

2 Julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittäminen

Eri työtehtävissä minulle on usein sanottu, että menetelmä X pitää ottaa käyttöön, koska se on osoittautunut vaikuttavaksi. Vastaan kysymyksillä, millä perusteella, missä kohderyhmässä ja mitä käyttöönotosta seuraisi? Mitä parempi tutkimus, sitä lähemmäksi totuutta se voi päästä, mutta käytännön toteutus ja arki-vaikuttavuus usein paljastavat, että arkeen vietyä totuus onkin jotain muuta. On aina myös katsottava kokonaisuutta, mistä uuden menetelmän käyttöönoton edellyttämät resurssit otetaan? Harvoin menetelmän käyttöönottoa ehdottava on miettinyt kohderyhmän rajauksia ja tarvittavia resursseja; käyttöönoton seurauksia ei pohdi juuri kukaan.

Elämme aikakautta, jolloin teknologian kehitys tuo yhä enemmän mahdollisuuksia, väestön odotukset ja koetut tarpeet lisääntyvät ja muuttuvat, mutta terveydenhuollon resurssit eivät kasva samassa tahdissa. Terveystaloudessa on jouduttu tilanteeseen, jossa kysynnän ja tarjonnan välinen ero kasvaa. Terveystaloudelta odotetaan yhä enemmän ja terveystaloudellisesti päätöksillä pyritään tasapainoilemaan tilanteessa, jossa yhä enemmän on mahdollista tehdä, mutta kaikkea, mitä voidaan tehdä, ei voida ottaa käyttöön (kuva 2.1). On ymmärrettävä, että julkisessa terveydenhuollossa käytettävissä oleva palvelujen valikko edellyttää yhteisesti sovittuja periaatteita niin lääketieteellisistä perusteista kuin vaikuttavuuden kriteereistä.

Resurssivaje koskee niin henkilöstöä kuin taloudellisia edellytyksiä. Saman resurssin voi käyttää vain kerran, joten jonkin toiminnan lisääminen tarkoittaa väistämättä vaihtoehtoisuus-annuksia eli jonkin muun toiminnan tehostamista (esim. siirrytään yksilökuntoutuksesta ryhmäkuntoutukseen ja läsnävastaanotoista etävastaanottoihin, kiristetään tutkimuksiin ohjaamisen kriteereitä), vähentämistä (esim. tiukennetaan hoitoon pääsyn



Kuva 2.1. Tarpeiden, mahdollisuuksien ja tarjonnan kolmio.

kriteereitä, pidennetään seurantavälejä tai siirretään seurantoja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon) tai lopettamista (poissuljetaan joitain terveydenhuollon palveluja tai menetelmiä palveluvalikoimasta).

Jos päätöksentekoa – uuden menetelmän käyttöönottoa ja tähän tarvittavien resurssien siirtoa – ei ohjata yhteisesti sovittuihin periaatteisiin perustuen, on suuri riski, että terveydenhuollon sisältö määrittyy poliittisin (puolueiden väliset erilaiset arvopainotukset ja oikeudenmukaisuuden käsitykset) ja ”akustisin” perustein (vahvimmat etulinjassa) tai menetelmäkeskeisesti (sisältö määrittyy sen mukaan, mitä on tutkittu). Vaikuttavuusperusteinen sisällön määrittäminen ei takaa oikeudenmukaisuutta, jos tutkimusrahoitusta ei ohjata yhdenvertaisesti kaikkia potilasryhmiä koskeviin tutkimuksiin. Haavoittuvimmassa asemassa olevilta potilasryhmiltä leikataan yleensä eniten (lapset, mielenterveys- ja päihdepotilaat, vanhukset, kehitysvammaiset, työttömät, kuntoutustoimenpiteitä tarvitsevat) ja heidät usein myös poissuljetaan tutkimuksista. Tällöin sosioekonomiset terveyserot sekä usein myös alueelliset erot terveydenhuollon tarjonnassa suhteessa tarpeeseen kasvavat.

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin tehtävänä on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi. Päätöksen tekeminen on pyrkimystä johonkin ennalta määritettyyn hyvään – terveyshyötyyn.

Terveyshyödyn saavuttaminen edellyttää sellaista toimintaa, minkä päätös määrittää ja mahdollistaa. Jotta näin voisi tosiasiallisesti tapahtua, on terveydenhuollon menetelmien arvioinnin toteuduttava mahdollisimman laaja-alaisesti huomioiden paitsi käytettävissä oleva tutkimustieto ja sen arvo myös sekä käytettävissä olevat voimavarat (henkilöstö, osaaminen, taloudelliset resurssit) että käyttöönoton mahdolliset seuraukset hyvinvointialueiden muuhun toimintaan. On myös huomioitava toimintaa säätelevä normisto ja yhteiset arvot.

Yksittäisiä terveydenhuollon menetelmiä koskevaa päätöksentekoa varten kerätään faktoja ns. PICOTS-asetelmaan perustuen (taulukko 2.1). PICOTS-asetelma rajaa tutkimuksen asetelman ja sen hyödynnettävyyden: Miten kohderyhmä on määritetty, mitä interventiota on tutkittu ja mihin sitä on verrattu, miten vaikutuksia ja haittoja on mitattu, kuinka pitkää seuranta kunkin menetelmän vaikuttavuuden (hyödyt ja haitat) uskottavuus edellyttää ja missä olosuhteissa tutkimus on tehty. Tämän jälkeen arvioidaan tutkimuksen siirrettävyys kansalliseen terveydenhuollon järjestelmään ja huomioidaan niin kansallinen osaaminen kuin resurssit, jotka eivät sisälly PICOTS-arviointiin.

Tutkimustiedon keruusta puhutaan faktojen keruuna, mutta nämä ns. faktat ovat aina arvoja sisältävien valintojen seurauksia. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteereitä ei useinkaan määritetä kliinisen tarpeen mukaan vaan siten, että kaikki

Taulukko 2.1. PICOTS-asetelmaan sisältyvät näkökulmat.

P = Patients/ population/problem	Kohderyhmän määrittely
I = Intervention	Tutkittavan menetelmän määrittely
C = Comparator	Vertailuintervention/interventioiden määrittely
O = Outcome	Pätevän/pätevien vaikuttavuusmittareiden määrittely
T = Time	Vaikutusten pysyvyyden/ilmaantumisen kannalta riittävän seuranta-ajan määrittäminen
S = Setting	Toimintaympäristön kuvaus, jossa menetelmän vaikuttavuutta on tutkittu

mahdolliset optimaalista hoitotulosta heikentävät kohderyhmän ominaisuudet rajataan pois. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa tutkimuksen kohderyhmä edustaa vain hyvin pientä osaa niistä potilaista, joilla mahdollinen interventio, sen vaikuttavaksi osoittautuessa, tultaisiin kliinisessä elämässä toteuttamaan. Tutkimuksissa tutkittavan intervention toteuttavat yleensä erityisosaajat sellaisessa toimintaympäristössä, joka tukee intervention toteutumisen onnistumista. Miten varmistetaan, että käytännön elämässä yksittäiset terveydenhuollon ammattilaiset saavuttavat saman osaamisen ja toimintaympäristön prosessi tukee menetelmän vaikuttavuuden kannalta kriittisten tekijöiden toteutumista? On myös tärkeä arvioida, miten vaikuttavuus sekä hyödyn ja haitan tasapaino on tutkimuksessa määritetty. Onko menetelmän vaikutuksia seurattu riittävän pitkään, jotta tulokset olisivat (hyötyjen pysyvyys ja haittojen ilmaantuminen) arkeen siirtymisen kannalta uskottavia?

Faktat eivät ole koskaan arvovapaita, ja tutkimussuunnitelmassa tehdyt valinnat johtavat väistämättä epävarmuuteen vastaavien tulosten saavuttamisesta terveydenhuollon arjessa. Optimiolosuhteissa saavutetut tulokset eivät oikeuta uskomukseen, että sama hyöty olisi saavutettavissa kliinisessä käytännössä laajemmassa kohderyhmässä, eri toimintaympäristössä ja vaihtuvan henkilökunnan toimesta. Todellisen arkivaikuttavuuden osoittaminen jääkin menetelmän käyttöönottajien vastuulle (Malmivaara 2022). Kuinka usein arkivaikuttavuuden seuranta tapahtuu, onko se resursoitu ja teknisesti mahdollistettu?

Suomessa on totuttu arvioimaan yksittäisiä terveydenhuollon menetelmiä, mutta terveydenhuollon palveluvalikoiman tulee vastata kaikkien potilaiden tarpeisiin. Yksittäisten menetelmien käyttöönotto ei voi tapahtua kokonaisuudesta irrallaan, vaan käyttöönoton seuraukset muuhun terveydenhuollon toimintaan on myös otettava huomioon. Koska terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset, on objektiivisesti arvioitava, mitä hyötyä ja haittaa uusien menetelmien käyttöönotosta on saman toimialan muille potilasryhmille, hyvinvointialueiden resurssien jakoon sekä laajemmin koko väestölle. Yhden potilasryhmän saavuttama terveyshyöty voi olla toisten potilasryhmien terveyshyödyn menetys ja jäännössumma voi olla negatiivinen.

Aikoinaan opin professori Mats Brommelsin ja lääkintöneuvos Taina Mäntyranan hallinnon kursseilla skenaarioajattelun

ja skenaarioiden konkreettisen tekemisen. Tästä oli hyötyä, kun FinOHTAssa laadimme terveydenhuollon päättäjille skenaarioita eri päätösten seurauksista. Mallintamalla eri vaihtoehtoja ja lisäämällä tulosten uskottavuutta käyttämällä keskeisten muuttujien osalta herkkyysanalyysia voitiin ennakoida mahdollisten seurauksien kirjoa (esimerkki 2.1).

Esimerkki 2.1. Uuden seulontaohjelman arvioinnista terveystaloudellisiin skenaarioihin.

1990-luvun lopussa kehitetty uusi laboratorioteknologia, tandemmassaspektrometria (MS/MS) mahdollisti aineenvaihduntatautien seulonnan muutaman vuorokauden ikäiseltä otetusta verinäytteestä. Suomessa oli tuolloin käynnissä vain vastasyntyneiden kilpirauhasen vajaatoiminnan eli hypotyreoosin seulonta, joka toteutettiin napaverinäytteestä. Vastasyntyneitä ja vaikeita aineenvaihduntatauteja hoitavat lastenlääkärit kiinnostuivat vastasyntyneiden aineenvaihduntatautien seulonnan käynnistämisestä myös Suomessa ja asiaa käsitelleessä seminaarissa seulonnan hinnaksi arvioitiin 1–3 euroa/vastasyntynyt. Seulontaan valittavien tautien ja varhain aloitetun hoidon arviointi, käytännön osaamisvaatimusten ja resurssien selvittäminen sekä kustannusvaikuttavuuden arviointi annettiin FinOHTAn tehtäväksi.

FinOHTAn kutsuma asiantuntijaryhmä tunnisti kirjallisuuskatsauksien ja Suomen epidemiologisen tilanteen perusteella viisi tautia, joiden seulonnan aloitus olisi perusteltua. Nämä olivat CAH eli synnynäinen lisämunuaisen liikakasvu, MCAD-keskipitkäketjuisten rasvahappojen mitokondriaalisten hapettumishäiriöiden eräs tautimuoto, LCHAD-pitkäketjuisten rasvahappojen mitokondriaalisten hapettumishäiriöiden eräs tautimuoto, PKU-fenyyliketonuria ja GA 1 -tyypin 1 glutaarihappovirtsaisuus. Raportissa pyrittiin arvioimaan uuden vastasyntyneiden veriseulonnan vaikutuksia ja seurauksia huomioiden yksilön, perheen, terveydenhuollon ammattilaisten, yhteiskunnan ja terveystaloudellisten päättäjien näkökulmat ja arvotukset (Autti-Rämö ym. 2004). Raportti tarjosi perustan yhteiskunnallisesti oikeudenmukaiseen päätöksentekoon seulonnan aloittamisesta.

Terveystaloudellisesti katsoen valittavana oli viisi eri toimintavaihtoehtoa. Kaikki vaihtoehdot arvioitiin olettaen, että seulontajärjestelmä kattaa yhtenäisenä koko maan ja että tutkimukset keskitetään yhteen paikkaan. Laskelmissa vuotuisiksi syntyvyydeksi oletettiin noin 56 000 lasta. Kustannustaso laskettiin vuoden 2002 hintojen mukaan. Toimintavaihtoehtojen seuraukset olivat seuraavat:

A) Ei aloiteta uusia seulontoja.

Vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään: Hypotyreoosiseulonta jatkuu entisellään. Jotkin perheet (esim. suuremman PKU-riskin väestöön kuuluvat maahanmuuttajat) haluavat vastasyntyneistään näytteitä, joiden ottaminen ja vastausten antaminen on tarpeen järjestää. Testimenetelmien markkinointi jatkuu.

Vaikutukset terveyteen: Lapsia, joilla on raportissa tunnistettuja aineenvaihduntatauteja, syntyy 5–10 vuodessa, ja heidän tautinsa havaitaan useimmiten vasta, kun se aiheuttaa oireita. Tällöin osalle lapsista syntyy pysyvä vaurio, joka aiheuttaa hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Osa lapsista kuolee.

Kustannusvaikutukset: Ei muutoksia nykytilaan.

Terveyspoliittisen keskustelun painopisteet: Harvinaisten aineenvaihduntatautien seulonnan käynnistämisen tarve, hyödyt ja haitat käsitellään muutaman vuoden välein.

B1) Käynnistetään CAH-taudin seulonta kotimaisessa laboratoriossa.

Vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään: Uuden seulontaorganisaation käynnistäminen, henkilöstön koulutus ja tiedotus väestölle.

Vaikutukset terveyteen: Imeväisten kuolleisuus vähenee yhdellä tapauksella 2–3 vuodessa, ja vuosittain voidaan estää yhden poikalapson joutuminen suolanmenetyksiksiin vuoksi tehohoitoon. 8–9 vuoden välein yhden vastasyntyneenä poikalapseksi määritetyn tytön oikea sukupuoli pystytään tunnistamaan aikaisemmin.

Kustannusvaikutukset: Seulontaohjelman vuotuiset kokonaiskustannukset ovat noin 1,7 miljoonaa euroa.

Terveyspoliittisen keskustelun painopisteet: Kustannusvaikuttavuuden vertailu muihin terveydenhuollon toimiin. Muiden harvinaisten aineenvaihduntatautien seulonnan käynnistämisen tarve, hyödyt ja haitat käsitellään muutaman vuoden välein. Veritäpläkorttien säilyttäminen ja käyttöoikeus sovitettava.

B2) Käynnistetään CAH-taudin seulonta ulkomaisessa laboratoriossa.

Vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään: Kuten B1. Suunnitelma ulkomaisesta laboratorion saatavan tiedon välittämiseksi viiveettä ja virheettä.

Vaikutukset terveyteen: Kuten B1, jos seulonnan tavoitteet ovat samat. Jos seulonnan tavoite on vain suolanmenettäjä-muoto, ei seulonta nopeuta oikean sukupuolen tunnistamista yksinkertaisessa virilisoivassa tautimuodossa (vastasyntyneenä poikalapseksi määritetyn tytön oikean sukupuolen tunnistaminen).

Kustannusvaikutukset: Seulontaohjelman vuotuiset kokonaiskustannukset ovat vähintään yhtä suuret kuin Suomessa toteutettavan seulontaohjelman. Kokonaiskustannuksiin vaikuttaa seulonnan tavoite (rajaus suolanmenettäjämuotoon vai kaikki 21-hydroksylaasi-defektin muodot) ja se, missä iässä näyte tultaisiin ottamaan.

Terveyspoliittisen keskustelun painopisteet: Kuten B1. Keskustelu toiminnan siirtämisestä kotimaahan.

C1) Käynnistetään CAH-, MCAD-, LCHAD-, PKU- JA GA 1 -tautien seulonta kotimaisessa laboratoriossa.

Vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään: Uuden seulontaorganisaation käynnistäminen, henkilöstön koulutus ja tiedotus väestölle. Havaittavia tapauksia hoitavien tahojen koulutus.

Vaikutukset terveyteen: Vuosittain löydetään 5–10 seulonnalla etsittyjä harvinaista aineenvaihduntatautia sairastavaa lasta, näistä 1–3 lapsen varhainen kuolema, 1–5 lapsen vaikea vammautuminen ja yhden lapsen tehohoito voidaan estää. Lisäksi yhden vastasyntyneenä poikalapseksi määritetyn tytön oikea sukupuoli tunnistetaan aikaisemmin kerran 8–9 vuodessa.

Kustannusvaikutukset: Seulonnan kokonaiskustannukset ovat noin 2,5 miljoonaa euroa vuodessa, 5 500–25 500 euroa lisää QALYä kohden. Seulonnan kustannukset olisivat n. 44,5 euroa/vastasyntynyt. Säästöä syntyy vammaisuuden aiheuttamien kustannusten välttämisestä, jo yhden lapsen vaikean vammautumisen estäminen vuosittain alentaisi laatupainotetun elinvuoden kustannukset 3 900–18 000 euroon.

Terveyspoliittisen keskustelun painopisteet: Kustannus-vaikuttavuuden vertailu muihin terveydenhuollon toimiin. Keskustelu mahdollisista viiveistä diagnoosissa ja hoidon aloittamisessa. Harvinaisten tautien hoidon keskittäminen ja hoidon suunnittelu vauvasta vanhuuteen. Sukulaisten informointi geenimutaatiosta. Veritäpläkorttien säilytys ja käyttöoikeus sovittava. Arvioitava hypotyreoosiseulonnan yhdistäminen tähän seulontaan.

C2) Käynnistetään CAH-, MCAD-, LCHAD-, PKU- JA GA 1-tautien seulonta ulkomaisessa laboratoriossa.

Vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmään: Kuten C1. Suunniteltava ulkomaisesta laboratoriossa saatavan tiedon välittäminen viiveettä ja virheettä.

Vaikutukset terveyteen: Kuten C1, mutta mahdollisen diagnoosiviveen takia on odotettavissa yksittäisiä ensimmäisen elinviikon aikana tapahtuvia kuolemia tai vammautumisia.

Kustannusvaikutukset: Kustannukset ovat luultavasti vähintään samat kuin Suomessa toteutettavan seulonnan. Tämän vaihtoehdon taloudellista arviota ei tehty.

Terveyspoliittisen keskustelun painopisteet: Kuten C1, paitsi että hypotyreoosiseulonta säilyy vanhassa muodossa. Keskustelu toiminnan siirtämisestä kotimaahan.

Uuden seulontaohjelman arviointi toteutettiin huolellisesti huomioiden epävarmuustekijät herkkyysanalyseissa. Verrattuna muihin käytössä oleviin terveydenhuollon menetelmiin se osoittautui kustannusvaikuttavaksi, vaikka alkuperäinen seulonnan kustannus/vastasyntynyt osoittautui huomattavasti aliarvioiduksi. Vasta 10 vuotta myöhemmin STM suositteli yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreille edellä mainittujen viiden aineenvaihduntasairauden seulonnan tarjoamista kaikille Suomessa syntyville lapsille vuodesta 2015 alkaen ja synnyntäisen hypotyreoosiseulonnan jatkamista entisellään. Yliopistosairaaloiden edellytettiin vastaavan laajennetun seulonnan suunnittelusta, ohjauksesta ja laadusta. Tämä suositus käynnisti kansallisesti yhdenmukaisen seulontaohjelman, jonka myöhemmistä vaiheista kerrotaan esimerkissä 2.5.

Julkisen terveydenhuollon palveluvalikoima edellyttää koherenssia – tarpeisiin vastaamisen tulee toteutua kaikille yhtenäisin perustein, syrjintää tai epätasa-arvoa hoitoihin pääsyssä ja niiden järjestämisessä ei tule sallia. Yksilökeskeisestä ja teknologiajoh-toisesta mallista on siirryttävä varmistamaan koko väestön perusoikeuksien toteutuminen. Tämä edellyttää, että tunnistetaan ja tunnustetaan nykytilanteen ongelmat ja avoimesti selvitetään niihin johtaneet tekijät. Lisäksi on vastattava seuraavaan kysymykseen: Mitä julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittämisellä halutaan saavuttaa ja mitä halutaan välttää? Nykyinen julkisen terveydenhuollon sisältö ja toimintamalli ei mahdollista kestävän, yhdenvertaisen ja oikeudenmukaisen terveydenhuollon toimintaa. Se ylläpitää ja todennäköisesti lisää sosioekonomisia terveyseroja ja erot hoitoon pääsyssä eri potilasryhmien välillä voivat edelleen kasvaa (taulukko 2.2).

Julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman sisältöä koskevassa päätöksenteossa keskeistä on erilaisten näkökulmien yhdistäminen, jotta päätökset ja niiden seuraukset olisivat oikeudenmukaisia ja yhdenvertaisia niin väestön, potilasryhmien kuin potilaiden tasolla. Taulukkoon 2.3 on koottu keskeisiä eettisen arvioinnin osa-alueita, jotka tulee huomioida määrittettäessä jul-

Taulukko 2.2. Julkisen terveydenhuollon keskeiset ongelmat.

Resurssien jakamisen painottuminen erikoissairaanhoidon ennaltaehkäisyn ja perusterveydenhuollon vahvistamisen sijaan.
Henkilöstön ja osaamisen vaje, joka johtaa työhyvinvointiongelmiin ja eettiseen stressiin.
Mahdollisuudet taata hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisen vastuun ottaminen ovat heikentyneet, mikä johtaa potilaiden hoidon siiloutumiseen, lisää häiriöky-syntää ja heikentää oikea-aikaisen hoidon toteutumisen mahdollisuuksia.
Terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen periaatteet ja mekanismit eivät ole eri menetelmien ja potilasryhmien välillä yh-teneviä, mikä johtaa eriarvoiseen ja epäoikeudenmukaiseen resurssien jakoon.
Hoitosuositukset pohjautuvat rajoitettuun tutkimusnäyttöön, jonka sovel-tuvuus monisairaiden potilaiden tutkimukseen ja hoitoon jää yksittäisten lääkärien vastuulle.
Uudet, kalliit menetelmät kohdentuvat yhä harvemmille, ja vaihtoehtoiskustan-nukset eli menetetty terveyshyöty kasvavat.
Ei ole keinoja tunnistaa resurssien siirroista aiheutuvaa terveyshyödyn menetystä eli vaihtoehtoiskustannuksia.
Yksilön oikeuksien korostaminen väestön oikeuksien jäädessä taustalle.
Julkisen terveydenhuollon resurssien riittämättömyys ja parempiosaisten mah-dollisuudet käyttää yksityistä terveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa sekä ostaa itselleen terveysvakuutuksia.
Nykyinen monirahoitteinen terveydenhuollon järjestämisen malli sekä sen sisällön määrittämisen tapa eivät mahdollista kestävän, yhdenvertaisen ja oikeudenmukaisen terveydenhuollon toimintaa.
Kaikki nykyisen tautitaakan ja terveydenhuollon kysynnän aiheuttajat eivät ole ensisijaisesti terveydenhuollon menetelmin ratkaistavissa, mutta ongelmien juurisyyhin ei paneuduta.

Taulukko 2.3. Eettisen arvioinnin osa-alueet, joita on tarkasteltava terveydenhuollon menetelmästä riippumatta.

Liittykö uuteen menetelmään joitain uusia tai spesifisiä eettisiä kysymyksiä?
Liittykö hoidettavaan sairauteen ja sen nykyiseen hoitokäytäntöön erityisiä eettisiä näkökulmia?
Miten uuden menetelmän käyttöönotto voi vaikuttaa muiden potilaiden hoitoon?
Vaikuttaako uuden menetelmän käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollon ja laajemmin hyvinvointialueiden resurssien jakoon (henkilöstö, talous)?
Liittykö uuden menetelmän käyttöönottoon ennakoitavissa olevia tai enna-koimattomia seurauksia?
Miten uuden menetelmän käyttöönotto vaikuttaa omaisten ja läheisten elämään?
Lisääkö vai vähentääkö menetelmän käyttöönotto väestön terveyseroja?