

Terveydenhuollon analyysiä Amerikan opein ja amerikkalaisen terveydenhuollon analyysiä

Hannu Tanninen

Martti Kekomäki,
Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin.
Duodecim 2019, 262 sivua

Uwe E. Reinhardt,
Priced Out. The Economic and Ethical Costs of American Health Care.
Princeton University Press 2019, 201 sivua

Yrjö Jahnssonin Säätiö osoitti kaukonäköisyyttä tukiessaan omalta osaltaan taloudellisesti lastenkirurgian dosentti Martti Kekomäen terveydenhuollon johtamisen Master of Science -opintoja Wisconsinin yliopistossa 1980-luvun lopulla. Kekomäen lääkärin koulutus ja työkokemus yhdistettynä amerikkalaiseen terveydenhuollon johtamisoppeihin jalostuivat käytäntöön muun muassa HUS:n hallintoylilääkärin tehtävässä, Helsingin yliopiston terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professuurissa sekä sote-asiantuntijaryhmän jäsenenä. Suuremman yleisön tietoisuuteen Kekomäki tuli edellisen hallituksen sote-suunnitelmien selkeäsanaisena kriittikkona. Kekomäen omin sanoin: ”Kun Suomi etsi ratkaisujaan kustannuskehityksen hallitsemiseksi,

palveluintegraatio ja kapitaatioperusteinen korvausjärjestelmä, ’luotsattu hoito’, olivat tarjoutuvimpia ratkaisuja. Poliittinen koneisto kuitenkin uskoi peruspalvelutasoisen kilpailun tuovan enemmän hyötyä ja kustannuskuria. Näin sote-hanke ajautui yli kolmeksi vuodeksi (2015–2019) hakoteille koko valtakunnan tasolla.” (Kekomäki 2019, 171).

Iloksemme Martti Kekomäki on kirjoittanut pitkäaikaisen kokemuksensa kirjaksi otsikolla *Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin*. Kuten hän itsekin toteaa, kirjan tarkoitus ei ole kerata kaatuneita sote-hankkeita, vaan tutkiskella totuttua tarkemmin suomalaisen hyvinvointivaltion perusteita ja rakenteita. Ja toden totta, tarkasteltava kirja on kuin 90 kilometrin Pir-

kan Hiihto maaliskuisena talvipäivänä: se on maisemiltaan vaihteleva, matkalla uuvuttava ja jopa turhauttava, mutta maalissa palkitsee lukijansa runsain mitoin. Valitettavasti lukunautintoa heikentää se, että Kekomäen sukset lipsuvat pitkin matkaa kirjan yhden keskeisen tavoitteen osalta, joka on terveyden aihepiiriin liittyvien käsitteiden ja käsitteisisältöjen kokoaminen suomalaisen lukijan käyttöön, mutta palataan siihen myöhemmin.

Kekomäki jäsentää kirjan kuuteen osaan, jotka ovat (i) Tavoitteeksi terveys, (ii) Etenemme ekonomiaan, (iii) Vaikuttavuuden vaatimus, (iv) Terveydenhuollon laatua määrittelemään, (v) Raha ohjaa ja rahalla ohjataan, sekä (v) Terveydenhuollon johtamisesta. Kukin osa ansaitisi oman arvionsa, mutta tyydyn tässä nostamaan esiin joitakin mielenkiintoisia teemoja ja kehotan kaikkia asiasta vähänkin kiinnostuneita tarttumaan itse kirjaan.

Kekomäellä on vahva näkemys, jonka mukaan suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä tulisi organisoida integraatioon perustuen. Suomen oloissa integraatio tarkoittaa julkisen sektorin toimintaa, jonka rakennetta kirjassa tarkastellaan varsin perusteellisesti. Kekomäki näkee markkinoihin ja integraation perustuvat ratkaisut toisilleen lähes vastakkaisina ja kummeksuu markkinaratkaisun perusolettamusta, jonka mukaan terveyspalvelut eivät poikkea merkittävästi muusta taloudellisesta toiminnasta. Yksi koko kirjan läpi kantava teeman on se, miten terveydenhuolto eroaa tavallisesta yritystoiminnasta kahden keskeisen seikan, tuotteen ja asiakkuuden osalta. Tämän teeman suhteen kirja huipentuu 16-kohtaiseen luetteloon eroista julkisen terveydenhuollon ja yksityisen yrityksen johtamisessa. Luettelossa riittää pohdittavaa itsekullekin.

Lääkärinä Kekomäkeä kiinnostaa terveyden käsite ja se, mitä sen eteen on terveydenhuollon osalta tehtävissä. Hän määrittelee terveyden nasevasti ihmisen kyvyksi pärjätä arjessa ja kytkee sen luultavasti Amerikasta peräisin olevaan arvoa tuottavan terveydenhuollon (value-based health care) käsitteeseen. Arvoa tuottavassa terveydenhuollossa jokaiseen hoitopäätökseen liittyy kolme tekijää: evidenssi, etiikka ja ekonomia.

Terveydenhuollon on siis tuotettava terveyttä eli arkipärjäämistä eettisesti ja ekonomisesti. Lähtökohtana nykyaikaisessa kliinisessä tutkimuksessa on satunnaistettu koasetelma eli RCT, jonka protokollasta on kirjassa ytimekäs kuvaus lääketieteen näkökulmasta. Kekomäki korostaa lääketieteen RCT-asetelmaan itsessään liittyvän vääjäämättä harhaa, minkä vuoksi tärkeään rooliin nousee tavanomaisessa potilastyössä saavutettava arkivaikuttavuus. Tässä yhteydessä ekonomisuus syntyy siitä, että niukkuus pakottaa valitsemaan kustannusvaikuttavia hoitomuotoja. Kirjassa perinteiset taloudellisen arvioinnin menetelmät tulevat esitetyiksi terveyshyödyn QALY- ja DALY-mittareineen.

Yksi kirjan antoisimmista osista on keskustelu laadusta, sen mittaamisesta ja siinä saavutettavissa olevista edistysaskeleista. Kekomäki tarkastelee laadun käsitettä ja sen mittaamista Yhdysvaltain kansallisen lääketieteen akatemian (National Academy of Medicine, NAM, aikaisemmin IOM, Institute of Medicine) määrittelemän kuuden ulottuvuuden avulla. Nämä ulottuvuudet ovat vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, oikea-aikaisuus, potilaskeskeys, sekä tasa-arvo. Kustakin näistä laadun ulottuvuudesta on tietoa kerättävissä systemaattisesti, mutta kerätyn tiedon käyttötarve vaihtelee ajallisesti minuuteista kuukausiin tai

jopa vuosiin. Esimerkiksi hoidon tasa-arvo tarkoittaa potilaiden saavan tarpeisiinsa nähden yhdenvertaista hoitoa muun muassa asuinpaikaista, tulotasosta tai koulutuksesta riippumatta. Tämän ulottuvuuden arvioimiseksi tieto on muokattavissa muutaman kuukauden ajalta kerätystä aineistosta.

Terveydenhuoltojärjestelmän tasa-arvoa tarkasteltaessa Suomi on kansainvälisissä vertailuissa sijoittunut epätasa-arvoisten maiden joukkoon. Kekomäki tulkitsee tämän johtuvan siitä, että väestön ”hyödyllisellä osalla” on omat palvelunsa, jotka työterveyshuolto tuottaa, ja edelleen maksukykyisille on omat palvelunsa, jotka yksityissektori tuottaa. Näiden ulkopuoliselle väestönosalle jäävät palvelut, jotka tuottaa julkinen perusterveydenhuolto. Kekomäen mukaan kansalaisten jaottelu hyödyllisiin ja hyödyttömiin sysää meidät kaltevalle pinnalle, missä mikään ei estä meitä liukumasta kasvavan eriarvoisuuden suuntaan.

Kekomäki esittää oikeudenmukaisuudesta omanlaisensa tulkinnan. Lähtökohtana on IOM:n alun perin käyttämä ja edellä mainittu oikeudenmukaisuuden ulottuvuuden nimitys equity, eli tasa-arvo eikä termi righteousness, jonka Kekomäki suomentaa oikeamielisyudeksi tai reiluudeksi. Tästä Kekomäki jatkaa oikeudenmukaisuuden määrittelyä John Rawlsin käsittein, mikä on hiukan erikoista, sillä Rawls korostaa oikeudenmukaisuutta reiluutena (justice as fairness). Kekomäki tulkitsee Rawlsin oikeudenmukaisuusnäkemysten siten, että epäoikeudenmukaisuutta on lisättävä yhteiskunnassa siihen asti, että heikoimman kansalaisen tila lakkaa kohenemasta. Tätä mielestäni yksioikoista tulkintaa Kekomäki perustelee kuitenkin mielenkiintoisesti pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista käsin: ”yhteiskunnan on annettava yksilölliselle luovuudelle, älyk-

kyydelle, kunnianhimmolle ja ahkeruudelle nimenomaan yrittäjyyttä suosien riittävästi tilaa ja kannusteita oman hyvinvoinnin lisäämiseksi. Samalla yhteiskunnan on varmistettava tehokkaan ja demokraattisesti valvotun tulonsiirron (lue: verotuksen) avulla se, että kaikki pääsevät hyötymään tilanteesta.” (Kekomäki, 2019, 100–101).

Kekomäki korostaa kirjan alussa hyvän vuoropuhelun ja samalla tavalla tulkittujen käsitesisältöjen tarvetta. On luultavaa, että Kekomäen Amerikan opit ovat sisältäneet tuhdin paketin taloustieteen perusteita. Tähän viittaa hänen kirjaan sisällyttämänsä englanninkieliset termit. Valitettavasti näiden termien suomennotokset ovat varsin omintakeisia. Esimerkiksi Kekomäki käyttää termejä ”ekonomia”, ”terveysekonomia” ja ”terveysekonomian oppineet”. Ekonomian Kekomäki määrittelee järkevien valintojen tieteenksi (science of rational choices) eli niukkuuden (scarcity) käsittelyopiksi. Tämän voisi hyvällä tahdolla ymmärtää myös taloustieteen määritelmäksi, vaikka taloustiedettä ei kirjassa mainita sanallakaan ja terveystaloustieteen Kekomäki kuittaa kirjan alussa lakonisesti: ”En esiinny terveystaloustieteen asiantuntijana, eikä tämä ole terveystaloustieteen oppikirja.” (Kekomäki, 2019, 14).

Koska kirjassa valitettavasti ei ole lähdeviitteitä, lukija joutuu arvailemaan, mistä Kekomäen käyttämät käsitteet ovat peräisin. Voisivatko ne kuitenkin viitata (amerikkalaiseen) talous- tai terveystaloustieteen kirjallisuuteen? Kariikoiden voisi sanoa kirjan otsikonkin mukailevan Amartya Senin teosta *On Ethics and Economics*, joka tosin on kääntynyt suomennotoksena muotoon *Luentoja etiikasta ja taloustieteestä* (ks. Sen 2000). Tämä saattaa olla liian kaukaa haettava, vaikka toisaalta Sen on myös yksi keskeinen Rawlsin oikeudenmukaisuus-

teorian kriitikko ja edelleen kehittäjä omistaen suurteoksensa *The Idea of Justice* John Rawlsin muistolle (ks. Sen 2010).

Jos ja kun Kekomäki ilmeisesti hyödyntää taloustieteen termistöä, meillä taloustieteilijöillä on itsetutkiskelun paikka: miksi emme ole kyenneet juurruttamaan oppiaineemme vakiintuneita suomenkielisiä käsitteitä sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisten ilmiöiden tarkasteluun? Koska sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuspyrkimysten myötä myös valtavirtataloustieteilijät ovat ilmaisseet kiinnostuksensa näihin kysymyksiin, olisi toivottavaa, että osaisimme selittää keskeiset käsitteemme selkosuomella alan harrastajille. Uskaltaisin väittää, että amerikkalaiset kollegamme ovat sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä taloustieteen käsitteiden tutuksi tekemisen osalta meitä huomattavasti pidemmällä (ks. esim. Fuchs 1996).

Olen arviossani korostanut Kekomäen amerikkalaista koulutusta ja sieltä lainaamia ratkaisumalleja. Millainen on siis amerikkalainen terveydenhuoltojärjestelmä? Tähän kysymykseen antaa vastauksen vuonna 2017 kuolleen Uwe Reinhardtin kirja *Priced Out*. Uwe Reinhardt oli saksalaislähtöinen Kanadan kansalainen ja pitkäaikainen Princetonin yliopiston taloustieteen professori.

Koska kirja on saatettu loppuun kirjoittajan kuoleman jälkeen, hänen vaimonsa Tsung-Mei Cheng on liittänyt kirjan loppuun sekä mielenkiintoisen epilogin että kiitokset. Kiitoksista käy ilmi muun muassa Reinhardtin opiskeluaikanaan James Tobinilta saamansa älyllinen innoitus. Kuten lienee tunnettua, 1970-luvun vaihteessa Tobin esitti näkemyksensä hyödykekohtaisesta egalitarismista viitaten siinä yhteydessä muun muassa terveydenhuoltoon (ks. Tobin 1973). Ylipäätään oikeudenmukaisu-

den tematiikka oli tuolloin taloustieteessä aivan eri lailla pinnalla kuin myöhemmin (ks. esim. Phelps 1973). Kirjassa on myös kaksi esipuhetta, joista toisen on kirjoittanut ”vasemmostokeynesiläinen” Paul Krugman ja toisen republikaanisenaattori William H. Frist.

Itse kirja koostuu kahdesta osasta, joista ensimmäinen osa johdattelee lukijansa ”visuaalisesti läpi Amerikan terveydenhuollon ihmemaan” ja toinen osa tarkastelee Yhdysvaltojen terveydenhuollon eettisiä näkökulmia ensin yleisesti ja sitten vuoden 2010 Obamacaren (ACA) ja sitä seuranneiden republikaanien vuoden 2017 vastareformiehdotusten (ACHA ja BCRA) osalta. Lopuksi Reinhardt esittää lyhyesti oman ehdotuksensa amerikkalaisille: sallitaan ihmisten valita 26 ikävuoteen mennessä liittyvätkö he yhteiskunnalliseen solidaarisuuteen (väestötason riskeihin) perustuvaan vakuutusjärjestelmään vai pysyvätkö loppuelämänsä yksilölliseen riskiin perustuvan järjestelmän piirissä (rugged individualist route).

Myös Reinhardtin kirjan keskiössä ovat eettiset kysymykset. Mutta toisin kuin Kekomäki, Reinhardt käy keskustelua yksinkertaisesta, tulojaon yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta koskevasta kysymyksestä käsin: ”missä määrin yhteiskunnan varakkaiden ja onnekkaiden tulee vastata yhteiskunnan köyhempien ja sairaampien jäsenten tarvitsemasta terveydenhuollosta?” Reinhardtin elämänasennetta konkretisoi kirjan kuvaus tilaisuudesta, jossa Reinhardt ja Chicagon yliopiston juridiikan professori Richard Epstein keskustelivat täyden luentosalin edessä em. kysymyksestä Epsteinin pitäytyessä libertaristiseen oikeudenmukaisuusteoriaan, jonka mukaan parempiosaisilla ei ole asian suhteen velvollisuuksia. Keskustelun jälkeen herrat lounastivat yhdessä ja erotessaan ystävinä kunnioittavasti totesivat

eroavansa kysymyksen suhteen erimielisinä. Tässä konkretisoituu kirjan perusviesti: Yhdysvalloissa ei olla koskaan kyetty muodostamaan poliittisesti kestäväää konsensusta terveydenhuoltojärjestelmää ohjaavasta yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta (distributive social justice).

”Visuaalisen matkansa Amerikan terveydenhuollon ihmemaahan” Reinhardt aloittaa vertailemalla USA:n terveydenhuollon menoja muihin kehittyneisiin maihin. Kuten tunnettua, Yhdysvalloissa menot ovat omaa luokkaansa. Selitykseksi ei riitä, että Yhdysvallat on vauras maa: vuonna 2015 terveydenhuollon menot ovat henkilöä kohden USA:ssa noin 2 228 dollaria enemmän kuin BKT:n avulla voidaan selittää maiden välisiä eroja. Myöskään väestön ikärakenne ei voi selittää Yhdysvaltojen korkeita terveydenhuoltomenoja. Yksinkertaisesti sanoen, Yhdysvaltojen terveydenhuollon rakenne on käsittämättömän monimutkainen lukuisine vakuutusjärjestelmineen.

Kirjan kuvat ja esimerkit konkretisoivat järjestelmän monimutkaisuuden ja kalleuden. Sairaalat tarvitsevat hallintohenkilökuntaa sopimaan eri vakuutusyhtiöiden kanssa hoitotoimenpiteiden hinnoista ja laskutuksen hoitamisesta. Siten sairaaloiden sisällä on useita eri hintoja riippuen, onko kyseessä esimerkiksi itse maksava yksityisasiakas, yksityinen vakuutusyhtiö vai julkinen terveydenhuolto-ohjelma. Lisäksi vakuutettu potilas, joka hoidattaa itseään vakuutusyhtiönsä hyväksymässä sairaalassa, saattaa saada yllätyslaskun, jos yksittäinen radiologi, patologi tai muu vastaava lääkäri ei kuulukaan vakuutusyhtiön hyväksymään verkostoon. Reinhardt toteaaakin, että on vaikea kuvitella epäreilumpaa rahoitusjärjestelyä potilaan ja terveydenhuoltojärjestelmän välillä.

Myös lääkkeiden jakelujärjestelmässä riittää monta välikättä ja kukin välikäsi tarvitsee omat katteensa. Tämä konkretisoituu kuviossa, jossa puretaan kuvitteellisen sadan dollarin lääkemenon eri osapuolten keräämiin katteisiin. 100 dollarin kokonaismenosta tuotantokustannukset vievät vain 17 dollaria; muut ovat eri toimijoiden katteita.

Kasvaneet terveydenhuollon kustannukset vievät yhä suuremman osan amerikkalaisten kotitalouksien tuloista. Reinhardt konkretisoi tilannetta Milliman Medical -indeksin avulla. Vuodesta 2001 vuoteen 2017 Millimanin indeksi on nimellisesti kolminkertaistunut 26 944 dollariin. Suhteutettuna yhdysvaltalaisien kotitalouksien 56 000 dollarin mediaanituloon indeksin tarkasteleman nelihenkisen perheen budjetista noin puolet menisi Reinhardtin tulokinnan mukaan terveydenhuoltomeneihin. Kirjan otsikon mukaisesti joudumme kysymään, hinnoitellaanko kasvava joukko amerikkalaisia ulos terveydenhuollon palveluiden piiristä.

Yhdysvaltojen terveystalouden harjoittajat ovat siis vaikeiden valintojen edessä. Terveystalouden yleisen saatavuuden takaamiseksi ostovoimaa on jotenkin siirrettävä tulojaon alapäässä sijaitseville kotitalouksille. Se voidaan Reinhardtin mukaan toteuttaa kolmella tavalla: eksplisiittisesti julkisen sektorin budjetin kautta vero- ja tulonsiirtojärjestelmää hyödyntäen, väestötason aktuaarista vakuutuspremiota hyödyntäen tai hintadiskriminaation avulla. Vaikka kaikkia kyseisiä keinoja on USA:ssa käytetty, väestötason vakuutuspremioiden perustuvaa vaihtoehtoa tarkastellaan kirjan toisessa osassa tarkemmin. Tämä on ymmärrettävää, sillä tarkasteltavissa reformeissa kyse on vakuutusratkaisusta.

Ryhmä- tai väestökeskiarvojen lisäksi aktuaarisesti reilu vakuutus voi perustua vakuu-

tetun terveystietoihin (eli olla ”medically underwritten”). Tällöin preemio perustuu yksilölliseen terveystietoihin, jolloin sairaammat tai korkeamman riskin omaavat ihmiset joutuvat maksamaan korkeampaa vakuutusmaksua. Terveystietojen kerääminen ja analysointi lisää vakuutusyhtiöiden hallinnointikustannuksia ja ne taas vakuutuspremioita. Ilmiselvästi yksilön terveystietoihin perustuva järjestelmä on vaikeasti yhteensovitettavissa tavoitteeseen taata kaikille pääsy terveydenhuollon piiriin. Potentiaalisesti vaihtoehdoksi jää siis riittävän laajan väestöpohjan omaava vakuutuspooli.

Tällaiseen laajapohjaiseen vakuutuspooliin liittyy kaksi kysymystä, joita Reinhardt kirjassaan pohtii. Ensinnäkin, ovatko tällaiseen laajaan väestöpohjaan perustuvat vakuutuspremiot reiluja? Meille ei liene yllättävää, että isossa osassa maailmaa ne ovat eettisesti puolustettavissa, mutta miten on amerikkalaisessa kontekstissa, kun amerikkalaisen sosiaali- ja terveystietoihin keskiössä on ollut yksilön vastuun ja yhteiskunnan vastuun välinen ristiriita. Edelleen tällaiseen yksityiseen, mutta laajan väestöpohjan keskiarvoon perustuvaan vakuutukseen sisältyy asiakaskunnan valikoitumiseen liittyvä riski. Koska yksilötason terveystietojen perusteella matalariskiselle on usein halvempaa hankkia yksilölliseen riskiin perustuva vakuutus, laajan väestöpohjan ohjelman asiakaskunta valikoituu epäedullisesti (adverse selection) kasvattaen vakuutusmaksua. Kuten tunnettua, ainoa tällöin toimiva ratkaisu on siis vakuutuksen pakollisuus. Mikäli vakuutusyhtiöiden on myytävä laajaan väestöpohjaan perustuvaa vakuutusta kaikille halukkaille, on yksilöt velvoitettava hankkimaan sellainen vakuutus. Velvoite puolestaan edellyttää, että niitä yksilöitä, joilla ei ole kyseiseen vakuutuksen taloudellisesti varaa, tulee

tukea suoraan rahallisesti tai epäsuoraan vakuutusyhtiöiden kautta, mikä luonnollisesti aiheuttaa Amerikassa ärtymystä poliittisen kirjon molemmissa ääripäissä.

Tämän pitkän johdannon jälkeen Reinhardt tarkastelee, kuinka vuoden 2010 Obamacare (ACA) sekä republikaanien vastareformiehdotukset vuodelta 2017 (ACHA ja BCRA) vastaavat yhteiskuntaeettiseen kysymykseen, missä määrin yhteiskunnan varakkaiden ja onnekkaiden tulee vastata yhteiskunnan köyhempien ja sairaampien jäsenten tarvitsemasta terveydenhuollosta.

Reinhardt kuvailee lyhyesti jokaisen reformin keskeiset piirteet ja pohtii niiden suhdetta edellä esitettyihin näkökulmiin. Esimerkiksi Obamacaren osalta Reinhardt toteaa, että se jäi monelta osin vajaaksi suhteessa ajatukseen terveydenhuollosta yhteiskunnallisena hyödykkeenä. Vaikka tukea pienituloisten mahdollisuuteen hankkia vakuutus lisättiin, tuen rakenne on sellainen, että osalla keskituloisia vakuutuskustannukset nousivat. Lisäksi terveille nuorille ihmisille vakuutusten hankkimatta jättämisen kustannuksen pienuus johtaa asiakaskunnan epäedullisen valikoitumisen ongelmaan. Republikaanien vastareformiehdotukset saavat Reinhardtilta yhtä kriittisen arvion. Kuten lienee selvää kaikille Yhdysvaltojen politiikkaa seuranneille, republikaanien ehdotukset pyrkivät siirtämään terveydenhuollon rahoituksesta syntyvää taloudellista taakkaa pois terveempien ja varakkaimpien harteilta iäkäämpien ja matalatuloisempien kannettavaksi. Näiden ehdotusten tarkemman kuvauksen ja erityisesti Reinhardtin tekemien Obamacare-vertailujen myötä lukija arvioi uusin silmin Yhdysvaltojen terveydenhuoltoa ja myös yleisemmin Yhdysvaltojen politiikkaa. □

Kirjallisuus

- Fuchs, V. (1996), "Economics, Values, and Health Care Reform", *American Economic Review* 86: 1–24.
- Phelps, E. (1973), *Economic Justice*, Penguin Books, Harmondsworth.
- Sen, A. (2000), *Luentoja etiikasta ja taloustieteestä*, Unipress, Kuopio.
- Sen, A. (2010), *The Idea of Justice*, Penguin Books, London.
- Tobin, J. (1973), "On limiting the domain of inequality", teoksessa Phelps, E. (toim.), *Economic Justice*, Penguin Books, Harmondsworth: 447–463.