessa terveys- tai ylipäätään talouspoliittisessa keskustelussa.

Pikaiseksi ajateltu klassikkokirjan uusimman painoksen vilkaisu paisui myös kolmen edellisen painoksen laajennusosien innokkaaksi läpikä-

laamiseksi. Vaikka Victor Fuchsin päähuomio on amerikkalaisen terveydenhuoltojärjestelmän terveystaloustieteellisessä analyysissä, hän tarjoaa myös 3. painoksessa syvällisen analyysin terveystaloustieteen mahdollisuuksista minkä tahansa – jopa suomalaisen – terveydenhuoltojärjestelmän arvioimisessa. Ja mikä tärkeintä, Victor Fuchsin tekstit ovat kirjoitettu yleistajuisesti laajalle lukijakunnalle.

LÄHTEET

Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963;53:941–973.

Fuchs VR. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books; 1975.

Fuchs VR. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. Expanded ed. New Jersey: World Scientific Publishing Co; 2011.

Fuchs VR. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. 2nd Expanded Ed. New Jersey: World Scientific Publishing Co; 2011.

Fuchs VR, Eggleston K. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. 3rd ed. World Scientific Publishing Co; 2024.

Reinhardt UE. *Priced Out. The Economic and Ethical costs of American Health Care*. Princeton: Princeton University Press; 2019.

HANNU TANNINEN