

A V A U K S E T

Ammattihoito vai omaishoito?

TIMO KARJALAINEN

Kunnallisella omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvaan hoitoon tai muuhun huolenpitoon kohdistuvaa kunnan järjestämää ja osittain rahoittamaa tukea. Omaishoidettavan hoidosta ja huolenpidosta on kuitenkin päävastuussa nimetty omaishoitaja. Kunta tekee omaishoitoa koskevan toimeksiantosopimuksen omaishoitajan kanssa. Sopimuksen mukaan kunta yleensä maksaa omaishoitajalle rahaa hoitopalkkiona, johon liittyy omaishoitajaan ja -hoidettavaan kohdistuvaa muuta tukea. Omaishoitajalla on mm. lakisääteinen oikeus kahteen vapaapäivään kuukaudessa. Vapaapäivinä hoidettava saa palvelua yleensä kunnalta. Lisäksi hoitaja ja hoidettava voivat saada toimeksiantosopimuksen mukaisesti kunnalta säännöllisesti palvelumuotoista tukea.

On arvioitu (Sihvo 1989), että Suomessa olisi kaikkiaan noin 300 000 läheisensä hoidossa olevaa ihmistä. Omaishoitajista oli kunnallisen omaishoidon tuen piirissä vuoden 2002 aikana 25 341 hoidettavaa ja hoitajaa. (Sotka, 2004.) Nämä hoidettavat ovat jo varsin runsaan tuen tarpeessa. Omaishoidettavista on kehitysvammaisia 18 prosenttia, mielenterveyspotilaita 5 prosenttia ja fyysisesti sairaita 30 prosenttia. Suurin osa on vanhuksia. (Aaltonen 2004.) Kaikista pitkäaikais-hoidossa olevista 65 vuotta täyttäneitä oli pysyvissä laitoshoidossa tai palveluasunnoissa 54 000. Vuoden 2001 lopussa säännöllistä kunnan järjestämää kotihoitoa sai 52 000 ikäihmistä (Sotka, 2004). Kaikkiaan 65 vuotta täyttäneitä on julkisten palvelujen piirissä noin 100 000.

Yleinen käsitys on, että omaishoidon tuki pikemminkin korvaa laitoshoidon kuin lykkää laitossijoitusta. Kuntien arvion mukaan lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista, ehkä noin 12 000, olisi jonkinasteisessa laitoshoidossa, jos he eivät olisi omaishoidossa. (Aaltonen 2004.) Onkin ilmeistä, että monissa tapauksissa kunta on ar-

voinut, että omaishoito on kunnan kannalta taloudellisempi kuin vaihtoehtoiset hoidot, kuten pysyvä laitoshoidon ja tehostettu palveluasuminen.

Omaishoitajista 52 prosenttia on eläkkeellä. Yli 65-vuotiaita omaishoitajia on 39 prosenttia. Hoitajista 22 prosenttia on hoitotyön rinnalla kokotai osa-aikatyössä. Miehiä hoitajista on 25 prosenttia ja hoidettavista yli puolet. Puolisoita hoitajista on 40 prosenttia. Omaishoitotilanne kestää usein vuosia. Vanhukset ovat asiakkaina vuodesta viiteen vuoteen. (Aaltonen 2004.) Valtakunnallista keskimääräistä omaishoidon kestoa ei ole tilastoitu.

Omaishoidon tuki annetaan rahapalkkiona 56 prosentissa sopimuksista. Palkkion suuruus vaihtelee 30 eurosta 1 260 euroon kuukaudessa. (Aaltonen 2004.) Keskiarvo on noin 300 euroa kuukaudessa. Vuonna 2002 kunnallista omaishoidon palkkiota maksettiin 76,4 milj. euroa. (Sotka, 2004.) Elli Aaltosen arvion mukaan vuonna 2002 omaishoidon tuen saajille annettiin lisäksi palveluja noin 91 milj. euron arvosta. Yhteensä omaishoidon tuen raha- ja palvelumenot olivat siis karkeasti arvioiden noin 170 milj. euroa. Tämä on vajaa 10 prosenttia vanhusten pitkäaikaishoidon kokonaismenoista, jotka ovat arviolta runsaat 2 miljardia euroa.

Omaishoitajien mielestä suurimmat omaishoidon puutteet ovat palkkion pienuus, määräaikaisuus ja palkkion verollisuus. Omaishoitajat kaipaavat myös lisää palveluja hoidettavalle, tukea, neuvontaa, kuntoutusta ja koulutusta sekä hoitoa helpottavia välineitä ja tekniikkaa. Mahdollisuus omaan virkistymiseen hoitotyön ohella on vähäinen. Vapaapäivien laitoshoitomainen sijaishoito ja sijaishoidon kalliit asiakasmaksut estävät lakisääteisten vapaapäivien pitämistä. (Aaltonen 2004.)

Kaiken kaikkiaan tilastollinen kuva nykyisestä omaishoidosta ja siihen kohdistuvasta kunnallisesta omaishoidon tuesta on hiukan vaikeasti hah-

motettavissa. Epätarkat ja epävarmat viitteelliset tiedot kuitenkin osoittavat selvästi seuraavan varman tosiasian:

Kunnan menot hoidettavaa kohti ovat keskimäärin selvästi pienemmät kuin omaishoidolle vaihtoehtoisissa tuen muodoissa. Kunnallisen omaishoidon tuen turvin hoidetaan noin 15–20 prosenttia pitkäaikaishoidon asiakkaista, joilla pitkäaikainen laitomainen hoito olisi omaishoidon vaihtoehto. Hoidon menot kunnalle ovat alle 10 prosenttia pitkäaikaishoidon kokonaismenoista. Enemmistö omaishoidettavista on miehiä ja omaishoitajista naisia. Onko omaishoidon tuen kehittämisessä siis avain taloudellisen ja hyvän vanhuudenturvamme kehittämiseen? Tätä asiaa arvioin tässä artikkelissa samaa asiaa käsitelleen selvityksen ehdotusten valossa.

Rahoitus valtiolle?

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 9.10.2003 selvityshenkilön laatimaan ehdotukset toimenpiteistä, joilla omaishoitoa voidaan kehittää osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Selvityksessä tuli tarkastella omaishoidon tuen perusteita ja määrää, omaishoitajien vapaajärjestelyjä ja muita heidän jaksamistaan tukevia toimenpiteitä. Tarkastelussa tuli ottaa huomioon yhtymäkohdat vero- ja sosiaaliturvalainsäädäntöön sekä tehdä esityksiä työelämän ja omaishoidon kehittämiseksi. Selvityshenkilöksi ministeriö nimesi sosiaalineuvos, YTT Elli Aaltosen, jonka toimikausi oli 1.12.2003–29.2.2004.

Selvityshenkilö on lyhyessä määräajassa selvittänyt omaishoidon tämän hetken pulmakohdat ja laatinut pitkän ajan toimenpidesuunnitelman niiden korjaamiseksi. Selvityshenkilö tarjoaa sosiaali- ja terveysministeriölle myös strategisen kehikon, jossa omaishoidon kattavuutta, palveluja ja tukea lisäämällä kyetään varautumaan siihen palvelujen tarpeeseen, jonka väestön ikääntyminen vääjäämättä tuo vuosikymmenen vaihteen jälkeen. Selvityshenkilön esityksillä pyritään palvelujen tarve ennakoimaan ja saamaan omaishoitajärjestelmä siihen mennessä valmiiksi. Näin omaishoidosta on tarkoitus tehdä merkittävä osa kotihoitoa, jonka avulla ehkäistään, siirretään ja korvataan laitoshoidon ja tehostettua palveluasumista sekä vähennetään kotipalvelujen tarvetta. Uudistus sisältää lainsäädännöllisiä muutoksia ja rahoitusvas- tuun jakamista kuntien ja valtion kesken vuosina

2006–2012. Uudistuksia on mahdollista toteuttaa jaksottaen ne tämän hallituskauden ja seuraavan hallituskauden toimenpiteiksi. (Tiivistelmä ..., 2004.)

Kolmen kuukauden pikaselvitys sisältää varsin perinpohjaisen kuvauksen vaikeaselkoisesta omaishoidon tukijärjestelmästä. Selvitys sisältää myös monia hyvin perusteltuja ehdotuksia omaishoidon tuen perusteista, määrästä, omaishoitajien vapaajärjestelyistä sekä ehdotuksia muista omaishoitajien jaksamista tukevista toimenpiteistä. Eräät tärkeät ydinasiat jäävät kuitenkin epäselviksi. Tällaisia ovat omaishoidon ”paikka” osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän strategista kehikkoa sekä omaishoidon oletettu taloudellisuus vaihtoehtoihinsa nähden.

Aaltosen ehdotukset painottuvat liikaa julkisen talouden näkökulmaan. Kunnalle ja ehkäpä valtiollekin halvan omaishoidon kehittäminen ammattimaisen hoidon sijasta tuntuu liian houkuttelevalta. Omaishoidolle tulisi löytyä paikka erityisesti osana kansantalouttamme. Vasta kansantaloudellisessa kehikossa kykenemme luotettavasti arvioimaan omaishoidon hyötyjä ja haittoja, kuten sen taloudellisuutta ja tehokkuutta.

Ongelmallisia ovat kaksi Aaltosen ehdotusta. Hän ehdottaa (ehdotus 1), että Kela eli valtio rahoittaisi omaishoidon rahallisen hoitopalkkion, siis omaishoidon toisen puolikkaan. Hoidettavalta ei perittäisi nykyiseen tapaan hoitopalkkiosta asiakasmaksua. Tarkkaan ottaen asetelma on seuraava: Maksua ei ehdoteta perittävän hoidettavalta hoitopalkkion mahdollistamista omaishoitajan palveluista, siis niistä palveluista, jotka kunta on toimeksiantosopimuksella siirtänyt kunnan vastuulta omaishoitajan vastuulle. Koska hoitaja ja hoidettava katsotaan – ainakin pääsääntöisesti – kuuluviksi samaan talouteen, maksuasua voidaan ottaa huomioon hoitopalkkion suuruutta määrittäessä. Ilmeisesti tällä perusteella Aaltonen myös ehdottaa, että omaishoidon toisen osan eli kunnan tuottamien tai järjestämien muiden palvelujen asiakasmaksut ehdotetaan kohtuullisiksi. Nyt omaishoidon palkkion (rahatuen) ja sitä täydentävän palvelumuotoisen julkisen tuen (palvelutuen) rahoittavat pääosin kunnat eli tarkkaan ottaen kunnalle veroa maksavat kuntalaiset.

Omaishoidon palkkion rahoituksen siirtäminen kokonaan valtiolle olisi merkittävä muutos Suomessa. Palkkioihin ei nyt kohdistu erikseen valtionosuutta. Ehdotus on ristiriidassa suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjes-

telmän peruslinjauksen kanssa, jonka mukaan kunnat päättävät varsin itsenäisesti omien varojensa käytöstä omien kuntalaistensa hyväksi kuntien päättämällä varojen jaon perusteilla. Jopa valtionosuuskin on syytä katsoa kunnan varoiksi sen jälkeen, kun se on kunnan kassaan maksettu. Vaikka kunnat ovatkin usein kooltaan liian pieniä monien modernin yhteiskunnan riskien hallintaan¹, kunnallinen riskinhallinta on nyt se suomalainen peruslinja, johon omaishoidon tuki on syytä mukauttaa. Omaishoidon hoitopalkkion rahoittaminen valtion varoista voi aiheuttaa kunnille kannusteita käyttää valtion varoja kansantaloudellisesti harkitsemattomasti. Ainakin uudistus aiheuttaisi sen, että vanhustenhuollossa omaishoidon osuus kasvaisi. Tällaiseen kunnan talouden sanelemaan kehityssuuntaan viittaavat aikaisemmat kokemukset.

Vanhustenhuollossa asumispalvelujen piirissä olevien ihmisten määrä kasvoi 187 prosenttia vuodesta 1990 vuoteen 2000 (Vaarama & al. 2002). Tärkeä syy tähän on se, että asumispalvelut ovat kunnan taloudelle valtion tuen takia huomattavasti halvempia kuin pysyvä julkinen laitoshoido sekä perinteiset kotiin tuotavat avohuollon palvelut (Leivo 1996). 1990-luvulla kunnallista avohuoltoa saavien ihmisten määrää vähennettiin noin kolmanneksella. Myös pitkäaikaista laitoshoidoa supistettiin. (Vaarama & al. 2002.) Kunnallistaloudelliset syyt aiheuttivat siis merkittävän palvelurakenteen muutoksen Suomessa 1990-luvulla. Valtion varoista subventoidun omaishoidon tuominen mukaan ”peiliin” aiheuttaa seuraavia todennäköisiä muutoksia.

Omaishoito tulisi lyhyellä aikavälillä kunnallistaloudellisesti sietämättömän halvaksi suhteessa omaishoidon tuen kanssa ”kilpaileviin” ammattimaisiin pitkäaikaishoidon vaihtoehtoihin. 1990-luvulla kunnat eivät vältäneet kiusausta kehittää asumispalveluja muiden palvelumuotojen kustannuksella. Miten kunnat nyt välttäisivät kiusauksen kehittää omaishoidoa ammattimaisten palvelujen kustannuksella? Käytännössä tämä tarkoittaa hoitovastuun siirtämistä julkiselta vallalta eli kunnilta ja valtiolta takaisin yksityisille kansalaisille. Suuntaus voi sinänsä olla joissakin tilanteissa rahoituksellisesti ja eettisesti perusteltua,

¹Hyvä riskinhallinta edellyttää riittävää väestöpohjaa, joka kykenee riskin kantamaan. Samoin riskinhallinta edellyttää hyviä eli totuudenmukaisia tietojärjestelmiä, joita kaikilla kunnilla ei ole.

mutta sen ei parane olla ristiriidassa yhteisten kansantaloudellisten hyötyjemme kanssa.

Omaishoidon kunnallis- ja valtiontaloudellinen ”halpuus” perustuu siihen, että omaishoitajat ovat amatöörejä. Amatöörimäinen ”halpahoito” syö edellytykset ammattihoidon kehittämiseltä. Amatöörihoito ”dumppaa” ammattihoidon kunnallistaloudellista hintaa ammattihoidon tappioksi. Pitkäaikaishoitomme muuttuu ammattimaisesta amatöörimäisemmäksi. Linjaus on ristiriidassa muun yhteiskuntamme kehittämisen kanssa, jossa suomalaisista toivotaan alansa huippuosaajia eli hyviä ammattilaisia. Ammattimaisen hyvin ja rationaalisesti hoidettu vanhustenhuolto on syytä ymmärtää osaksi hyvin toimivaa osajien yhteiskuntaa.

Omaishoito on kunnallistaloudellisesti halpaa, mutta kansantaloudellisesti tehotonta. Yhtä omaishoitaaja kohti on yksi omaishoidettava. Ammattimaisessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai laitospalvelu- ja asumisessa hoitajia on yleensä noin yksi kahta hoidettavaa kohden, joskin suhde vaihtelee 0,5:n molemmin puolin. Vanhainkohteissa ja tehostetun hoidon palvelutaloissa suhdeluku on pienempi ja terveyskeskuksissa suurempi.

On todennäköistä, että kuntien yhteenlaskettua laskennallista valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuoltoon vähennetään samalla rahamäärällä kuin omaishoidon tuen valtion rahoitusosuus Aaltosen ehdotuksen takia kasvaa. Julkinen valta voi siis sopia seuraavaa: Valtion ja kuntien budjettien menopuolella näkyy pitkäaikaishoidon kulujen yhteismäärä ja kulujen jakautuma valtion ja kuntien kesken säilytetään ennallaan. Tuskinpa valtion ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ”status quota” ollaan valmiita omaishoidon uudistuksen takia muuttamaan. Ilmeisesti valtio ja kunta tähyävät siihen, että ne saavat taloudellista hyötyä omaishoidon tuen uudistuksesta. On ilmeistä, että pitkäaikaishoitoon käytettävien valtion ja kuntien yhteenlasketut menot pitkäaikaishoidettavaa kohti pienentyvät omaishoitouudistuksen takia, koska julkistaloudellisesti ”halvan” omaishoidon absoluuttinen ja suhteellinen osuus kasvaa pitkäaikaishoidon asiakaskunnassa.

Omaishoidon ”halpuus” nojautuu kuitenkin julkistaloudelliseen näköharhaan. Syitä näköharhaan ovat seuraavat: 1) Emme voi objektiivisesti havaita pitkäaikaishoidon menojen alenemisesta aiheutuvia vastaavia välittömiä tulojen menetyksiä², esim. alan ammattilaisten menettämiä työ-

tuloja. 2) Emme myöskään havaitse menojen alenemisesta aiheutuvia välillisiä lisämenoja julkiselle vallalle muualla, esim. työttömyysturvamenojen kasvua. Omaishoidosta aiheutuvat välittömät ammattitulojen menetykset ja välilliset lisämenot muualla yhteiskunnassa koskettavat yksityistalouksien, valtion ja kuntien budjettejä.

Jos siis kunnat ja valtio alkavat kilpailla pitkäaikaishoittoon uhraamiensa verovarojen minimoinnilla ottamatta huomioon välittömiä tulopuoolella tapahtuvia menetyksiä ja välillisiä menojen lisäyksiä, ”halvan” amatöörihoidon laajeneminen rasittaa kansantaloutemme toimintakykyä monilla tavoin. Pitkäaikaishoidon palvelurakenne muuttuu kansantaloudellisesti tehostomaksi. Jos kuntiin ja kansakuntaan kasautuu pitkällä aikavälillä paljon omaishoidon tuen turvin eläviä hoidettavia sekä heidän hoitajiaan, nämä ihmiset maksavat selvästi vähemmän veroja ja asiakasmaksuja kuin vaihtoehtoisen ammattimaisen avun piirissä olevat hoidettavat ja ammattihoitajat maksaisivat. Pitkällä aikavälillä kunnan ja valtion verotulot vähenevät. Kansainvälinen kilpailukyky vaarantuu, jos nuoremmat sukupolvet – ja hiukan varttuneemmatkin – eivät voi täysipainoisesti keskittyä ammattinsa harjoittamiseen, joka myös tuottaa julkiselle vallalle verotuloja.

Omaishoidon todellinen hinta

Perimmältään omais- ja ammattihoitojen kansantaloudelliset eli todelliset hyödyt ja haitat riippuvat siitä, millaisessa elämäntilanteessa ja millaisille omaishoitajille ja omaishoidettaville omaishoito kohdistetaan. Omaishoidon tuen kansantaloudellisesti rationaalisessa kohdistamisessa joudumme ottamaan huomioon hoitajien ja hoidettavien vaihtoehtoiskustannukset sekä omaishoidon välilliset vaikutukset eli ulkoisvaikutukset. Esittelen näitä tarkemmin myöhemmin, kun olemme ensin hiukan selvittäneet omaishoidon kohdistamiseen liittyvää oikeudenmukaisuutta.

Omaishoidon julkisen tuen *varsinaista kohdet-*

ta kannattaa pohtia huolellisesti monista näkökulmista. Aaltonen ehdottaa (ehdotus 2), että omaishoidon rahallinen tuki maksettaisiin – kuten nyt – hoitopalkkiona hoitavalle omaiselle. Todellisuudessa varsinainen vahingon kohdannut ihminen on kuitenkin omaishoidossa hoidettava ikäihminen. Tämä on oikeutettu saamaan rahallisen tai muun korvauksen julkiselta vallalta vastineena siitä, että on aktiivi-iässä osallistunut ansiotyöhön ja maksanut yhteisölle veroja. Maksetut verot ovat eräänlaisia vakuutusmaksuja (Helne 2002 & 2001; Karjalainen 2003). Oikeudenmukaisuus puoltaa samanlaista ratkaisua kuin Ruotsissa (Aaltonen 2004, 31) ja Saksassa (Häkkinen 2000). Näissä maissa korvaus maksetaan hoidettavalle. Hoidettavan tilinpidon kautta tuki voi tulla siirtyä eri sopimuksella omaishoitajalle.

Esitellessään ehdotustensa tasa-arvovaikutuksia Aaltonen ohittaa varsin keyyin argumentein oikeudenmukaisuusnäkökohdat. ”Naisten pidempi elinikä merkitsee, että miehet keskimäärin hyötyvät puolisoituksesta enemmän kuin naiset” (Aaltonen 2004, 93). Totuus Aaltosen ehdotuksessa on kuitenkin pikemminkin päinvastainen. Ei ole takeita siitä, että hoitajalle maksettava varallisuus valuisi parhaalla mahdollisella tavalla hoidettavan hyväksi. Aaltosen ehdotus voi tarkoittaa, että miehiltä viedään mahdollisuuksia saada vastineita maksamilleen veroille ammattimaisesti tuotettuina pitkäaikaishoidon palveluina. Ei se ole oikein, että menetys ”kompensoidaan” omaiselle, kuten vaimolle, maksettavalla hoitorahalla. Ehdotusten 1 ja 2 sekä koko lakisäätöisen vanhuudenturvamme tasa-arvovaikutusten tieteellinen puntarointi oikeudenmukaisuusteorioiden valossa on toisen artikkelin asia.³ Peruslinja on kuitenkin selvä. Tasa-arvosta ja oikeudenmukaisuudesta – niiden määritelmästä riippumatta – ei ole tavalliselle suomalaiselle juuri iloa, jos omaishoito toteutetaan laiminlyömällä mahdollisuudet kehittää *kaikkia* suomalaisia hyödyttävä kansantaloudellisesti tehokas omaishoito. Omaishoidon rahoitus tulisi siis säätää niin, että omaishoito edistää kansantalouden kasvua.

²Kutakin toimijaa rasittavaa rahallista menoa vastaa aina jonkin toisen toimijan budjetissa yhtä suuri rahallinen tulo. Raha siis kiertää kansantaloudessa. Jossain määrin rahan kiertokulku ylittää myös kansantalouden rajat. Tätä globalisaatioksi kutsuttua ilmiötä ei pidä kuitenkaan suurennella. Uskon, että arviolta 90 prosenttia kaikista rahoista kiertää kansantalouksien sisällä.

³Tasa-arvotarkastelun tulisi sisältää myös ikäryhmien välistä tarkastelua ja oikeudenmukaisuuskriteerejä. Mm. vanhusten- ja vammaishuollon rajat ovat nyt sekkavat. Apua tarvitsevan yksilön ikä on käytännössä ainoa mahdollisuus vammais- ja vanhustenhuollon tukijärjestelmiä erottavaksi kriteeriksi. Tällainen rajanveto on syytä tehdä.

Tämän takia omaishoidon kokonaisrahoitus on syytä jakaa kahteen päärahoituslähteeseen Aaltosen tekemää jakoa tieteellisesti ”syventäen”. Aaltosen ehdotus 2 kohdistuu omaishoidon yksityisoikeudelliseen rahoitusosaan. Sitä kutsun omaishoidon yksityiseksi tueksi eli yksityiseksi rahoitukseksi.⁴ Aaltosen ehdotus 1 kohdistuu veroilla rahoitettuun omaishoidon rahoitusosaan, johon keskittän tarkasteluni. Kutsun sitä omaishoidon julkiseksi tueksi eli julkiseksi rahoitukseksi.⁵ Kyse on julkisen vallan sääntelemästä ja sen tilinpidon kautta kulkevasta *varallisuuden siirrosta*. Kansantaloudellisesti tehokas eli yleishyödyllinen varallisuuden siirto edellyttää monia julkisen vallan sääntelemiä asioita. Tärkeintä on tehdä selväksi kaksi perusasiaa: 1) Keiltä julkisen vallan kannattaa siirtovarallisuus ottaa ja keiltä se ylipäättään voi varallisuutta veroina ja muina pakollisina maksuina ottaa. Esimerkiksi ulkomailla olevilta ulkomaalaisilta varallisuuden periminen ei ole mahdollista. 2) Yhtä lailla julkisen vallan kannattaa selvittää, keille sen kannattaa varallisuus antaa, esim. omaishoidon rahatukena ja siihen liittyvinä palveluina.

Omaishoidon tuen siirto tapahtuu perimmältään aina yksilöiltä yksilöille.⁶ On luonnollista, että omaishoidossa siirto tapahtuu pääsääntöisesti kansallisten rajojemme sisällä, siis Suomessa asuvalta toiselle Suomessa asuvalle. Tärkeintä on kuitenkin siirrettävän varallisuuden olemassaolon turvaaminen. Tyhjistä eli ”tyhjätaskuilta” ei voi varallisuutta ottaa, eikä varallisuutta kannata siirtää hukkaan eli ”tyhjään tilaan”.

Kansantaloutemme sisäisessä varallisuuden kiertokulussa omaishoidon tuki *muuntuu kahdesti*. Ensin se muuntuu yksityisestä varallisuudesta julkisen vallan varallisuudeksi, kun yksilöt ja instituutiot maksavat veroja ja muita pakollisia mak-

⁴Yksinoikeudellisesti säädellyt varat eivät kulje julkisen vallan taseen kautta. Esimerkiksi useimmat perintöihin liittyvät kiistakysymykset ratkaistaan yksityisoikeudellisesti, lukuun ottamatta perintöveroasioita, jotka luen määritelmäni mukaan julkisoikeudellisiksi asioiksi.

⁵Julkisoikeudellisesti säädellyt varat kulkevat jossain varallisuuden kiertokulun vaiheessa julkisen vallan eli kunnan, valtion tai kirkon omistuksen eli taseen kautta. Niistä jää siis julkisen vallan kirjanpitoon ainakin yksi merkintä debet- ja credit-puolelle.

⁶Kyse on ns. yksilöllisyyden periaatteesta, joka pätee lähtökohtaisena perustotuutena kaikessa taloudellisessa toiminnassa. Julkiset instituutiot (valtio, kunnat, työeläkeyhtiöt, kirkko) sekä yksityiset instituutiot (esim. yritykset) vain organisoivat sitä toimintaa, jolla varallisuus kiertää yksilöiltä toisille.

suja. Päinvastainen muunto yksityiseksi varallisuudeksi tapahtuu, kun raha maksetaan omaishoitajan tai omaishoidettavan pankkitilille. Sen, miten väliaikaisesti julkisen vallan omistuksessa olleet varat yksityistämisen hetken jälkeen todella käytetään omaishoidettavan ja omaishoitajan hyväksi⁷, luen omaishoidon yksityiseen tukeen kuuluvaksi asiaksi. Se on tärkeä asia sosiaalipoliittisesti, mutta ei kansantaloudellisesti.

Julkisen vallan on tietenkin syytä liittää omaishoidon julkisen tuen kohdentamiseen ja käyttöön ehtoja, joilla tuki suunnataan kansantaloudellisesti hyödyllisesti riittävän tarkasti kohteeseensa eli tukea tarvitsevalle ihmisille tiettyyn käyttöön. Kyse on annettujen varojen kohdentamisesta. Vastaavasti hyödyllistä ja riittävän tarkkaa suuntausta tarvitaan siirron toisessa päässä, kun siirtovarallisuutta otetaan yksilöiltä, jolloin puhun otettujen varojen kohdentamisesta. Aaltonen mainitsee tuen käytön ehtoina esim. hoitajan kelpoisuusvaatimukset sekä sen, että omaishoidon tukea ei saa maksaa ulkomaille. Julkisen vallan ei kuitenkaan kannata tarkasti valvoa ja seurata annettujen varojen todellista käyttöä sen jälkeen, kun omaishoidon tuen varat on saajalle maksettu eli varat on yksityistetty. Kohteen valinta on tehtävä ennakkoon niin, että voimme *päätellä* omaishoidon tuen kohdistuvan kansantaloudellisesti hyödyllisesti ja tehokkaasti. Tällöin joudumme ottamaan huomioon myös omaishoidon ja sen tuen vaihtoehtokustannukset sekä ulkoisvaikutukset. Niiden mittausrvoja emme voi määritelmällisesti tarkasti selvittää, mutta voimme deduktiivisesti hahmottaa niiden suurta merkitystä likimääräisesti.

Todellisuudessa omaishoitoon julkisen vallan kassan kautta sisään ja ulos siirrettävän rahatuon ja palvelutuen hyödyt ja haitat valuvat omaishoitajan omaishoidettavan muodostamaa lähipiiriä laajemmalle alueelle ympäristöön. Hajautumisen ympäristöön on likimääräisesti hahmotettavissa, periaatteessa jopa likimääräisesti laskettavissa. Omaishoidossa hyödyt ja haitat usein rajoittuvat lähiympäristöön. Hyötyjen ja haittojen valumista lähiympäristöön on syytä arvioida eri ulottuvuuksilla, esimerkiksi ajan ja maantieteellisen paikan suunnissa. Valuminen tapahtuu aina ajalliseen lähitulevaisuuteen (ei siis koskaan men-

⁷On luonnollista, että sekä hoitaja että hoidettava hyötyvät varoista.

neisyyteen) sekä maantieteelliseen lähiympäristöön. Valuminen on jonkin todennäköisyyden määrittämän säännön mukaista. Taloustieteessä valumaa tarkastellaan yleensä kahdesta päänäkökulmasta.

Vaihtoehtoiskustannus kuvaa sen taloudellisen menetyksen arvoa, jonka talouden toimija, esim. Suomen kansantalous, kokee siksi, että julkinen valta kohdistaa siirtovarallisuuttaan, esim. omaishoidon tukea, yhdellä tavalla sen sijaan, että resurssit kohdistettaisiin kansantalouden kannalta hyödyllisimmillä mahdollisella tavalla. Omaishoidon tuen vaihtoehtoiskustannus kuvaa tuen ”todellista hintaa”. Hinta ei ole todellinen siinä mielessä, että se näkyisi julkisen vallan tai jonkin muun toimijan kirjanpidossa. Se on todellinen siinä mielessä, että se kuvaa menetettyä mahdollisuutta, esim. menetettyä vanhuudenturvamme rahoitusmahdollisuutta silloin, kun omaishoidon tuki kohdistaan huonosti. Omaishoidon todellinen kansantaloudellinen kustannus tai hinta vaihtelee tilanteen mukaan.

Kirurgi omaishoitajana

Asian mieltää ehkä parhaiten kuvitteleamalla kansantaloudellisesti kallishintainen omaishoitaja. Tällainen on esimerkiksi kirurgi, jonka vaihtoehtoiskustannukset omaishoidolle ovat suuret. Jos kirurgi vetäytyisi työelämästä omaishoitajaksi ja hänelle maksettaisiin julkisista varoista 1 000 euroa kuukaudessa omaishoidon tukea, omaishoidon todellinen kansantaloudellinen hinta eli kustannus olisi karkeasti arvioiden noin 10 000–20 000 euroa. Tällainen hintahaarukka saadaan, jos otamme huomioon kirurgin omaishoidon takia menettämät ansiot sekä ansioista maksetut tuloerot ja kulutusverot. Summaan on syytä lisätä vielä kirurgin ammatin harjoittamisesta johtuvien positiivisten ulkoisvaikutusten menetykset, esim. leikkaamatta jäävien potilaiden kokemat haitat. Nekin menetetään välillisesti omaishoidon takia. Todellisuudessa kyse olisi siis hyvin kalliista omaishoidosta, vaikka emme voikaan määritellä ja havaita tarkasti todellista hintaa. Tässä tilanteessa julkisen vallan tilinpidossa reaalisena ilmenevä omaishoidon tuen hinta eli 1 000 euroa/kk siis aliarvioi suuresti omaishoidon todellisen hinnan ja kustannukset kansantaloudelle.⁸

Julkisen vallan ei ilmeisesti koskaan kannata houkutella kirurgia omaishoidon tuen nauttijak-

si, esim. korottamalla omaishoidon tukea vaikkapa 5 000 euroon/kk. Kirurgi on kansantaloudelle ja yleensä ihmisille paljon hyödyllisempi omassa ammatissaan. Tällöin hän on veronmaksajana ikään kuin automaattisesti⁹ omaishoidon tuen rahoittajien puolella. Kirurgina hän toimii työssä, jonka tuloksista yhteiskunta voi rahoittaa kirurgin omaisen ammattimaisen hoidon. Ammattityö mahdollistaa myös omaishoidon niille, joille se kansantaloudellisesti sopii.

Kansantaloudellisesti katsottuna omaishoitajaksi soveltuu paremmin ihminen, jolla omaishoidon vaihtoehtoiskustannukset ovat pienet. Tällainen on esim. eläkkeellä oleva omaishoidettavan puoliso. Hän voi olla esim. eläkkeellä oleva kirurgi, joka ei enää vaihtoehtona tekisi työtä kirurgina.¹⁰ Omaishoidon todellinen hinta on tällöin varsin lähellä omaishoidon tuen reaalihintaa 1 000:ta euroa/kk.

Julkisen vallan kansantaloudellisena intressinä on siis huolellisesti selvittää eri vaihtoehtojen ja tilanteiden hyötyjä ja haittoja. Tällainen puntaointi selvittää, millaisille ihmisille julkisen vallan kannattaa kohdistaa omaishoidon tuki ja millaisille ammattimainen tuki, jotta tuen kansantaloudelliset hyödyt olisivat mahdollisimman suuret ja haitat mahdollisimman pienet.

Toista osaa hyötyjen ja haittojen valumasta lähiympäristöön kutsutaan ulkoisvaikutuksiksi. Ulkoisvaikutukset koskevat *toteutumatta* reaalista tosiasiaa, esimerkiksi tilannetta, jossa ihminen saa omaishoidon tukea 1 000 euroa/kk. (Vaihtoehtoiskustannukset kuvaavat siis toteutumatta jääneen, mutta mahdollisen tosiasian aiheuttamaa tulojen menetystä.) Saajalleen jo maksettuaan omaishoidon tukeen ja erityisesti sitä täydentävään tai sen vaihtoehtona olevaan ammattimaiseen palveluun liittyy aina välillisiä hyötyjä ja haittoja, jotka eivät rajaudu vain omaishoitajaan ja

⁸Jos yksistään reaalisesti näkyvät hyödykkeiden hinnat riittäisivät toiminnan hyödyllisyyden arvioimiseen, kannattaisi alentaa kaikkien ihmisten ansioita. Tällöin hyödykkeiden hinnatkin alenisivat. Jos jatkaisimme tätä alenevaa kierrettä loputtomiin, elämämme olisi tosi halpaa ja suomalaisten kilpailukyky ilmeisesti huippuluokkaa. Mutta mitä järkeä on tällaisessa kollektiivisessä kansallisessa itsensä alentamisessa?

⁹Automaattisuus johtuu kaksiarvoisesta logiikasta. Jos suomalainen ihminen ei ole omaishoidon tuen nauttijana eli julkisen vallan yksilöltä yksilölle siirtämän varallisuuden kohde, hänen on oltava tuen rahoittaja.

¹⁰Tietenkin voi aprikoida, miksi hän kelpaa kyllä ras-kaaseen ihmisen hoitotyöhön, mutta ei kirurgin työhön.

omaihoidettavaan.¹¹ Nekin hajautuvat lähiympäristöön muiden hyödyiksi ja haittoiksi.

Omaishoidon julkisen tuen vaihtoehtokustannukset ja ulkoisvaikutukset ovat tärkeitä tosiasioita, kun pyrimme turvaamaan yhteisvastuullisesti ihmisten vanhuutta. Niitä on kuitenkin hyvin vaikeata tarkasti määritellä ja mitata. Tarkkojen havaintojen puuttuessa joudumme *päättämään*, millaisessa tilanteessa ja millaiselle ihmiselle maksettu omaishoidon tuki on kansantaloudellisesti hyödyllinen. Kansantaloudellisesti on siis hyvin merkittävää, miten viisas julkinen valtamme on, miten huolellisesti puntaroidun omaishoidon tukea koskevan varallisuuden siirron se osaa ja haluaa tehdä. Tämä viisaus vaikuttaa kaikkiin suomalaisiin. Jos kansantaloutemme kasvu alkaa hiipua epäviisaan omaishoidon tuen kehittämisen takia, myös julkinen valta ja yksityistaloudet päähenkilön ikään katsomatta joutuvat pulaan.

Rationaalista yksilöistä muodostuva kansa pyrkii yksilölle ja yhteisölle vanhuudenturvasta kokonaisuutena aiheutuvien *kulujen kohtuullisuuteen*, vanhuudenturvan rahoituksen rationaaliseen järjestämiseen sekä rahoitusrasituksen oikeudenmukaiseen jakautumiseen yhteisön kaikkien jäsenten kesken. Rahaa ei kannata valuttaa asiattomiin kohteisiin, esim. suomalaisten rahoitamiin ulkomailla nautittaviin lakisääteisiin eläkeisiin, joista kaikki verot maksetaan ulkomaille (Karjalainen 2004).

Tarvitsemme omaishoidon vaihtoehtokustannuksiin ja ulkoisvaikutuksiin liittyvien talousteorioiden viisasta soveltamista käytäntöön. Tämä auttaa meitä kohtuullisen tarkasti määrittelemään, *millaisissa tilanteissa* omaishoidon julkinen tuki – eli tarkasti ottaen varallisuuden siirto julkisen vallan kautta ihmisiltä toisille – on kansantaloudellisesti hyödyllistä eli suomalaisten yhteinen etu. Tällöin on syytä ottaa huomioon myös

¹¹ Äärimmillen vietyä omaishoito ja sen julkinen tuki voivat johtaa kohteensa säästöliekkielämään, jossa kaikki yhteiskunnallinen toiminta ja muu aktiviteetti on "sammunut", mukaan lukien taloudelliset aktiviteetit. Sammunut toiminta ei aiheuta hyötyjä eikä haittoja sen paremmin toiminnan "sisällä" kuin ulkoisvaikutuksinaan. Sillä ei ole myöskään vaihtoehtokustannusta, koska toimijoilla ei ole faktisesti mahdollisuuksien kenttää toimia muulla tavoin kuin sammuneesti. Sammunut toiminta on tietenkin hyvin taloudellista ja halpaa. Taloudellisinta ja halvinta elämä onkin silloin, kun se tapahtuu täydellisen näköalattomassa taloudellisessa ja muussa köyhyydessä. Mutta, kuka tällaista haluaisi omalle kohdalleen omassa vanhuudessaan?

muut asiaan liittyvät julkisen sääntelyn muodot, kuten avioliittolainsäädännön velvoitteet puolisoille sekä perintölainsäädäntömme, jotka eivät ole enää ajan tasalla.

Vaikka ammattimainen hoito näyttäisi maksuvan varsin paljon, koska alan ammattilaisten on saatava toimeentulonsa hoidosta, yhteiskunnan on kahdesta syystä syytä tukea ensisijaisesti ammattimaisia palveluja. 1) Aktiivi-ikänsä ansiotyötä tehneet ovat veroja ja pakollisia sosiaaliturvamaksuja maksamalla ansainneet korkeatasoisen eli ammattimaisesti järjestetyn ja tuotetun yhteiskunnan subventoiman hoidon. Erityisesti tämä ansio tulisi kohdistaa ikämiehille, jotka nyt loistavat poissaolollaan vanhustenhuollon ammattipalvelujen asiakaskunnassa. 2) Kun julkinen valta tukee rahallisesti ammattimaisten palvelujen järjestämistä, se stimuloi elinkeinoelämää monilla tavoin. Elinkeinoelämän tärkeimpiä lohkoja on ammattimainen vanhustenhuolto. Sen tulisi kasvaa, koska kysyntää palveluille on. Vanhusten ammattimainen hoito työllistää nyt 50 000 ihmistä ja hoitaa reilusti yli 100 000 ihmistä, jos luemme tarkasteluun mukaan koko avohuollon ja yksityisen toiminnan. Ammattihoito luo välillisesti työnteon edellytykset paljon suuremmalle ihmisjoukolla, joka työskentelee muilla aloilla. Julkisista varoista tuettuja omaishoitoja ja omaishoidettavia ikäihmisiä on noin 20 000. Ammattimainen pitkäaikaishoito on siis jo nyt selvästi julkisen vallan tukemaa omaishoitoa yleisempää. Näin pitääkin olla. Jos ammattimainen hoito supistuu ja korvautuu näennäisesti julkistaloudellisesti halvemmalla omaishoidolla, kansakunnan menestyksestä ja julkisista varoista huolehtivien kannattaa alkaa toisissaan huolestua kansakuntamme näivettymisestä.

Vanhusten ammattimainen hoito on tärkeä osa sivistynyttä dynaamista palveluyhteiskuntaa. Palvelut ja ammattimaiset hoitopalvelut niiden osana työllistävät kaikissa kehittyneissä markkinatalousmaissa jatkuvasti enemmän ihmisiä sitä mukaa kuin työnteekijöiden tarve teollisuudessa ja alkutuotannossa on rationalisoinnin takia vähentynyt. Yhteiskuntamme kulkee lähes luonnonlain tapaisella logiikalla kohti ammattimaisesti hoidettua palveluyhteiskuntaa, joka on pääasiallinen toimeentulon lähde sekä ammattimaisesti palveltaville ihmisille että ammattipalvelijoille. Omaishoidon tuki ei siis ole avain yleiseen hyvinvointiimme. Avain löytyy ammattimaisen tuen kehittämisestä.

KIRJALLISUUS

- AALTONEN, E.: Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Työryhmämuistioita 2004: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- HELNE, T.: Vakuutus vaikeuksissa? *Janus* 9 (2001): 2, 81–108
- HELNE, T.: Syrjäytymisen yhteiskunta. Tutkimuksia 123. Helsinki: Stakes, 2002
- HÄKKINEN, H.: Hoitovakuutus Saksassa. Helsinki, Suomen Kuntaliitto, 2000
- KARJALAINEN, T.: Onko lakisäätöinen vanhuudenturvamme vakuutus? *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003): 5, 478–491
- KARJALAINEN, T.: Vanhuuden turvan takeeksi tarvitaan reilut pelisäännöt. *Helsingin Sanomat*, Vieraskynä 23.2.2004
- LEIVO, J.: Vanhusten palvelutalojen kiinteistönpito ja palvelutuotanto. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti 3/1996. Helsinki 1996
- SIHVO, T.: Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti 1. Julkaisuja 14. Helsinki: Sosiaalihuollitus, 1989
- SOTKA-TIETOKANNAN TILASTOTIETO. Stakes, 2004
- TIIVISTELMÄ ELLI AALTOSEN SELVITYKSESTÄ VALTAKUNNALLISEN OMAISHOIDON UUDISTAMISEKSI. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1719/index.htm>
- VAARAMA, M. & VOUTILAINEN, P. & KAUPPINEN, S.: Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002.