

**PTT raportteja 223**

**PTT Reports 223**

**Yksityinen varautuminen  
hoivamenoihin – Vaihtoehtoisia malleja  
oman hoivan rahoittamiseen**

**Markus Lahtinen**

Helsinki 2010

Pellervon taloustutkimus PTT  
Erikinkatu 28 A  
00180 Helsinki  
Puh. 09-348 8844  
Faksi 09-3488 8500  
Sähköposti [ptt@ptt.fi](mailto:ptt@ptt.fi)

ISBN 978-952-224-054-5 (NID)  
ISBN 978-952-224-055-2 (PDF)  
ISSN 1456-3215 (NID)  
ISSN 1796-4776 (PDF)

Helsinki 2010

**Markus Lahtinen. 2010. YKSITYINEN VARAUTUMINEN HOIVAMENOIHIN - Vaihtoehtoisia malleja oman hoivan rahoittamiseen. PTT raportteja 223. 52 s. ISBN 978-952-224-054-5 (NID), ISBN 978-952-224-055-2 (PDF), ISSN 1456-3215 (NID), ISSN 1796-4776 (PDF).**

**Tiivistelmä:** Hoivapalvelujen rahoittamisen kannalta olennainen asia on oman varautumisen ja yhteiskunnan velvollisuuksien välinen raja. Yksilöiden omaa vapautta ja vastuuta hoivasta lisäämällä voidaan myös palvelutuotantoon saada muutoksia. Eräs ratkaisu olisi, että julkinen sektori tarjoaisi perushoivapalvelut ja yksityinen sektori tarjoaisi rahoitusmuodon ja ne yksilölliset hoivapalvelut, joita ihmiset kokevat tarvitsevansa perushoivan lisäksi.

Yksityisen rahoituksen puolella pitkäaikaissäätämisen tavoitetta tulisi laajentaa eläkeiän tulojen täydentämisestä kohti hoivan rahoittamista. Yksi mahdollinen ratkaisu on hoivavakuutuksen ja pitkäaikaissäätämisen yhdistäminen siten, että pitkäaikaissäätämisen veroedut kytkettäisiin ainakin osittain yksilöllisten hoivatarpeiden rahoittamiseen. Pitkäaikaissäätämisellä kerättyjä varoja voitaisiin sitten kanavoida hoivavakuutukseen, joka toimisi vapaaehtoisen yksityisen ja yksilöllisen hoivan rahoituksen instrumenttina.

Mikään yksityisen puolen innovaatio ei pysty ratkaisemaan hoivan yksityisen rahoituksen problematiikkaa ilman yksityisen järjestelmän toimivaa niveltymistä julkisesti rahoitetun hoivajärjestelmän kanssa. Lisäksi ensiarvoisen tärkeätä hoivavakuutuksen yleistymisen kannalta on kuntien erilaisen palvelutarjonnan ja erilaisten käytäntöjen yhdenmukaistuminen.

**Avainsanat:** *Hoivarahoitus, yksityinen hoivavakuutus.*

**Markus Lahtinen. 2010. ALTERNATIVE MODELS FOR PRIVATE LONG-TERM CARE FUNDING. PTT Reports 223.**

**Abstract:** Long-term care (LTC) primarily consists of varying degrees of custodial care for individuals who have difficulty performing basic functions in their daily lives. LTC expenditures are projected to multiply in real terms over the few decades in Finland.

This paper focuses on voluntary private LTC insurance. LTC represents one of the largest uninsured financial risks facing elderly in Finland. Public provision of LTC is essential in Finland, but complementing it with voluntary private insurance might improve welfare. An implication of our findings is that policies designed to stimulate private insurance demand will be of limited efficacy if private LTC insurance only replaces benefits that public programs would otherwise have provided. The availability of information and advice services to support decision making of elderly are also essential for the success of private LTC insurance.

In Finland as in other Nordic countries, LTC is tax-funded and organized at local level. The regional differences in public LTC funding and provision should also be diminished since the expected utility of insurance should not be dependent on the place of residence.

**Keywords:** *Long-term care funding, private long-term care insurance*



# Esipuhe

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja rahoittamiseen liittyvät teemat ovat ajankohtaisia monesta syystä, eikä vähiten siksi, että esimerkiksi hoivan kohdalla kyse on merkittävästä eli noin kolmen miljardin suuruisesta, väestön vanhenemisen myötä yhä kasvavasta rahoitustarpeesta. Hoivan rahoitustarpeiden selvitys nousee esiin mm. Matti Vanhasen toisen hallituksen ja sen työtä jatkavan Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmissa.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yksityisen ihmisen varautumismahdollisuuksia hoivan aiheuttamiin kustannuksiin. Päähuomio tutkimuksissa on siinä, millä edellytyksillä ja miten vapaaehtoinen omaehtoinen varautuminen voisi muodostua kansalaisten kannalta mielekkääksi vaihtoehdoksi, ja miten yksityinen varautuminen voisi toimia julkista hoivaa tukevana elementtinä

Selvityksen ovat rahoittaneet sosiaali- ja terveysministeriö ja Finanssialan keskusliitto. Selvitys on osa kokonaisuutta, jonka toisena osana on Raija Volkin ja Tuula Laukkasen raportti, jossa esitellään julkisia hoivan rahoituksessa käytössä olevia kansainvälisiä malleja ja pohditaan vaihtoehtoja suomalaiselle nykymallille. Näiden kahden tutkimuksen tavoitteena on avata yhteiskunnallista keskustelua julkisen vallan ja kansalaisen taloudellisten vastuiden jakamisen ja vastuiden järjestämisen vaihtoehtoista, ja myös rahoitusjärjestelmän vaihtoehtojen vaikutuksesta lopputulokseen hoivapalvelujen tarvitsijan näkökulmasta.

Kiitän rahoittajia hyvästä yhteistyöstä. Samoin kiitän kommentoivia ja keskusteluista Hennemari Mikkolaa ja Anne Neimalaa (Kela), Heikki Palmia (STM), Päivi Lunaa, Piritta Poikosta ja Timo Silvolaa (FKL), Tuovi Allénia ja Tuomo Meliniä (Sitra) sekä Petri Vanttista ja Ari Salmea (Pohjola-vakuutus).

Helsingissä 27.9.2010

Pasi Holm  
toimitusjohtaja

Markus Lahtinen  
tutkimusjohtaja



## Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yksityisen ihmisen varautumismahdollisuuksia hoivan aiheuttamiin kustannuksiin. Päähuomio tutkimuksessa on siinä, millä edellytyksillä ja miten vapaaehtoinen omaehtoinen varautuminen voisi muodostua kansalaisten kannalta mielekkääksi vaihtoehdoksi ja miten yksityinen varautuminen voisi toimia julkista hoivaa tukevana elementtinä

Julkisen sektorin rooli palvelujen turvaajana on Suomessa yleisesti hyväksytty. Yksikään merkittävä puolue ei voimakkaasti kyseenalaista hyvinvointivaltiota. Kiristyvän julkisen talouden ympäristö pakottaa kuitenkin pohtimaan julkisesti rahoitettavan hoivan sisältöä. Menojen kohdentaminen edellyttää puolueilta avointa arvokeskustelua yhteiskunnan ja yksilön välisestä työnjaosta. Arvokeskustelu voi ja pitää käydä myös hyvinvointiyhteiskunnan raamien sisällä.

Hoivapalvelujen rahoittamisen kannalta yhä olennaisemmaksi tuleekin jatkossa kysymys siitä missä kulkee oman varautumisen ja yhteiskunnan velvollisuuksien välinen raja. Yksilöiden omaa vapautta ja vastuuta hoivasta lisäämällä voidaan myös palvelutuotantoon saada muutoksia. Eräs ratkaisu olisi, että julkinen sektori tarjoaisi perushoivapalvelut ja yksityinen sektori tarjoaisi rahoitusmuodon ja ne yksilölliset hoivapalvelut, joita ihmiset kokevat tarvitsevansa perushoivan lisäksi.

Pitkäaikaissäästämisen tavoitetta tulisi laajentaa eläkeiän tulojen täydentämisestä kohti hoivan rahoittamista. Pitkäaikaissäästäminen kaventaisi silloin nykyistä tehokkaammin julkisen talouden kestävyysvajetta. Yksi mahdollinen ratkaisu on hoivavakuutuksen ja pitkäaikaissäästämisen yhdistäminen siten, että pitkäaikaissäästämisen veroedut kytkettäisiin ainakin osittain yksilöllisten hoivatarpeiden rahoittamiseen. Pitkäaikaissäästämisellä kerättyjä varoja voitaisiin sitten kanavoitaa hoivavakuutukseen, joka toimisi vapaaehtoisen yksityisen ja yksilöllisen hoivan rahoituksen instrumenttina.

Mikään yksityisen puolen innovaatio ei pysty ratkaisemaan hoivan yksityisen rahoituksen problematiikkaa ilman yksityisen järjestelmän

toimivaa niveltymistä julkisesti rahoitetun hoivajärjestelmän kanssa. Ensiarvoisen tärkeätä hoivavakuutuksen yleistymisen kannalta on lisäksi kuntien erilaisen palvelutarjonnan ja erilaisten käytäntöjen yhdenmukaistuminen. Ilman yhdenmukaisempaa hoivapalvelutarjontaa vakuutustuotteen sisällön ja ehtojen standardointi on vaikeata, koska vakuutuksen ottajan palvelun tarve (vakuutuksesta saatava hyöty) vaihtelee asuinpaikan mukaan. Lisäksi vakuutuksen ottajan asuinpaikka voi olla eri vakuutustapahtuman realisoituessa kuin vakuutusta otettaessa.



# Sisällys

Esipuhe

Yhteenveto

1.	Johdanto .....	1
1.1	Tutkimuksen tausta ja tavoite.....	1
1.2	Suomalainen hoivan tarjonta ja sen rajoitteet .....	2
1.2.1	<i>Väestön ikääntyminen</i> .....	3
1.2.2	<i>Hoivapalveluiden hintakehitys</i> .....	5
1.2.3	<i>Julkinen talous</i> .....	6
1.3	Tutkimuksen rakenne.....	7
2.	Yksityinen varautuminen hoivan julkisen rahoituksen täydentäjänä ...	8
2.1	Ulkomaisia hoivan rahoitusmalleja .....	9
2.2	Suomalaisen järjestelmän kehittämisehdotuksia .....	10
2.3	Informaali hoiva .....	12
2.4	Yksityisen varautumisen suhde julkiseen hoivaan.....	13
2.4.1	<i>Odotukset tulevasta julkisen hoivan tarjonnasta</i> .....	14
2.4.2	<i>Julkisen hoivan tarjonta</i> .....	15
2.4.3	<i>Instituutiot ja hoivan tarjonta</i> .....	16
2.4.4	<i>Julkisen hoivan tulo- ja varallisuusperusteisuus</i> .....	17
2.4.5	<i>Yksityisen palvelutarjonnan niveltyminen julkiseen tarjontaan</i> .....	18
2.5	Yksityisen hoivan tehokkuushyödyt .....	21
3.	Hoivavakuutus.....	23
3.1	Kuka ostaa hoivavakuutuksen ja miksi?.....	24
3.1.1	<i>Ikä ja sukupuoli</i> .....	25
3.1.2	<i>Tulot ja varallisuus</i> .....	26
3.1.3	<i>Perhesuhteet</i> .....	28
3.1.4	<i>Terveys</i> .....	29

3.2	Vakuutustapahtuma.....	31
3.3	Vakuutuksen hinta ja verovähennykset .....	32
3.4	Rahaa vai palveluja? .....	34
3.5	Kertamaksu vai kuukausimaksu.....	35
4.	Pitkäaikaissäästäminen ja hoivan rahoitus.....	36
4.1	Pitkäaikaissäästämistuotteet ja hoivavakuutus.....	38
4.2	Käänteinen asuntolaina hoivan rahoituksen ratkaisuna.....	39
4.2.1	<i>Empiirisiä havaintoja käänteisestä asuntolainasta.....</i>	<i>41</i>
5.	Johtopäätökset.....	43
	Lähdeluettelo .....	45

# 1. Johdanto

## 1.1 Tutkimuksen tausta ja tavoite

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yksityisen ihmisen varautumismahdollisuuksia lisääntyneeseen hoivan tarpeeseen tilanteessa, jossa julkisten palvelujen lisäämisen mahdollisuudet ovat rajalliset. Hoivalla tarkoitetaan tässä työssä kotona annettavaa tukea henkilön suoriutumiseen arjen askareista, joista hän ei alentuneen toimintakykynsä vuoksi itsenäisesti suoriudu.<sup>1</sup> Tietyin osin kyseeseen voi tulla myös hoitolaitoksessa ulkopuolisen tahon antama hoiva.

Yksityisen ihmisen varautuminen voi tapahtua esimerkiksi eri pitkäaikaisäästämisinstrumenttien tai hoivavakuutuksen avulla. Oman vastuun yhteydessä on tuotu yhä useammin esiin myös vanhusväestön oman varallisuuden käyttö henkilökohtaisen hoivan rahoittamisessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksen on pohtia näiden eri yksityisten varautumisvaihtoehtojen haasteita ja mahdollisuuksia. Päähuomio tutkimuksissa on siinä, millä edellytyksillä ja miten vapaaehtoinen omaehtoinen varautuminen voisi muodostua kansalaisten kannalta mielekkääksi vaihtoehdoksi, ja miten yksityinen varautuminen voisi toimia julkista hoivaa tukevana elementtinä

Palvelujen rahoitustapaa tarkasteltaessa joudutaan ottamaan huomioon myös hoivapalveluiden järjestämistapa, sillä se vaikuttaa sekä palveluiden käyttäjien, tuottajien että rahoittajien käyttäytymiseen ja sitä kautta palvelujen käytön määrään ja menoihin. Tavoitteena on yksi-

---

<sup>1</sup> Hoivapalvelun käsitteen käytölle eikä sen sisällölle ole olemassa yhtenäistä käytäntöä. Esimerkiksi Järvinen (2004) lukee hoivapalveluihin sekä avo- että laitoshoidon. Stakesin hoivaraportissa (2006) ehdotetaan, että hoivaan lasketaan mm. sosiaalityö, lasten päivähoito, vanhustenhuolto, päihdehuolto, asumispalvelut ja vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet eli palvelut, jotka perustuvat vapaaehtoisuuteen ja palvelun tarjoajan ja vastaanottajan vuorovaikutukseen.

tyisesti ja julkisesti rahoitetun hoivan yhteen kytkeytyminen siten, että yksityisesti rahoitetut palvelut täydentäisivät julkista palvelua.

## 1.2 Suomalainen hoivan tarjonta ja sen rajoitteet

Julkisen sektorin rooli palvelujen turvaajana on Suomessa yleisesti hyväksytty. Yksikään merkittävä poliittinen liike ei voimakkaasti kyseenalaista hyvinvointivaltiota. Vallitsevat ideologiset virtaukset sekä maailmalla (Yhdysvaltojen terveydenhoitouudistus) että Suomessa antavat vahvan syyn olettaa julkisen sektorin olevan merkittävässä roolissa hoivamarkkinoilla myös tulevaisuudessa.

Suomen terveydenhuollon ja hoivasektorin nähdään yleisesti toimivan hyvin ja kansainvälisesti tarkastellen kohtuullisilla kustannuksilla. Tästä huolimatta toimintaa, rakenteita ja rahoitustapaa joudutaan arvioimaan aika ajoin. Suomen lähivuosien hoivastrategian keskeinen teema tulisi olla tarve selkeyttää yhteiskunnan vastuun, oman vastuun ja perheyhteisön vastuun välistä suhdetta.

Suomalaisen terveyst- ja sosiaalipalveluiden perusta on universaalisuus ja kunnallinen järjestämismvastuu. Lähtökohtana on julkisen rahoituksen keskeisyys. Rahoituksellisessa mielessä universaalisuus tarkoittaa Suomessa sitä, että kaikki osallistuvat verotuksen kautta rahoitukseen ja kaikki tarvitsevat saavat etuuksia. Hoivapalvelujen julkinen rahoitus pohjautuu Suomessa kuntien verotuloihin, valtionosuuksiin, asiakasmaksuihin ja osin myös Kansaneläkelaitoksen hallinnoimaan julkiseen sairausvakuutukseen.<sup>2</sup>

Universaali verotuksella rahoitettu hoivajärjestelmä on yritys vastata toisaalta hoivan tarpeeseen liittyvään epävarmuuteen ja sen kansalaisille tuottamaan taloudelliseen riskiin ja toisaalta palvelujen oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen saatavuuteen. Näitä tavoitteita voidaan toteuttaa monilla muillakin tavoin. Kollektiivisen rahoituksen toteuttaja voi olla julkinen taho (valtio, kunta, kuntayhtymä, Kansaneläkelaitos), yksityinen yritys (vakuutusyhtiö) tai yhteisö (sairauskassa tms.). Maksut voivat olla veroja, vakuutusmaksuja tai jäsenmaksuja. Kollektiiv-

---

<sup>2</sup> Vanhusten hoivan puolella Kelan osuus on selvästi pienempi kuin terveydenhoidossa. Merkittävä Kelan hallinnoima hoivaetus on eläkkeensaajien hoitotuki, noin 270 miljoonaa euroa. Sitä saa yli 190 000 henkilöä.

vinen rahoitus voi korvata osan potilaan kuluista joko hoivan antajalle tai potilaalle itselleen tai palvelut voidaan tarjota potilaalle maksutta. (Pekurinen, 2007)

Vanhusväestön osuuden kasvu ja julkisen vallan rajalliset resurssit luovat epävarmuutta julkisten hoivapalveluiden tulevasta laadusta ja määrästä. Koska palvelut ovat pääosin verorahoitteisia, toisin kuin vakuutukseen perustuvat eläkkeet, ne ovat myös alttiita suhdannevaihteluille ja muutoksille poliittisessa ympäristössä. Kansalaiset ovatkin alkaneet kysyä, onko lupaus hoivan saannista sitova ”sopimus” ja kunnioittavatko poliitikantekijät sitä myös tulevaisuudessa kaikissa olosuhteissa. Esimerkiksi Valtioneuvoston kanslian ikääntymiseen varautumista koskeva raportti tuo tämän esiin (Laine ym. 2009).

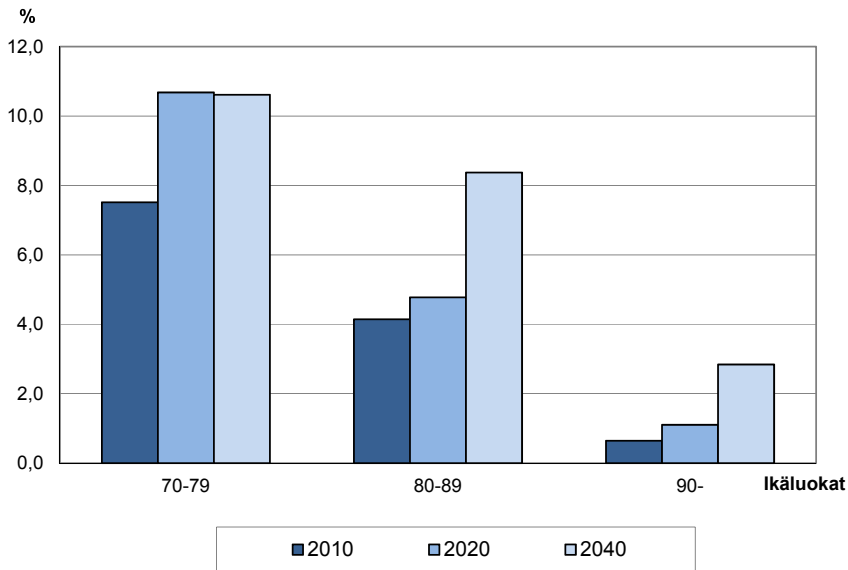
Tarveharkintaisiin palveluihin kuuluvien hoivapalvelujen järjestäminen on sosiaalipoliittinen kysymys ja näihin palveluihin panostaminen kuvastaa kunkin kunnan päättäjien sosiaalipoliittisia arvovalintoja ja päättäjien keskuudessa vallitsevaa vanhus- ja vammaiskäsitystä. Palvelujen kasvava kysyntä luo kuitenkin paineita säännöstellä palvelujen tarjontaa ja saatavuutta.<sup>3</sup> Toisaalta ihmisten odotukset riittävästä hoivan tasosta ja määrästä ovat kasvaneet. Ikääntyvä väestö on jo tottunut kuluttamaan ja moni on lisäksi tottunut tietyn tasoiseen elintasoon, eikä näistä olla kovinkaan valmiita tinkimään vanhemmalla iällä. Julkisen palveluntarjonnan ohella onkin alettu korostaa myös oman varautumisen merkitystä.

### **1.2.1 Väestön ikääntyminen**

Samanaikainen työikäisen väestön väheneminen ja ikääntyneiden määrän kasvu ja sen myötä lisääntyvä hoivan tarve ovat keskeinen peruste julkisten palvelujen vaihtoehtoisten rahoitusmallien etsimiselle. Vuonna 2010 yli 80-vuotiaiden osuus väestöstä on noin 4,8 prosenttia ja tämän osuuden ennustetaan vuoteen 2040 mennessä nousevan 11,2 prosenttiin, jolloin heidän määränsä nousisi nykyisestä 257 200:sta 670 900:een. (Kuva 1)

---

<sup>3</sup> Luottamus esimerkiksi kotipalvelun saatavuuteen on laskenut (Muuri 2008, 49 ja 51; Laine ym. 2009, 183–184). Lisäksi kuntia on syytetty vanhuspalvelujen alimitoittamisesta, mitä voidaan tarkastella myös ikäsyrynnän näkökulmasta (Vaarama ym., 2009, 24–25).



**Kuva 1.** Vanhusten ennustettu väestöosuuden kasvu ikäluokittain. Lähde: Tilastokeskus

Vuonna 2002 yli 65-vuotiaista noin 7 prosenttia asui laitoksessa tai palveluasunnossa. Yli 80-vuotiailla vastaava osuus oli jo 20 prosenttia. Kotiapalveluita sai noin 11 prosenttia yli 65-vuotiaista vuonna 2002, kun yli 80-vuotiaista kotipalveluita saavien osuus on hieman yli kolmasosa. (Anttonen ja Sointu, 2006) Varsinkin yli 80-vuotiailla hoidon tarve kasvaa nopeasti, joten hyvin vanhojen henkilöiden osuuden kasvu koko väestöstä kasvattaa hoidon kokonaisuudesta yhteiskunnalle.

Vanhusväestön alttius sairauksiin, jotka edellyttävät pitkäaikaishoivaa, on vähentynyt Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuonna 1980 tehdyssä kyselyssä 13 prosenttia yli 65-vuotiaista oli hoidon tarpeessa, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 10,1 prosenttia. (Anttonen ja Sointu, 2006) Miespuolisten vanhusten tarve pitkäaikaishoivalle on vähentynyt, mutta naispuolisten lisääntynyt. Erityisesti on parantunut alle 85-vuotiaiden vanhusten terveydentila. Toisaalta yli 85-vuotiaiden tilanteessa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Goebelerin (2009) väitöskirjan mukaan 90-vuotiaat suomalaiset miehet ovat hyväkuntoisempia kuin vastaavan ikäiset naiset.

Jatkossa vanhusten terveydentilassa tuskin tapahtuu vastaavaa parantumista. Vanhusten terveydentilaa uhkaavat nyt ”elintasosairaudet” kuten diabetes, verenpainetauti ja liikalihavuus. Lafortunen ja Balestain (2007) laskelmien mukaan uudet taudit yhdessä väestön ikääntymisen kanssa tulevatkin merkittävästi kasvattamaan hoivan tarvetta Suomessa tulevana vuosikymmeninä. Jos hoivapalveluiden tarjontaa ei yhtenäistetä ja rahoitusjärjestelyitä kehitetä, voivat vanhukset tulevaisuudessa olla hyvinkin epätasa-arvoisessa asemassa keskenään, sillä jo nyt palvelut eri osissa maata ovat hyvin erilaajuisia ja eritasoisia (Volk ja Nivalainen, 2009).

### **1.2.2 Hoivapalveluiden hintakehitys**

Hoivapalveluiden tuotannon määrään ja laatuun kohdistuvien paineiden lisäksi hoivapalveluiden hintoihin tulee kohdistumaan nousupaineita. Pitkäaikaishoiva on erittäin työvoimaintensiivistä, mutta tuottavuuden parantaminen on monin osin hyvin rajoitettua. Rajoitettu tuottavuuden kasvu ja palkkojen tasoittuminen talouden sektoreiden välillä johtaa siihen, että hoivasektorin kustannukset nousevat talouden kokonaistuottavuuden mukaisesti. Hoivan hinta suhteessa muihin hyödykkeisiin ja palveluihin siis nousee. Hinnan noususta huolimatta ihmisten halukkuus ostaa hoivapalveluita kasvaa sekä tulojen kasvun antaman mahdollisuuden että ihmisten muuttuvien arvostusten vuoksi. Ihmiset ovat siis valmiita käyttämään yhä kasvavan osan tuloistaan hoivanpalveluiden kaltaisten tuotteiden hankintaan.

Kasvavan potentiaalisen asiakaskunnan ja matalan kysynnän hintajouston takia hoivan bruttokansantuoteosuus tuleekin nousemaan ajan myötä. Kotimaisissa laskelmissa koko hoivan BKT-osuuden oletetaan kasvavan vuoteen 2020 mennessä 1,2–1,7 prosenttiyksikköä, jolloin osuus asettuisi noin 7-9 prosenttiin BKT:sta<sup>5</sup>. OECD:n laskelmat keskittyvät ainoastaan pitkäaikaishoivaan, jolloin vastaava BKT osuuden kasvu nähdään vuoteen 2050 mennessä (Martins ja de la Maison-neuve 2006).

---

<sup>5</sup> Kiander (2007). Eri tutkimuksissa on isoja eroja BKT osuuden suuruudessa johtuen malleissa käytettävistä oletuksista ja siitä miten hoiva ylipäätään määritellään. Kaikissa tutkimuksissa muutoksen suunta on kuitenkin sama.

### 1.2.3 Julkinen talous

Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittänyt niin kutsuttu Somera -toimikunta katsoi vuoden 2002 mietinnössään, että kattava ja tasoltaan riittävä sosiaaliturva on mahdollista turvata myös tulevaisuudessa. Tämän katsottiin vaativan tasaista talouskasvua, mikä puolestaan edellyttää mm. työllisyysasteen nostamista, työn tuottavuuden ja kansantalouden kokonaisuuttavuuden kohottamista sekä veroasteen pysyttämistä kohtuullisena.<sup>6</sup>

Suomen taloudessa on kuitenkin tapahtunut paljon vuoden 2002 jälkeen. Maailmanlaajuinen talouskriisi laittoi ikääntymiseen varautumissuunnitelmat uusiksi. Ylijäämän keräämistä ja velan lyhentämistä ei voidakaan tehdä suunnitellusti, vaan ensimmäisenä haasteena onkin kriisin aiheuttaman valtiontalouden alijäämän paikkaaminen. Talouskriisin jäljiltä talous ei palaa takaisin kriisiä edeltäneelle kasvu-uralle, vaan joudutaan jatkamaan alemmalta tasolta. Tämä aiheuttaa ongelmia julkiselle taloudelle. Tuotannon ja tulojen romahdettua julkisen sektorin menojen kasvu jopa kiihtyi elvytyksen takia. Koska tulot eivät hypäätä takaisin kriisiä edeltäneelle tasolle, uhkaa julkisen talouden menojen ja tulojen epäsuhta jäädä pysyväksi.

Pelkällä talouskasvulla julkisen talouden ja erityisesti valtion talouden alijäämää ei todennäköisesti pystytäkään kuroma umpeen. Myöskään veronkorotuksilla ei voida ratkaista koko ongelmaa, koska se edellyttäisi veroasteen nostoa poikkeuksellisen korkeaksi, jopa talouskasvun kannalta haitallisen korkeaksi. Veronkorotusten lisäksi onkin välttämätöntä, että valtion menot kasvavat tulevina vuosina selvästi BKT:n kasvua hitaammin, jotta talous saadaan tasapainoon.

Viime laman aikana valtion talouden tasapaino saavutettiin jäädyttämällä valtion menot noin viideksi vuodeksi. Optimistisin oletuksin bkt:n ja työllisyyden suhteen tehdyssä PTT:n laskelmassa valtion menojen kasvu tulisi rajoittaa nimellisesti yhteen prosenttiin vuodessa, jotta valtiontalous olisi tasapainossa vuonna 2015. Tämä ei ole helppo tehtävä, sillä pelkästään palkkojen ja kustannusten nousu on normaalioloissa selvästi suurempi. Valtion talouteen tulee lähivuosina kohdistumaan siis suuria paineita monelta taholta. Toisaalta julkisia menoja

---

<sup>6</sup> Komiteamietintö 2002:4, STM.



pitäisi pyrkiä hillitsemaan voimakkaasti, kun taas toisaalta julkisten menojen lisäykselle olisi esimerkiksi hoivapalveluiden osalta suurta tarvetta.

Valtiontalouteen on käytännössä hyvin vaikeata kerätä puskureita. Valtion talouden ylijäämälle löytyy aina käyttäjiä (palveluiden lisäyksiä, palkkojen korotuksia ja verojen alennuksia). Käytännössä joka kerta, kun valtion talous on päässyt vähänkin ylijäämäiseksi, on valtion menojen kasvu kiihtynyt selvästi ja tulojen kasvu hidastunut. Päättäjien onkin tehtävä valintoja julkisten menojen suhteen ja löydettävä sellainen menorakenne, että talous pysyy kilpailukykyisenä, mutta samalla kansalaisille taataan peruspalvelut hyvinvointivaltiomallin mukaisesti.

Talouden taantumet ja niitä seuraavat verokertymien vähenemiset vaikeuttavat myös kunnissa hoivan järjestämistä. Talouden heilahteluja on tulevaisuudessakin ja vuosien 2008–2009 kokemukset osoittavat, että vaihtelut voivat olla hyvin yllättäviä ja rajuja, mikä myös osoittaa kuinka tärkeitä on löytää hoivan rahoitus pohjaan suhdannevaihtelujakin kestäviä ratkaisuja.

### **1.3 Tutkimuksen rakenne**

Tutkimus koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä käsitellään ulkomaisia kokemuksia hoivan rahoituksesta ja kotimaassa käytyä keskustelua hoivan rahoituksen kehittämistä. Tämän lisäksi pohditaan suomalaisista informaalia hoivaa ja yksityisen hoivan suhdetta julkisiin hoivapalveluihin. Toisessa osassa keskitytään pohtimaan hoivavakuutusta varautumisinstrumenttina ja pohditaan kysymystä siitä millä perusteilla hoivavakuutus hankitaan. Kolmannessa osassa pohditaan muita yksityisen hoivarahoituksen muotoja sekä niiden suhdetta sekä hoivavakuutukseen että julkiseen sektoriin.

## 2. Yksityinen varautuminen hoivan julkisen rahoituksen täydentäjänä

Hoivan kysynnän kasvaessa tulevina vuosikymmeninä nousee esiin kysymys hoivan riittävydestä sekä palveluntarvitsijan tai heidän läheistensä rajoista palveluiden maksamisessa ja järjestämisessä. Yhteiskunnan järjestämän hoivan asiakasmaksut ovat jo nyt huomattavia. Esimerkiksi pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksu on maksimissaan yli 80 prosenttia tuloista. Tästä seuraa kysymys siitä, missä määrin pitkäaikaishoito on riski, joka katetaan kollektiivisesti yhteisistä varoista, ja missä määrin vaaditaan omien tulojen ja varallisuuden käyttöä?

Kun tulotaso ja varallisuus nousevat, myös vastuunjako rahoituksesta eri toimijoiden ja palvelunkäyttäjien kesken tulee uudella tavalla mahdolliseksi. Suomalaiset ovat tähän mennessä luottaneet hyvinvointiyhteiskunnan mahdollisuuksiin tuottaa laajalti sellaisia palveluja, jotka vastaavat ihmisten odotuksia. Jatkossa kustannusten kasvun ja arvostusten muutosten vuoksi yhteiskunnan mahdollisuudet vastata ihmisten odotuksiin vaikeutuu. Elintason nousun myötä myös vaatimustaso palvelujen laadun suhteen nousee, mikä lisää paineita kustannuksiin. Yhä olennaisemmaksi tulee kysymys siitä missä kulkee oman varautumisen ja yhteiskunnan velvollisuuksien välinen raja.

Ihmisten halukkuus varautua vapaaehtoisesti hoivan kustannuksiin riippuu merkittävästi odotuksista julkisen hoivan tasosta ja laadusta. Tarve yksityiselle varautumiselle syntyy, jos herää epäily julkisen hoivan määrän ja laadun riittävydestä suhteessa omiin käsityksiin riittävästä hoivan määrästä ja laadusta. Tällöin henkilön kannattaa aloittaa omia varoja henkilökohtaisen hoivan määrän ja laadun varmistamiseen. Yksityinen varautuminen edellyttää lisäksi käsitystä siitä, miten yksittäisen henkilön hoivan kustannuksiin varautuminen vaikuttaa hänen julkisen hoivan saatavuuteensa ja hinnoitteluun.

## 2.1 Ulkomaisia hoivan rahoitusmalleja

Useimmissa kehittyneissä maissa hoiva on järjestetty verorahoituksella, ja monissa maissa siihen yhdistyy perheen informaali huolenpito ja kolmannen sektorin merkittävä vastuu toimijana. Mielenkiintoista on, että eurooppalaiset maat näyttävät hoivan järjestämisen osalta lähentyvän toisiaan (Metsämäki 2006). Näin ollen maat pystyvät aiempaa paremmin myös oppimaan toistensa järjestelmistä.

Esimerkiksi Itävallassa ja Saksassa on perheiden ja oman varautumisen ohella alettu lisätä myös julkista vastuuta. Saksassa on pakollinen hoivavakuutus, jota suositellaan täydennettäväksi yksityisellä vakuutus-turvalla. Maksut kerätään vakuutetuilta ja työnantajilta perittävillä maksuilla. Itävallassa on verorahoitteisesti rahoitettu hoivarahamalli.

Hoivaetuudet ovat kuitenkin eri maissa hyvin erilaisia sen suhteen tuetaanko palveluiden ostoa markkinoilta vai myös omaisten ja muiden läheisten antamaa hoivaa. Hollannin verorahoitteisessa mutta henkilökohtaisessa hoivabudjettijärjestelmässä avun tarvitsija voi itse pitkälle päättää etuuden käytöstä. Saksassa apu annetaan joko rahana tai palveluna tai niiden yhdistelmänä, ja hoivan riittävyttä arvioidaan säännöllisesti. Isossa-Britanniassa on Kelan eläkkeensaajan hoivatuen kaltainen järjestelmä, jossa tuen voi saada, kunhan asuu kotonaan ja on hoidon tarpeessa (Lundsgaard 2005). Lisäksi monissa maissa on käytössä Suomen omaishoidon tuen kaltaisia järjestelyjä, joissa hoivaajalle korvataan esimerkiksi ansionmenetyksiä (Anttonen ja Sointu, 2006).

Ranskassa yli 60-vuotiaille taataan osallisuus osin julkisen sektorin rahoittamaan hoivapalveluohjelmaan (APA). Osallisuus ohjelmaan ei ole riippuvainen asuinpaikasta tai varallisuusasemasta, mutta omavastuu hoivan kustannuksista voi kohota jopa 80 prosenttiin. Ainoastaan kaikkein pienituloisimmille taataan ilmaiset hoivapalvelut.

Osin julkisen sektorin rahoittaman hoivaohjelman lisäksi Ranskassa on yleistynyt yksityinen hoivavakuutus.<sup>7</sup> Kasvavan yksityisen hoivavakuutuksen taustalla on ennen kaikkea huoli julkisen hoivan saataavuudesta ja omavastuiden määrästä. Hoivavakuutuksen maksuja ei ole mahdollista vähentää verotuksessa. Merkittävänä erona Ranskassa verrattuna esimerkiksi Yhdysvaltalaiseen hoivavakuutukseen on etuuksien maksaminen rahassa palvelujen sijaan. Tosin Ranskassa hoivavakuu-

---

<sup>7</sup> 2000-luvulla vuotuinen kasvuprosentti on ollut noin 15 % (Kessler,2007).

tuksen tarjoaja tyypillisesti lupautuu järjestämään myös hoivapalveluntarjoajan.

Yhdysvalloissa 8 prosentilla kotona apua saavilla ja 3 prosentilla hoivakodeissa asuvista on yksityinen hoivavakuutus ( Gleckman, 2007 ja 2009). Julkisen hoivan rahoitusjärjestelmä on osaltaan kuitenkin rajoittanut yksityisen hoivan markkinoiden kasvua. Vaikka Medicaid-järjestelmän tarkoituksena on tarjota hoivavakuutus köyhille ihmisille, se on Pauly'n (1990) mukaan vähentänyt myös ei-köyhien ihmisten yksityisten vakuutusten kysyntää. Medicaid-järjestelmän voimakas syrjäytysvaikutus on seurausta tarveharkintaisesta osallistumisesta ja järjestelmän roolista toissijaisena maksajana niille, joilla on yksityinen hoivavakuutus.<sup>8</sup>

Tyypillinen hoivavakuutus kattaa Yhdysvalloissa vain noin kolmasosan odotetuista diskontatuista hoivamenoista. Vakuutukset eivät siis ole kovinkaan kattavia. Ihmiset eivät osta kattavampia vakuutuksia, vaikka niitä on markkinoilla tarjolla. Yhdysvalloissa on käytössä sekä henkilökohtaisia hoivavakuutuksia että työnantajan tarjoamia ryhmävakuutuksia. Ryhmävakuutusten määrä kaikista hoivavakuutuksista on kuitenkin vähäinen.

## 2.2 Suomalaisen järjestelmän kehittämisehdotuksia

Viimeisen kymmenen vuoden aikana erilaisia palvelujen järjestämistapoja koskeva julkinen keskustelu on ollut Suomessakin vilkasta. Tähän on liittynyt myös keskustelua palvelujen rahoittamismalleista erityisesti terveydenhoidon osalta (esim. Klavus ym. 2004a, 2004b ja 2004c, Klavus ym. 2005, Järvelin ym. 2005, Lassila ja Valkonen, 2008). Vaikka pääasiassa keskustelu on koskenut terveydenhuoltoa, jonkin verran on ollut esillä myös hoivan rahoitusjärjestelmät (Lassila ja Valkonen, 2003 ja 2008, Volk ja Laukkanen, 2010). Hoivan puolella on keskustelussa tuotu esiin sekä yksityinen hoivavakuutus julkisen järjestelmän täydentäjänä että myös julkisen hoivavakuutuksen mahdollisuus.

Stakesin yksityistä ja julkista hyvinvointivastuuta käsittelevässä raportissa (Stakes 2006) tuotiin esiin talousarvion ulkopuolisen hoivara-

---

<sup>8</sup> Lisäksi kaksi kertaa enemmän niistä henkilöistä, jotka eivät ostaneet hoivavakuutusta verrattuna vakuutuksen ostaneisiin, luotti valtion takaaman hoivan riittävyteen.

haston perustamisen idea. Sen tarkoituksena olisi varautua hoivan kustannusten jyrkkään nousuun ja vaihteluihin. Rahaston tulot koostuisivat työnantajanmaksusta ja ansio- ja pääomatuloista perittävästä maksusta ja sijoitustoiminnan tuotoista. Raportissa ehdotetaan myös sosiaalitakuun säätämistä osaksi sosiaalityötä terveyspuolen hoitotakuun mukaisesti.

Lassila ja Valkonen (2003) esittivät verovaroin koottavaa hoivarahastoa tasaamaan eri ikäluokkien rahoitustaakkaa. Tutkimuksessa vertaillaan myös erilaisia tapoja organisoida rahasto. Tutkijoiden mielestä lupaavin tapa on kuntien hallitsema pakollinen hoivarahasto, joka toimisi Kuntien eläkevakuutuksen tapaan. Se tasaisi hoivamenojen maksurasitusta ajassa, kuten muutkin rahastointitavat, mutta sen lisäksi se tasaisi alueitten ja kuntien välisiä ikääntymisestä aiheutuvia kustannuseroja.

Volkin ja Laukkasen (2010) raportissa esille tuotu malli hoivan rahoituksen järjestämisestä eräiden vammaisryhmien ja omaishoidon sektorilla perustuu puolestaan henkilökohtaisiin hoivatileihin. Julkisesti rahoitettavan, mutta henkilökohtaisen tilin mallia on usein perusteltu sen mahdollistamalla valinnanvapaudella, joten se edellyttää kognitiivista toimintakykyä, eikä siis sellaisenaan sovellu esimerkiksi dementoituville ja kehitysvammaisille ihmisille. Hoivatilin varat tulisi siten olla käytettävissä kunnan järjestämien palvelujen asiakasmaksuihin tai palvelusetelioston omavastuuosuuteen tai yksityisen palveluntuottajan laskun maksamiseen. Tilin käytön tulisi olla rajattu tarkoitukseensa – tilillä tulisi olla katto eli sille ei saisi kertyä liikaa varoja, mutta jos asiakkaan hoivan tarve kasvaa, olisi hoivatilin mahdollistettava muuttuva kulutus.

Julkinen hoivan rahoituksen kehittäminen on saanut kannatusta mm. ammattiliitoilta, mutta yksityiseen vakuutusyhtiöltä otettavaan hoivavakuutukseen on suhtauduttu kriittisesti ja epäilty sen epätasa-arvoistavan palvelujen saantia. Idea yksityisestä hoivavakuutuksesta nousi esiin 2000-luvun alussa. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2000 työryhmän selvittämään hoitovakuutuksen käyttöönottoa (Hellman 1999 ja Hoitovakuutustyöryhmän muistio 2001). Hoitovakuutuksella ei työryhmän kannan mukaan saisi olla vaikutusta julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden saamiseen. Vakuutustapahtuma olisi työryhmän ehdotuksen mukaan henkilön itsenäisen toimintakyvyn aleneminen vähintään kuuden kuukauden ajaksi. Anni Hellmanin rapor-

tissa korostettiin kuitenkin vakuutustapahtuman määrittelyyn liittyviä ongelmia. Hellman painottaa lisäksi suomalaisen hyvinvointijärjestelmän ominaispiirteiden huomioimista hoivavakuutuksen arkkitehtuuria ja kansainvälistä vertailtavuutta pohdittaessa. Työryhmän mukaan hoivavakuutus voisi olla julkisia palveluja täydentävä. Työryhmä ehdotti, ettei hoivavakuutuksen korvauksia katsottaisi tuloksi lakisääteisiä pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä eivätkä ne vaikuttaisi julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen saamiseen ja niistä perittäviin asiakasmaksuihin.

Työryhmän mukaan ainakin osittainen verovähennysoikeus olisi hoitovakuutuksen yleistymisen kannalta tärkeitä (Hoitovakuutustyöryhmän muistio 2001). Mietinnössä ei kuitenkaan arvioitu, voisiko se esitetyillä ehdoilla käytännössä edes toteutua. Mietinnöstä puuttui myös selvitys julkisen sektorin mahdollisuuksista tukea hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Vähälle huomiolle jäi lisäksi se, miten hoitovakuutuksella voitaisiin vähentää julkisen vallan kasvavia kustannuspaineita, miten julkinen ja yksityinen palvelu kytkeytyvät yhteen sellaiseksi kokonaisuudeksi, joka takaa oikeudenmukaisen hoivan saannin kaikille tarvitsijoille ja kannustaa taloudelliseen tehokkuuteen.

## **2.3 Informaali hoiva**

Merkittävä osa hoivasta on hoivan saajan läheisten antamaa hoivaa. Hyvinvointivastuuta kantaakin lähtökohtaisesti ennen kaikkea perhe ja muut läheiset julkisen vallan tukemana. Suurin osa informaalisesta hoivasta ei kuitenkaan näy missään tilastoissa. Tyypillisesti informaali hoiva tulee esiin vasta silloin kun sitä varten haetaan tukea yhteiskunnalta.<sup>9</sup>

Omaishoitajan tuessa kunnan sosiaali- ja terveystoimen edustaja mittaa hoidettavan toimintakyvyn ja arvioi palvelutarpeen, ja hoitaja tekee kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Sopimuksessa määritellään muun muassa hoitajan oikeus vapaapäiviin ja hoitopalkkioon, joka on porrastettu hoidettavan hoitoisuuden mukaan. Omaishoitajan hoitopalkkiota ei ole tarkoitettu palvelujen ostamiseen.

---

<sup>9</sup> Hoivaa tuottavat monet tahot. Läheisten ja julkisen vallan lisäksi mm. järjestöjen rooli on merkittävästi kasvanut.

Omaishoitajan tuki on osaltaan korostanut omaisten asemaa suomalaisessa hoivajärjestelmässä. Samassa kotitaloudessa asuvan omaisen antama hoiva on hoivaa saavan kannalta monesti toivottavin vaihtoehto.<sup>10</sup> Mahdollisuus saada lähiomaiselta hoivaa lähtökohtaisesti vähentää henkilön halukkuutta varautua lähipiiriin ulkopuoliseen hoivan tarpeeseen. Vaikka formaali hoiva ei ole informaalin hoivan täydellinen korvike, merkittävä osa ikääntyneistä kuitenkin mieluummin ostaisi palveluja kuin turvautuu omaisten apuun. Heillä myös näyttää olevan kiinnostusta vakuutusturvan ostoon (Salo, 2007).

Suomessa naisten työssäkäynti on kansainvälisesti vertaillen huomattavan korkea. Suomessa ei ole naisten tarjoamaa pohjatonta ”hoiva-kaivoa”, josta voitaisiin ammentaa. Siltä osin kuin informaalia hoivaa tarjoaa työikäinen henkilö sillä on myös vaikutusta työvoiman tarjontaan. Suomalaisten arvoista ja työmarkkinainstituutioiden rakenteista johtuen työikäisten antama hoiva tuskin tulee yleistymään. Informaali hoiva tulee jatkossakin keskittymään ennen kaikkea eläkkeellä olevien keskinäiseksi hoivaksi. Tältäkin osalta sekä hoivan tarpeen ajoittuminen elämänkaaren loppupäähän (hoivan antajankin korkea ikä) että arvot (omaisten sitominen) asettavat informaalin hoivan kasvulle rajat.

## 2.4 Yksityisen varautumisen suhde julkiseen hoivaan

Jotta yksilöt voisivat järkevästi itse varautua hoivan rahoitukseen ja jotta säästämis- ja vakuutusmarkkinoille syntyisi tuotteita, joiden tuottoa voitaisiin purkaa pitkäaikaishoivan rahoittamiseen, olisi tiedettävä mitä palvelujen julkinen järjestämisvastuu sisältää ja millaisiin menoihin on varauduttava itse. Keskustelua olisi siis käytävä julkisen ja yksityisen sektorin työnjaosta. Tältä osin mennään siis pitkälle sosiaalipolitiikan puolelle, mutta ilman sitä yksilön on vaikea tietää, millainen on tarve varautua korkean iän menoihin, jotka syntyvät yleensä vasta 80 vuoden jälkeen.

Asia on poliittisesti vaikea, mutta hyvin olennainen vakuutustuotteiden rakentamisen näkökulmasta. Tällä hetkellä on epävarmuutta sekä hoivan tulevasta tasosta (ylisukupolvinen sitoumus) että sen lisäksi

---

<sup>10</sup> Myös avioliittolain 46 § mukaan aviopuolisoiden pitää huolehtia sekä yhteisten että kummankin henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämisestä.

nykyisen julkisen järjestämisvastuun sisällöstä (erot kuntien välillä). Olennaista ei ole siis ainoastaan yksityisen varautumisen mahdollistamien tuotteiden tarjoamien etuuksien suhde nykyisen julkiseen hoivatarjontaan, vaan myös sen suhde odotuksiin tulevasta julkisesta hoivan tasosta. Lisäksi yksityiseen varautumiseen tarkoitettujen tuotteiden menestys on Suomessa ennen kaikkea riippuvainen siitä, miten niiden tarjoamat etuudet nivELYvät julkiseen hoivajärjestelmään.

Julkisen sektorin roolilla palvelujen rahoittajana on yksityisten hoivapalvelujen kysynnän kannalta kahdenlaisia vaikutuksia. Ensimmäkin julkisen vallan toimiminen hoivapalvelujen rahoittajana vaikuttaa ihmisten harkintaan yksityisesti rahoitetun hoivan tarpeellisuudesta. Yksityinen hoiva on hyvinvointivaltiossa luonteeltaan julkisen hoivan päälle tuleva lisäturva. Yksityisen hoivan tarjonnan voidaan odottaa myös korvaavan tietyin osin luonteeltaan samankaltaista hoivaa, jota julkinen sektori tuottaisi tai rahoittaisi saajalleen maksutta tai asiakasmaksua vastaan. Toisekseen julkisen palvelun maksajan ja tuottajan ei tarvitse olla sama taho.<sup>11</sup> Julkinen valta voi ostaa hoivapalveluita yksityisiltä toimijoilta. Tämä on yksityisen hoivapalveluiden kysynnän kannalta positiivinen asia, koska se mahdollistaa osaltaan riittävän laajan kilpailullisen hoivapalvelumarkkinan syntymisen.

#### **2.4.1 Odotukset tulevasta julkisen hoivan tarjonnasta**

Julkisen hoivan tarjoamat palvelut ja ihmisten odotukset näiden palvelujen tulevasta tasosta ovat yksi keskeisimmistä syistä varautua yksityisesti hoivan kustannuksiin. Kysymys on sekä odotuksista julkisen sektorin tarjoamien hoivapalveluiden ja ihmisten omien mieltymysten välisestä suhteesta että julkisen hoivan kustannusten jaosta sukupolvien välillä. Toimiiko hyvinvointivaltion ylisukupolvinen hyvinvointilupaus, jos jollekin sukupolvelle säilytetään aiempaa raskaampi vastuu edellisen sukupolven hoivan kustantamisesta epäätietoisina siitä, saavatko he vuorollaan vastaavat palvelut?

---

<sup>11</sup> Hoivapalveluiden puolella monikanavainen rahoitus on luonut kannustimia kunnille nimenomaan vanhusten hoivassa siirtää vastuuta järjestöille ja yrityksille, jotka ovat saaneet investointiavustuksia palvelutalojen rakentamiseen.



Tyypillisesti tavallisten kuluttajien odotukset sopeutuvat huomattavan hitaasti.<sup>12</sup> Tämän lisäksi kun ihmisille syntyy epävarmuus tulevasta kehityksestä ihmisten odotukset eivät tyypillisesti enää jakaannu tasaisesti.<sup>13</sup> Hoivan tarjontaan soveltaen tämä tarkoittaisiin sitä, että ihmiset todennäköisesti jakautuvat kahteen leiriin, josta osa on varma nykyisen järjestelmän kyvystä tuottaa riittävä määrä riittävän laadukasta hoivaa. Toisaalta merkittävä osa ihmisistä ei enää lainkaan usko nykyisen järjestelmän mahdollisuuksiin vastata heidän tarpeisiinsa. Tämän seurauksena myös ihmisten varautuminen on hyvin erilaista. Osa ihmisistä lisää huomattavasti yksityistä hoivaan varautumista ja osan yksityinen varautuminen olisi olematonta vaikka heillä olisi siihen mahdollisuus.

#### **2.4.2 Julkisen hoivan tarjonta**

Perustuslain 19 pykälän kolmannen momentin mukaan julkisen vallan on taattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Riittäväksi palveluksi hallituksen esityksessä on määritelty sellainen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Säännös asettaa näin periaatteessa minimitason myös julkisen vallan hoivapalveluiden tasolle.

Perustuslain toimeksiannon välittyminen kuntiin edellyttää pääsääntöisesti lainsäädännön osoittamia tehtäviä, jotka koskevat sosiaali- ja terveyspalveluja. Kunnilla on velvollisuus järjestää lakisääteiset palvelut. Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen palvelun tarkoittamista tehtävistä ja toiminnoista. Kansanterveyslain mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää, järjestetäänkö potilaan hoito kotisairaanhoidon. Kyse on siis tarveharkinnasta. Vanhuksella ja pitkäaikaissairaalla ei ole subjektiivista oikeutta

---

<sup>12</sup> Katso esim. Carroll (2003). Lopulta ihmisten käsitykset kuitenkin lähestyvät ammattilaisten odotusten kanssa.

<sup>13</sup> Merkittävien muutosten vaikutuksista ihmisten odotuksiin on tutkittu esim. keskuspankki aseman muutosten ja inflaatio-odotusten muutosten avulla. Tyypillinen löydös on odotusten normaalijakauman muuttuminen kaksinapaisiksi odotuksiksi. (kts. esim. Mankiw ym. (2004).

avopalveluihin.<sup>14</sup> Kunta järjestää palvelut eli kustantaa oman palvelutuotannon, ostaa palveluja yksityiseltä sektorilta, maksaa palkkion perhehoitajalle ja omaishoitajalle, ja joissakin tapauksissa antaa asiakkaalle palvelusetelin.

Hoivapalveluiden osalta lainsäädäntö jättää kuitenkin huomattavan paljon varaa eri tulkinnoille määrän ja laadun suhteen. Tämän seurauksena julkisen sektorin tarjoaman hoivan taso vaihtelee voimakkaasti eri kuntien välillä. Volkin ja Nivalaisen (2009) mukaan monet kunnat ovat mm. vähentäneet tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä auttavien tukitoimien kuten siivouksen, kylvetyksen tai ruokapalvelujen antamista niin, että joissakin kunnissa ei käytännössä lainkaan tuoteta tukipalveluja. Alueellinen vaihtelu kodinhoito- ja tukipalvelujen saannissa on huomattavaa ja se näkyy maakuntatasollakin niin, että esimerkiksi yli 85-vuotiaista saa joillakin alueilla tukipalveluja vain kolmannes ja joillakin alueilla lähes puolet.<sup>15</sup>

### **2.4.3 Instituutiot ja hoivan tarjonta**

Päätöksenteon organisoinnin on havaittu kansainvälisesti olevan keskeinen selittäjä hoivatarjonnan eroille. Powell (1998) näkee alueiden välisen palvelutarjonnan keskeisenä syynä kuntien päätöksenteon autonomian. Myös Rauchin (2008) mukaan erot hoivatarjonnan kehityksessä Ruotsin ja Tanskan välillä vuosina 1980–2000 selittyvät ennen kaikkea eroissa kuntien autonomiassa. Ruotsissa kuntien autonomia on säilynyt paljon Tanskaa laajempaan. Tämän seurauksena ruotsalaisten kuntien palvelutuotannon laajuus on laskenut verrattuna Tanskaan. Ero on syntynyt erityisesti palvelun universaalisuudessa eli Ruotsissa hoivan tarjontaa on rajattu ainoastaan kaikkein vanhimmille ja hoivaa eniten tarvitseville.

Suomalaisessa järjestelmässä eroja hoivan tarjonnassa kuntien välillä voitaisiinkin pienentää määrittämällä valtakunnalliset lainsäädän-

---

<sup>14</sup> Vaikeasti vammaisella on subjektiivinen oikeus myös hoivapalveluihin.

<sup>15</sup> Alueelliset erot ja yksittäisten hoitolaitosten käytännöt poikkeavat myös yksityisten hoivan tarjoajien mahdollisuuksissa tarjota hoivaa julkisissa hoitolaitoksissa. Ongelma on jälleen alueellisessa toteutuksessa, ei lainsäädännössä.

töön perustuvat minimitasot hoivalle.<sup>16</sup> Normitetut minimitasot pienentävät hoivan laadun ja määrän eroja kuntien välillä sitä enemmän mitä korkeammalle miniminormit asetetaan. Erittäin alhaisella normitasolla erot palvelujen tarjonnan suhteen eivät juuri pienene.

Volkin ja Laukkasen (2010) raportissa kuntien välisiä eroja palveluntuotannon määrässä ja laadussa pyritään kaventamaan luomalla hoitotuen tarpeen arviointimenetelmä, jonka hoitoisuusluokitus ja palkkio- ja tukiluokat olisivat samat koko maassa. Kunta arvioisi etuuksien tarpeen ja tekisi ehdotuksensa asiakkaan hoitoisuusluokkaan sijoittamisesta samoin kuin luokista, joiden mukaisiin palkkioihin hoitajat ja etuuksiin asiakkaat olisivat kunnan mielestä oikeutetut.

Yksityisen varautumisen kannalta olennaista olisikin saada aikaan sellaiset hoitoisuusluokat, joita käytettäisiin valtakunnallisesti kaikessa palvelutarpeen määrittelyissä. Tällöin julkisen ja yksityisen rahoituksen yhdistäminen olisi kitkattomampaa. Ilman julkisen palvelun tarjonnan nykyistä suurempaa homogeenisuutta vakuutustuotteen sisällön ja ehtojen standardointi on vaikeata, koska vakuutuksen ottajan palvelun tarve (vakuutuksesta saatava hyöty) vaihtelee asuinpaikan mukaan. Lisäksi vakuutuksen ottajan asuinpaikka voi olla eri vakuutustapahtuman realisoituessa kuin vakuutusta otettaessa. Yksityisen hoivaan varautumisen kannalta tärkeä yhtenäisempi hoivatarjonta on mahdollista saavuttaa. Tämä edellyttää kuitenkin aina tavalla tai toisella kunnallisen autonomian kaventamista.

#### **2.4.4 Julkisen hoivan tulo- ja varallisuusperusteisuus**

Vaikka Suomessa on laaja julkinen vastuu hoivan järjestämisessä, asiakkaatkin osallistuvat huomattavissa määrin rahoitukseen. Verojen maksamisen lisäksi kuntalainen osallistuu kustannuksiin maksamalla kunnan järjestämästä palvelusta asiakasmaksun ja palveluseteliostosta omavastuuosuuden. Esimerkiksi jatkuvasta ja säännöllisestä kotipalve-

---

<sup>16</sup> Kuntien välisten erojen kaventamiseen liittyy aina lakin perustuva velvoite, koska se on valtion ainoa keino vaikuttaa kuntien päätöksentekoon.

lusta ja kotisairaanhoidosta peritään kuukausimaksu palvelun laadun ja määrän, käyttäjän maksukyvyn sekä perheen koon mukaan.<sup>17</sup>

Asiakasmaksuja määriteltäessä otetaan kuitenkin huomioon vain kotitalouden tulot, ei omaisuutta. Omaisuuden käyttäminen hoivan rahoitukseen ei ole Suomessa pakollista. Varallisuudella on kuitenkin merkitystä palvelukoti tyyppisen asumisen saatavuuteen.

Yhdistysten ylläpitämät palvelutalot toimivat osana kunnan lakisääteistä vanhusten huoltoa. Kunta ja yhdistys ovat solmineet ostopalvelusopimuksia, joiden nojalla kunta maksaa yhdistykselle korvauksen yhdistysten vanhuksille tuottamista vanhusten ja vammaishuollon palveluista. Asukasvalintoja tehtäessä hakijan terveydellisellä tilalla ja siitä johtuvalla palveluiden tarpeella on keskeinen sija. Merkittävä osa palveluasunnoista on kuitenkin rakennettu valtion tuella eli arava- ja korkotukilainoilla, jolloin asiakasvalinnassa noudatetaan sosiaalista tarkoituksenmukaisuutta ja taloudellista tarvetta.

Yksityisen varautumisen yleistymisen kannalta on olennaisen tärkeää, että sen avulla saatava taloudellinen mahdollisuus hankkia yksityisen sektorin tarjoamaa hoivaa ei saa merkittävästi vähentää mahdollisuuksia saada julkisia hoivaetuksia. Yksityisellä varautumisella suoraan hoivan järjestämiseen osoitettavia varoja, esimerkiksi hoivavakuutuskorvauksia, ei saisi lukea tuloksi lakisääteisiä pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä eivätkä ne saisi merkittävästi vaikuttaa julkisten hoivapalvelujen saamiseen ja niistä perittäviin asiakasmaksuihin.

#### **2.4.5 Yksityisen palvelutarjonnan niveltyminen julkiseen tarjontaan**

Julkisten palvelujen ja hoivan järjestäminen on viime vuosikymmenen kuluessa monipuolistunut. Painopiste on siirtynyt laitoshoidosta avopalveluihin, jolloin korostuvat kodissa tai kodinomaisessa palveluasunnossa asumista tukevat avopalvelut ja omaishoito. Myös markkina- ja yleishyödyllisen sektorin merkitys on lisääntynyt. Palvelut järjestetään-

---

<sup>17</sup> Suomen Kuntaliitto, [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284) [6.3.2009]. Maksut vaihtelevat jälleen alueellisesti ja kuntakohtaisesti harjoitetun asiakasmaksupolitiikan seurauksena.

kin yhä useammin hankintamenettelyä tai palveluseteliä hyödyntämällä.

Julkinen hoivan tarjonta ja yksityinen varautuminen tulisi olla mahdollista helposti niveltää toisiinsa. Yksi tapa yhdistää julkinen palvelu ja yksityinen varautuminen on yhteisen palvelusetelin/palvelutilin luominen. Kunta tarjoaisi silloin julkisen hoivaetuuden sijaan palvelusetelin, jonka arvo ei merkittävästi poikkeaisi palvelusetelistä, johon hoivan tarvitsija olisi ilman yksityistä varautumista oikeutettu.<sup>18</sup> Julkista palveluseteliä voisi sitten täydentää yksityisellä osalla.

Palvelusetelijärjestelmän yhdistämisessä yksityiseen rahoitukseen liittyy kuitenkin monia ongelmia. Palvelusetelien tarjonnassa ja arvoissa on eroja kuntien välillä. Palvelusetelien arvon muutokset suhteessa kustannustasoon voivat lisäksi tapahtua pitkälläkin viiveellä. Yksityisellä rahoituksen mahdollistama palvelukokonaisuus on myös lähtökohdaisesti huomattavasti laajempi ja ehdoiltaan joustavampi kuin kunnan palvelusetelillä tarjoama mahdollisesti hyvinkin kapeasti ja tarkasti määritelty palvelukokonaisuus.<sup>19</sup> Tarkasti määritellyn hoivatoimenpiteen kokonaiskustannusten arvioinnin pitäisi olla myös mahdollisimman läpinäkyvää.

Palveluntuottaja hakeutuu palvelusetelijärjestelmään palveluntuottajaksi kunnan asettamin ehdoin. Mikäli esim. hoivavakuutuksessa vakuutusyhtiö järjestää palveluntarjoajan, voi syntyä tilanne, jossa palveluntarjoaja ei ole kunnan hyväksymä palveluntuottaja. Lopulta myös palvelusetelin mahdollinen tulosisonnaisuus vaikuttaa vakuutuksesta saatavaan hyötyyn. Yleisesti ajatellaan, että palvelusetelin arvon sitominen palvelun käyttäjän maksukykyyn on perusteltua sellaisissa palveluissa, joiden käyttö kestää pitkään. Pitkäkestoiset hoivapalvelujen osalta tulosisonnaisuus muodostuu ongelmaksi yksityisen rahoituksen suhteen varsinkin jos yksityisen puolen korvaukset katsotaan hoivan tarvitsijan tuloiksi.

Palveluasumista koskeva palvelusetelin omavastuuosuus kytkeytyisi palveluasumisen asiakasmaksuun julkisella sektorilla. Palveluasumiseen ja palveluasuntoihin annettavien kotipalvelujen maksut määräyty-

---

<sup>18</sup> Yksityisesti ostettava palvelu mahdollistaa enemmän valinnan vapautta, joka jo sinällään lisää hoivapalvelun hankkijan samaa hyötyä.

<sup>19</sup> Kuntia rajoittaa joustavuuden suhteen myös palvelunsaajien yhdenvertaisuus eli kunnan itse tuottamien palvelujen saajien palvelukokonaisuus ei voi olla merkittävästi joustamattomampi kuin palvelusetelin avulla palveluja saavien palvelukokonaisuus.

vät kuitenkin monella tavalla kunnasta ja tapauksesta riippuen, vaikka kysymys on käytännössä samanlaisista palveluista. Tämä vaikeuttaa palvelusetelin ja yksityisen rahoituksen niveltämistä toisiinsa palveluasumisen osalta.

Yksityisen ja julkisen palvelun nivomista toisiinsa edellyttää asiakkaalta huomattava aktiivisuutta palvelukokonaisuuden hankkimisessa. Yksityisesti hankittavan hoivan sisällön sovittaminen kunkin hoivan saajan tarpeisiin ja julkiseen palveluntarjontaan ei olekaan sekään ongelmatonta. Mikäli etuus tarjotaan rahana, esille nousee lisäksi ongelmat hoivan kysynnän ja tarjonnan kohtaannossa.

Yksinkertaisia hoivapalveluista kuten esimerkiksi ravitsemuspalveluista pystyy hoivan vastaanottaja tyypillisesti saamaan riittävän informaation löytääkseen omiin tarpeisiinsa sopivimman palvelun. Useimpien hoivapalvelujen osalta kohtaanto voi kuitenkin muodostua ongelmaksi varsinkin kun hoivan tarve kasvaa henkilön saavuttaessa korkean iän.

Palveluseteli soveltuukin etenkin asiakkaan samanlaisina toistuviin tarpeisiin, kuten siivous- ja kuntoutuspalvelujen tai erilaisten mittaus- ja tutkimusten hankkimiseen. Hankaluutena on kuitenkin se, että kaikkien lähettyvillä kaikissa kunnissa ei ole tarjolla ostopalveluja, ja palvelusetelillä ei nykyisen asiakasmaksulain voimassa ollessa voi ostaa kuntasektorin tuottamia palveluja.

Yksityisesti rahoitetun hoivan tehokas hyödyntäminen julkisen hoivan täydentäjänä edellyttääkin myös neuvontapalveluja asiakkaan kannalta mahdollisen hoivakokonaisuuden muodostamiseksi. Yksityisen hoivapalvelun rahoittajan pitääkin sisällyttää palveluunsa myös mahdollisuus saada apua palvelukokonaisuuden muodostamiseen. Tämä voi tapahtua tekemällä palvelusopimuksia palveluntarjoajien kanssa tai erityisen hoivavakuutusmeklarin avustuksella.

## 2.5 Yksityisen hoivan tehokkuushyödyt

Yksityisen hoivaan varautumisen aikaansaamat tehokkuushyödyt riipuvat sekä yksityisen hoivan tarjonnan että itse varautumistuotteiden markkinoiden kilpailullisuudesta.<sup>20</sup> Yksityisen hoivamarkkinoiden kilpailullisuus on olennainen ennakkoehto sille, että yksityisestä varautumisesta olisi taloudellista hyötyä sekä julkiselle sektorille että yksittäiselle vakuutuksen ottajalle. Säästämistuotteiden osalta yksilön tai kotitalouden mahdollisuus hoitaa oma varautuminen haluamiaan säästämisinstrumentteja käyttäen on keskeinen kilpailua lisäävä tekijä.

Hoivapalvelujen markkinoiden kilpailullisuuden edellytykset vaihtelevat tarjottavan hoivan mukaan. Yksittäisten henkilöiden, joilla on heikko tuntemus markkinoiden toiminnasta, hankkiessa palvelut markkinoiden alueellinen ja kysynnän ja tarjonnan välinen kohtaanto saattaa muodostua ongelmaksi. Esimerkiksi Yhdysvalloissa 71 % hoivavakuutuksen omistamattomista ja 84 % vakuutuksen omistavista toivoisi, että vakuutusyhtiöt auttaisivat vakuutettuja löytämään hoivapalveluiden tarjoajia. (AHIP 2007).

Vakuutusyhtiön organisoiman hoivapalvelun vaihtoehto on hoivamarkkinoilla toimiva välittäjä. Kaksipuolisten markkinoiden teorian mukaan tiettyjen palvelujen kohdalla niiden markkinat toimivat tehokkaimmin, kun ostajien ja myyjien välissä toimii välittäjä. Kaksipuolisia markkinoita esiintyy perinteisesti kiinteistö- ja asuntokaupassa, pörssi-kaupassa, kansainvälisessä rahtiliikenteessä, työntekijävälityksessä ja nyttemmin myös esimerkiksi Suomen vakuutusmarkkinoilla. Ilmiötä on tarkasteltu toimialan taloustieteen teoreettisessa ja empiirisessä kirjallisuudessa (esim. Armstrong, 2005 ja Rochet ja Tirole, 2003). Teoriaa on sovellettu myös terveydenhuoltoon (esim. Howell, 2006). Amerikkalaiset, kuluttajien ja yritysten välillä toimivat hoiva- ja terveydenhuolto-ohjelmat (Medicare, Medicaid) toimivat kaksipuoleisten markkinoiden mallin periaatteella, ja niitä on tutkittu esim. markkinoiden tehokkuuden (Nichols et al., 2004) ja välittäjien lukumäärän vaikutusten (Glazer ja McGuire, 2002) suhteen.

---

<sup>20</sup> Kilpailulla voi olla negatiivisia vaikutuksia laatuun ja saatavuuteen. Hintakilpailu voi tietyissä olosuhteissa vähentää kannustimia korkealaatuiseen palvelun tarjontaan. Krantonin (2003) mukaan on mahdollista, että kilpailullisten markkinoiden tehokkuudesta saata-va etu valuu osittain haitallisen hintakilpailun kautta heikentyneeseen laatuun.

Suomalaisille hoivapalveluiden markkinoille, joilla toimii muutamia suuria ja joukko erittäin pieniä tuottajia, välittäjätoiminta voisi lisätä kilpailullisuutta. Erityisen tärkeätä tämä olisi taajama-alueiden ulkopuolella asuvien henkilöiden palvelujen organisoimiseksi. Välittäjän keskeinen tehtävä olisi pilkkoa palvelut osiin ja räätälöidä eri tuottajien toimittamista komponenteista tilaajien tarpeita vastaavia palvelukokonaisuuksia. Tällöin paikkariippuvaisistakin palvelukomponenteista voisi tulla kevyemmin liikuteltavia.



### 3. Hoivavakuutus

Eräät vakuutusalan tutkijat ovat päätyneet hyvinvointivaltion tehtäviä kyseenalaistamatta pohtimaan yksityisten vakuutusten merkitystä sosiaalivakuutuksen rinnalla tai jatkeena. Ongelmana ei ole sosiaalisen turvan luonne vaan sen rahoitus ja pelko siitä, ettei julkinen rahoitus riitä takaamaan tulevaisuudessa itselle riittäviä etuuksia ja turvaa, mistä ovat esimerkkinä vapaaehtoiset eläkevakuutukset (Albert 2004). Yksityis- ja sosiaalivakuutuksen periaatteet ovat erilaiset, joten niillä tulisi olla oma roolinsa kokonaisturvallisuuden ylläpitäjinä. Yksityiset vakuutukset voisivat toimia sosiaaliturvaa täydentäen lisäetuuksia tarjoavina, mistä kumpuaa kysymys, tulisiko yksityisvakuutus liittää yhä kiinteämmin kokonaisjärjestelmään.

Hoivamarkkinoiden keskeinen riskinhallintaväline on vapaaehtoinen hoivavakuutus. Pitkäaikaishoivakustannusten arviointi voi olla hyvinkin vaikeaa ja erityisesti hoivantarpeen kestoa on vaikeaa tietää etukäteen. Tämän takia taloustieteen perusmallit olettavat, että riskiä karttavat henkilöt arvostaisivat mahdollisuutta varautua pitkäaikaishoivaan liittyvää riskiä vastaan vakuutuksen avulla. Kuitenkin hoivavakuutukset ovat yleistyneet vain harvoissa maissa.

Kirjallisuudessa on esitetty useita itse vakuutukseen liittyviä syitä sille miksi yksityiset pitkäaikaishoivavakuutusmarkkinat voivat jäädä hyvin pieniksi. Kysyntäpuolen ongelmaksi on esitetty kuluttajien rajoitunutta rationaalisuutta, koska ihmisillä on vaikeuksia arvottaa oikein alhaisen todennäköisyyden ja korkean tappion tapahtumia.<sup>21</sup> Hoivavakuutukseen näyttäisi siis liittyvän sama paradoksi kuin vakuutusmarkkinoihin yleensä. Ihmiset eivät osta tarpeeksi vakuutuksia korkean tappion ja matalan todennäköisyyden tapahtumille, mutta haluavat vakuutuksia tapahtumille, joihin liittyy suuri todennäköisyys ja pieni tappio.

---

<sup>21</sup> Yhdysvalloissa suurin osa (61 %) heistä, jotka ostivat hoivavakuutuksen yliarvioivat pitkäaikaishoivan kustannukset. Puolestaan suurin osa (70 %) niistä, jotka eivät hoivavakuutusta ostaneet, aliarvioivat tulevaisuuden kustannukset (AHIP, 2007).

Hoivavakuutusten kysyntää voi rajoittaa myös samankaltaiset, mutta halvemmat korvaavat vaihtoehdot, kuten taloudelliset tuet lapsilta tai ”ilmainen” hoiva perheenjäseniltä. Lisäksi suunnitteluhorisontin lyhyys rajoittaa hoivavakuutuksen kysyntää nuoremman väestöosan keskuudessa.

Tarjontapuolella puolestaan markkinoita voivat haitata esimerkiksi korkeat transaktiokustannukset, epätäydellinen kilpailu, epäsymmetrinen informaatio, moraalikato tai ongelmat pitkäaikaisten sopimusten tekemisessä.

Sekä transaktiokustannukset että epätäydellinen kilpailu voivat useissa tapauksissa nostaa vakuutusten hinnat korkeammaksi kuin ovat niiden odotetut hyödyt, mikä laskee vakuutusten kysyntää. Epäsymmetrinen informaatio voi aiheuttaa katehinnoittelua tai vakuutuksen kattavuuden rajoituksia. Eräs esimerkki hintoja korottavasta pitkäaikaisopimusten ongelmista on ihmisten ajan myötä saama lisätieto omasta riskityypistään. Vähäisen riskin henkilöt eivät enää halua vakuutusta ja sen takia vakuutuspooliin kerääntyy vain korkean riskin henkilöitä. Tämä voi myös nostaa koko väestön vakuutusmaksut suuremmiksi kuin vakuutusmatemaattisesti olisi optimaalista.

### **3.1 Kuka ostaa hoivavakuutuksen ja miksi?**

Kansalaisten mielestä etusijalla on edelleen verovaroin rahoitettu hoiva, mutta kyselytutkimukset osoittavat, että kiinnostus myös varautumiseen joko yksityisen tai julkisen hoivavakuutuksen kautta on kasvanut. Suomen vakuutusyhtiöiden keskusliitto (nyt Finanssialan keskusliitto) teetti vuonna 2002 tutkimuksen siitä, olisivatko kansalaiset valmiit ottamaan käyttöön yksityisen hoivavakuutuksen. Haastatelluista kuusi prosenttia oli erittäin ja 35 prosenttia jonkin verran kiinnostunut hoivavakuutuksesta, kun taas 30 prosenttia ei ollut lainkaan ja 25 prosenttia ei ollut kovin kiinnostunut. Niistä, jotka eivät osoittaneet kiinnostusta, 14 prosenttia katsoi, ettei ole varaa lisämeneihin, ja 11 prosenttia ilmoitti hoitaneensa vanhuudenturvansa muutoin. Yhteiskunnan tehtäväksi huolehtia hoivasta katsoi 10 prosenttia, ja saman verran ilmoitti, ettei asia ole ajankohtainen. Vanhuspalvelujen rahoittamista kokonaan verovaroilla kannatti vajaa puolet vastaajista, erityisesti pienituloiset ja

eläkeläiset. Vastaavasti vajaa puolet, suurituloiset ja johtavassa asemassa olevat, vastustivat palvelujen rahoittamista kokonaan verovaroista.<sup>22</sup> Vuosina 2004 ja 2006 kerätyn aineiston tulosten mukaan kolmasosa ja jopa 60 % 18–24-vuotiaista kannatti jonkinlaisen, julkisen tai yksityisen, hoitovakuutuksen käyttöönottoa (Vaarama ym. 2009).

Kiinnostusta hoivavakuutukseen näyttää lisäävän ennen kaikkea huoli vanhuspalveluiden tulevaisuudesta ja yksityiseltä vakuutukselta odotetaankin korvauksia monipuolisempiin palveluihin kuin julkiset palvelut ovat (Hokkanen 2002). Eläkevakuutuksia lukuun ottamatta Suomessa ei ole kuitenkaan markkinoilla ikäihmisten vakuutuksia. Tämä ei ole yllättävää, koska vakuutukseen yleistyminen edellyttää monien hoivavakuutukseen liittyvien haasteiden ratkaisemista. Näistä keskeisin on yksityisen järjestelmän yhteensopivuus julkisen hoivanjärjestelmän kanssa.

Toimivan hoivavakuutusmarkkinan synty edellyttää lisäksi riittävän suuren joukon henkilöitä, joille vakuutuksen hankkiminen on kannattavaa. Potentiaaliset vakuutuksen ostajat ovat kuitenkin lähtökohtaisesti hyvin heterogeeninen joukko, joiden motiivit ja tarpeet vaihtelevat laajasti.

### **3.1.1 Ikä ja sukupuoli**

Ikä ja sukupuoli vaikuttavat ylipäättään hoivan kysyntään, mutta paljolti sen vuoksi, että niillä on vaikutusta terveyteen ja mahdollisuuksiin saada informaalia hoivaa. Iän lisääntymisen myötä ihmisen suunnitteluhorisonttiin tulee myös ne ikävuodet, joihin todennäköisesti sisältyy hoivan tarpeen lisääntyminen. Lisäksi omien vanhempien hoivatarpeen lisääntyminen herättää ajattelemaan varautumista omiin hoivatarpeisiin.

Yhdysvaltain aineistolla estimoidut todennäköisyydet sille, että 65-vuotias henkilö joutuu joskus elämänsä aikana hoivakotiin, vaihtelevat 35 ja 50 prosentin välillä (Brown ja Finkelstein, 2008). Keskimääräinen

---

<sup>22</sup> Suomen Gallup Markkinatutkimus Oy:n Hoivavakuutustutkimus, julkaisematon moniste.

ikä muuttaa hoivakotiin on Yhdysvalloissa 83 vuotta.<sup>23</sup> Naisten todennäköisyys joutua hoivakotiin on noin 50 prosenttia, joka on huomattavasti suurempi kuin miesten noin 35 prosentin todennäköisyys. Tämän eron taustalla on naisten pidempi elinaika. Vanhat yksinäiset naiset joutuvat turvautumaan ulkopuoliseen hoivaan. Vastaavanlainen odotetun eliniän ero naisten ja miesten välillä on olemassa myös Suomessa.

Hoivavakuutus ostetaan Yhdysvalloissa yleensä noin 60-vuotiaana, joten hoivavakuutuksen oston ja vakuutustapahtuman välinen ero on yli 20 vuotta. Vuosien 1990–2005 aikana vakuutuksen ostaneiden keskiikä on laskenut 68 vuodesta 61 vuoteen. Yhä useammin hoivavakuutuksen ostaja on mies, vaikka edelleen naiset ottavat vakuutuksia enemmän. Hoivakotiasumisen kesto vaihtelee eri tutkimusten mukaan 1,8 ja 2,7 vuoden välillä. Vaihtelu näiden keskiarvojen ympärillä on erittäin suurta.

Vakuutusten määrissä naisten ja miesten välillä ei ole Yhdysvalloissa suurtakaan eroa.<sup>24</sup> Sellaisissa avioparin muodostamissa kotitalouksissa, joissa vain toinen puoliso omistaa hoivavakuutuksen, on alle puolessa vakuutuksen omistaja nainen, vaikka naisen olisi kannattavampaa ottaa vakuutus (Brown ja Finkelstein, 2007).

### **3.1.2 Tulot ja varallisuus**

Elintason nousun myötä myös vaatimustaso palvelujen laadun suhteen nousee, mikä lisää paineita hoivan kustannuksiin. Henkilö voi hyvinkin nopeasti menettää varansa äkillisen hoivamenojen lisääntymisen takia. Tämä vaikuttaa myös lasten hyvinvointiin. Yksityinen hoivavakuutus on yksi tapa pyrkiä turvaamaan odotuksien mukainen palvelujen laatu. Hoivavakuutuksien vähyyks estää vanhuksia tasoittamasta kulutustaan

---

<sup>23</sup> Yhdysvalloissa yli puolet ihmisistä turvautuu hoitokoteihin ensi kerran vasta yli 85-vuotiaana Dick, Garber, ja MaCurdy (1994).

<sup>24</sup> Vakuutuksen kuormittavuudessa on kuitenkin eroja sukupuolten välillä. Vakuutuksen kuormittavuus 65-vuotiaalle miehelle on tyypillisesti 0,44, mikä tarkoittaa sitä, että mies, joka ostaa hoivavakuutuksen voi odottaa 56 sentin hyötyä jokaista vakuutukseen sijoittamaansa dollaria kohden. Tyypillisellä 65-vuotiaalla naisella puolestaan vakuutuksen kuormittavuus on -0,04.

optimaalisesti yli ajan, mikä vähentää heidän koko elinkaaren taloudellista hyvinvointia.<sup>25</sup>

Yksityiseen vakuutusyhtiöltä otettavaan hoivavakuutukseen on Suomessa kuitenkin suhtauduttu kriittisesti ja epäilty sen epätasa-arvoistavan palvelujen saantia. Poliittisessa keskustelussa yksityinen hoivavakuutus näytetään mieltävän kilpailevana järjestelmänä julkiselle palveluntarjonnalle, ja sen katsotaan kohdistuvan hyvätuloisille. Hoivapalveluiden julkinen tarjonta niille henkilöille, joilla ei ole mahdollisuutta hankkia yksityistä hoivavakuutusta, on kuitenkin riippuvainen suoraan niistä poliittisista päätöksistä, joilla määritetään julkisen hoivan rahoituksen taso. Yksityinen hoivavakuutus voi joko parantaa näiden palvelujen tasoa (yksityisen vakuutuksen aikaansaamat kustannussäästöt) tai heikentää niitä (julkisten hoivapalveluiden poliittisen tuen heikentyminen). Olennaista on kuitenkin huomata, että yksityinen vapaaehtoinen hoivavakuutus ei suoraan vaikuta niiden henkilöiden hoivan tarjontaan, joilla ei ole yksityistä hoivavakuutusta.

Courbagen ym. (2007) Ranskan aineistolla tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan varallisuuden kasvu poikkileikkausaineistossa laskee hoivavakuutuksen hankkimisen todennäköisyyttä. Jos pitkäaikaisemmin hoivan kustannukset muodostavat vain rajatun osan henkilön omaisuudesta, vakuutuksen hankkimisesta saatavat hyödyt vähenevät eli henkilöiden absoluuttinen riskinkarttaminen laskee varallisuuden kasvaessa.

Hoivavakuutuksen hankkimisen ja varallisuuden välinen suhde onkin epälineaarinen. Alhaisilla tuloilla ja varallisuustasoilla vakuutuksen hankkiminen ei ole mahdollista. Tulojen ja varallisuuden kasvaessa hoivavakuutuksen hyödyt kasvavat siihen asti, kunnes tulot ja varallisuus ovat riittävän suuria kattamaan hoivan mahdollisesti aiheuttamat kustannukset.

Mikäli omaisuuden arvo ei ole suuri verrattuna pitkäaikaishoivan kustannuksiin, henkilön käyttäytymistä voi määrittää perinnönantomotiivi. Kohtuullista omaisuutta hallinnoivat henkilöt, joilla on rintaperillisiä, hankkivat hoivavakuutuksen useammin kuin henkilöt joilla ei ole rintaperillisiä (Courbage ym., 2007). Yhdysvalloissa suurin syy ottaa hoivavakuutus on varallisuuden turvaaminen ja perinnön jättäminen (AHIP, 2007). Hoivavakuutuksen osto voi siis olla myös päätsekäs teko.

---

<sup>25</sup> Vanhuusajan säästämiskäyttäytymistä on analysoitu luvussa 4.

Yksityisen hoivavakuutuksen suhde julkiseen hoivajärjestelmään määrittää tulo- ja varallisuustason vaikutusta hoivapalveluiden kysyntään. Brownin ja Finkelsteinin (2006) mukaan vaikka kaikki markkinoiden epäonnistumiset eliminoitaisiin ja markkinoilla olisi tarjolla täysin kattavia vakuutuksia vakuutusmatemaattisesti oikeaan hintaan, suurin osa Yhdysvaltalaisista ei olisi halukas maksamaan yksityisestä hoivavakuutuksesta niin kauan kuin Medicaid-järjestelmän tarjoama vakuutus on saatavilla. Maksuhalukkuus muuttuu miehillä positiiviseksi vasta 60. varallisuuspersentiilin kohdalla. Naisilla muutos tapahtuu 70. varallisuuspersentiilin kohdalla.<sup>26</sup> Ranskassa keskituloisten tilanne on toinen. Ranskan järjestelmässä keskituloinen on halukas hankkimaan hoivavakuutuksen, koska hän kohtaa kasvavan omavastuun.

### **3.1.3 Perhesuhteet**

Hoivavakuutuksen kysyntää voi lähtökohtaisesti vähentää henkilön mahdollisuus saada perheen sisäistä hoivaa vanhuus päivinään. Paulyn (1990) mukaan hoivavakuutus vähentäisi lasten insentiiviä tarjota vanhemmilleen hoivaa, joka voimakkaasti rajoittaisi vanhempien kiinnostusta hoivavakuutusta kohtaan. Yhdysvalloissa toiseksi suurin syy hoivavakuutuksen hankkimiseen on kuitenkin riippuvuuden välttäminen lähiomaisista (AHIP, 2007). Perheen sisäisellä hoivalla voi olla vaikutusta myös hoivan tarjoajan terveyteen (esim. Schultz ja Beach, 1999). Parempi mahdollisuus saada tarvittaessa perheen sisäistä hoivaa voi lisätä todennäköisyyttä ostaa hoivavakuutus, koska pyritään välttämään hoivan tarjoamisen aiheuttamat negatiiviset vaikutukset lasten terveyteen ja elämänlaatuun yleensä.

Myöskään Mellor (2001), Yhdysvaltojen aineistolla, ja Courbagen ym. (2007), Ranskan aineistolla, eivät löydä negatiivista yhteyttä lapsien olemassa olon ja hoivavakuutuksen välillä. Mellorin tutkimuksessa ei löydetä minkään suuntaista tilastollista riippuvuutta ja Courbagen tut-

---

<sup>26</sup> Kirjoittajat kutsuvat tätä (päällekkäistä korvaavuutta) Medicaidin implisiittiseksi veroksi. Esimerkiksi keskituloiselle miehelle 60 prosenttia yksityisen vakuutuksen hyödyistä ovat sellaisia, jotka myös Medicaid tarjoaisi. Naisilla vastaava luku on 75 %. Medicaid-järjestelmän implisiittinen vero laskee varallisuuden myötä. Alimmilla varallisuustasoilla implisiittinen vero on lähes 100 prosenttia, mikä tarkoittaa sitä, että henkilö maksaa vakuutusmaksuja, jotka eivät tuota ollenkaan nettohyötyjä.

kimuksessa lapset ja sitä myötä mahdollisuus perheen sisäiseen ylisukupolviiseen hoivaan päinvastoin lisää hoivavakuutuksen kysyntää. Hoivan aiheuttama riippuvuus lapsista on tällöin keskeinen syy ostaa vakuutus.

Naimisissa olevat henkilöt omistavat todennäköisemmin hoivavakuutuksen kuin yksin asuvat (Brown ym. 2009, 11). Tämäkin tukee havaintoja siitä, että hoivavakuutuksen ostamisen taustalla on epäitsekäitä motiiveja. Kotitalouksissa, joissa toinen puoliso omistaa hoivavakuutuksen, todennäköisyys että myös toinen puoliso omistaa vakuutuksen on Yhdysvalloissa kuitenkin vain 60 %. Suurimmalla osalla aviopareista molemmilla puolisoilla on hoivavakuutuksessa sama kattavuus.

### **3.1.4 Terveys**

Sairaalassa olo lisää vakuutusturvan hankinnan todennäköisyyttä. Tämä on sopusoinnussa Sloanin ym. (2003) havaintojen kanssa, joiden mukaan terveydentilan tilapäinenkin heikentyminen lisää ihmisten ymmärrystä siihen liittyvistä taloudellisesta ja sosiaalisista riskeistä. Myös henkilön oma keskimääräistä negatiivisempi arvio omasta terveydentilastaan lisää todennäköisyyttä hankkia hoivavakuutus (Courbage ym., 2007).

Heikentyneestä terveydestä kärsivän halukkuus vakuuttaa itsensä sairauden etenemisvauhdin epävarmuutta koskevaa riskiä onkin lähtökohtaisesti suuri. Maiden käytännöt sairastuneen henkilön mahdollisuudesta vakuuttaa itsensä ovat hyvin erilaisia. Esimerkiksi Ranskassa asiakkaaksi hyväksytään vain terve, eikä sairastunut henkilö saa vakuutusta edes korotettuun hintaan. Belgiassa vakuutus voidaan myöntää sairaudesta riippuen, korotetulla maksulla tai todetut terveysongelmat vakuutuksen ulkopuolelle rajaten. Oletusarvoisesti hoivavakuutuksesta muodostuukin sairaalle henkilölle huomattavan kallis, mikä rajoittaa potentiaalisen asiakas kokoa huomattavasti.

Hoivavakuutusmarkkinat ovat lähtökohtaisesti tyypillinen esimerkki markkinasta, joka on altis haitalliselle valikoitumiselle eli vakuutuksen hankkivat suuremmalla todennäköisyydellä ne henkilöt, joiden elämäntavat altistavat sairauksille. Toisaalta halu suojautua hoi-

vamaksujen aiheuttamaan riskiin saattaa heijastua vakuutuksenottajan positiivisena suhtautumisessa hoivan tarvetta ennalta ehkäisevään toimintaa. Jos preferenssit terveyden suhteen ovat korreloituneet riskin karttamiskäyttäytymisen kanssa, myös hyödyllinen valikoituminen on mahdollista.

Tulokset asiakaskunnan valikoituvuudesta hoivavakuutuksen suhteen riippuvat tarkastelevasta käyttäytymisestä. Cutlerin ym. (2008) tulosten mukaan tupakointi tai runsas alkoholinkäyttö ei korreloi hoivavakuutuksen hankkimisen todennäköisyyden kanssa. Courbage ym. (2007) osoittaa toisaalta korkean painoindeksin ja suuren alkoholin kulutuksen lisäävän todennäköisyyttä hankkia hoivavakuutus.<sup>27</sup> Cutlerin ym. tulosten mukaan tupakointi tai runsas alkoholin käyttö ei kuitenkaan lisää vakuutustapahtuman realisoitumisen todennäköisyyttä kun vakuutustapahtuma on hoivakotiin joutuminen. Lisäksi he löytävät positiivisen korrelaation terveyttä edistävän toiminnan, turvavöiden käytön ja hoivavakuutuksen hankkimisen välillä. Näillä on myös odotetun kaltainen vaikutus vakuutustapahtuman realisoitumisen todennäköisyyden suhteen. Hoivavakuutusmarkkinoilla näyttääkin vallitsevan positiivinen valikoituminen, jos vakuutustapahtuma on huomattava hoivan tarve esim. hoivakodissa. Koska tupakoinnilla, runsaalla alkoholinkäytöllä ja ylipainolla on positiivinen korrelaatio vähäisemmän hoivan tarpeen kanssa, myös haitallinen valikoituminen on mahdollista.

Tarkat terveystiedot vähentävät hoivavakuutukseen liittyviä riskejä. Vaikka haitallista valikoitumista esiintyy hoivavakuutusmarkkinoilla, vakuutusyhtiöt eivät aina aktiivisesti käytä hyväkseen edes helposti määriteltäviä terveyden tilaa ennakoivia indikaattoreita (ikä ja sairauksia lukuun ottamatta) räätälöidäkseen erilaisia ja erihintaisia palveluja eri asiakasryhmille. Vaikka ilmiön taustalla on monitahoinen problematiikka, kirjallisuudessa korostetaan monitoroinnin haitallisia vaikutuksia vakuutusyhtiön toimintaympäristöön. Ensimmäkin aktiivinen monitorointi voisi kiristää lainsäädäntöä informaation keräämisen suhteen. Tämän vuoksi erityisesti suuret ja vakiintuneet toimijat rajoittavat asiakkaittensa monitorointia. (Finkelstein ja Poterba, 2002).

---

<sup>27</sup> Cutler ym. (2008) käyttää Yhdysvaltojen aineistoa ja Courbage (2007) Ranskan aineistoa.



### 3.2 Vakuutustapahtuma

Vakuutusyhtiöiden keskusliitto (1999) selvitti vanhusväestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kasvavien tarpeiden ja palvelujen rahoituksen pohjalta hoitopalvelujen vakuuttamista. Selvityksen mukaan ihmisen kykenemättömyys selviytyä jokapäiväisistä askareista täytti riskin tunnusmerkit ja vakuutuskelpoisuuden edellytykset.

Vakuutustapahtuman määrittelyyn liittyy hoivavakuutuksen osalta kuitenkin monia ongelmia. Hoivan tarve ei yleensä ilmene yhtäkkiä, vaan se lisääntyy vähitellen, kun ihmisen toimintakyky heikkenee iän myötä. Hoivavakuutuksen ongelmana on määrittää hetki, jolloin vakuutuksenottaja on tarpeeksi heikossa kunnossa ja oikeutettu hoivavakuutuksen lupaamiin korvauksiin. Esimerkiksi vähäiseen avustamiseen liittyy näin ollen ilmeinen moraalikato ongelma. Tämän vuoksi vakuutustapahtuman määrittelyn rajat pitää olla huomattavan tiukat.

Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa ja Ranskassa vakuutustapahtuman realisoitumisen määrittelyyn käytetään myös terveydenhuollossa käytettyjä toimintakykymittareita. Terveystilaa määritteleviä mittareita on monenlaisia, mutta yleisin on päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä kartoittava Katzin ADL-mittari (activities of daily living). Sen perusmuotoon kuuluu kuusi päivittäistä fyysistä perustoimintoa: pukeutuminen, syöminen, WC:ssä käynti, peseytyminen, liikkuminen ja pidätyskyky. Monissa Yhdysvaltain, Ison-Britannian ja Ranskan hoivavakuutus sopimuksissa vakuutustapahtuma realisoituu, kun vakuutetulla ilmenee ongelmia edellä mainittujen päivittäisten toimintojen suorittamisessa tai kun hänen henkinen toimintakykynsä heikkenee huomattavasti. Eri vakuutustyyppien välillä on eroja siinä, kuinka monessa toiminnossa tarvitsee olla ongelmia ennen kuin vakuutuskorvauksia ryhdytään maksamaan. Tyypillinen vakuutustapahtuman realisaation mittari on vakuutetun kykenemättömyys suoriutua kolmesta perustoinnosta.

### 3.3 Vakuutuksen hinta ja verovähennykset

Vakuutustapahtuman todennäköisyyden vuoksi hoivavakuutuksen hankintahinta muodostuu korkeaksi. Hoivavakuutuksen keskeinen ongelma on lisäksi siihen liittyvät monet epävarmuudet. Epävarmuudet koskevat sekä yksilöiden käyttäytymistä että tulevaa hoivan kustannustasoa. Tämä riski on yhteinen kaikille vakuutuksenottajille, eikä sitä voi hajauttamalla poistaa.<sup>28</sup> Jokainen vakuutukseen liittyvä epävarmuus nostaa edelleen vakuutuksen hintaa.

Yhdysvalloissa suurin osa (70 %) vuonna 2005 hoivavakuutuksen hankkineista henkilöistä osti vakuutuksen, koska he olettivat hoivavakuutuksen hinnan nousevan tulevaisuudessa. Vuosina 1990–2005 suurin syy, miksi henkilöt eivät ostaneet pitkäaikaishoivavakuutusta, oli vakuutuksen kallis hinta. Vuonna 2000 pitkäaikaishoivavakuutuksen haltijat käyttivät keskimäärin 4,8 % tuloistaan vakuutusmaksuihin. Vuonna 2005 osuus oli laskenut 3,5 %:iin. (AHIP, 2007.)

Mikäli hoivavakuutuksen ostamisen taustalla on ensi sijassa epäitsekkeitä motiiveja, verovähennyksen vaikutus kysyntään on pienempi verrattuna tilanteeseen, jossa päätöksenteko perustuisi täysin taloudelliseen harkintaan. Vaikka ei taloudelliset ja epäitsekkeitä motiivit vaikuttavat hoivavakuutuksen hankkimispäätökseen, hinnalla on kuitenkin oma merkityksensä päätöksenteossa. Cutlerin (2002) tutkimuksen mukaan hoivavakuutuksen kysynnän hintajoustopien estimaatit vaihtelevat kirjallisuudessa -0,6 ja -1,8 välillä.<sup>29</sup> Arviot ovat kuitenkin aina selvästi nollasta eroavia.

Verovähennyksen vaikutus kysyntään on aina ehdollinen olemassa olevalle hoivajärjestelmälle ja päätöksentekoon vaikuttaville tekijöille. Courtemanche ja He (2009) arvioivat verovähennysoikeuden lisänneen hoivavakuutuksen kysyntää Yhdysvalloissa noin 3 prosenttiyksiköllä. Medicaidin aiheuttama rajoite kysynnälle on kuitenkin niin voimakas, että vähennyksen vähäistä vaikutusta kysyntään ei voi yleistää.<sup>30</sup> Toi-

---

<sup>28</sup> Lisäksi kustannusten odotettu varianssi on kasvaa kustannusten autokorreloituneisuuden kanssa.

<sup>29</sup> Courtemanche ja He (2009) arvioivat joustoksi -3,9. He kuitenkin korostavat löydöksen ehdollisuutta suhteellisen vähäiselle asiakaskunnalle.

<sup>30</sup> Courtemanche ja He (2009) arvioivat verovähennyksen vaikutukset valtiontaloudelle negatiivisiksi.

saalta Ranskassa yksityinen hoivavakuutus on ilman verovähennysoikeutta paljon Yhdysvaltoja suositumpi.

Koska hoivavakuutuksen hintajousto on suurella varmuudella merkittävästi alle nollan, verovähennysoikeus on kysyntää lisäävä tekijä. Verovähennysoikeuden vaikutus on kuitenkin ehdollinen muun hoivajärjestelmän organisoinnille. Hoivavakuutusta ei kuitenkaan tyypillisesti hankita pelkästään perustuen hoivan aiheuttamaan rahalliseen kustannukseen, mikä pienentää verovähennyksen merkitystä hoivavakuutusmarkkinoiden synnyn kannalta riippumatta hoivajärjestelmän rakenteesta.

Verovähennyksillä on myös vaikutusta siihen kuinka oikeudenmukaisena yksityisten hoivavakuutusmarkkinan syntyä pidetään. Yksityisen hoivavakuutuksen verosubventio voi lisätä eriarvoisuutta. Vaikutus eriarvoisuuteen on riippuvainen useasta seikasta. Ensinnäkin on olennaista tarkastella verosubvention määrää suhteessa yksityisen vakuutuksen aikaansaamiin säästöihin julkisella sektorilla. Tästä on tutkittua tietoa suhteellisen vähän, mutta Karin (2009) laskelmien mukaan hoivamenojen säästöjen pitäisi olla suurusluokaltaan 15–20%, jotta veroedun nettovaikutus olisi julkiselle sektorille nolla.<sup>31</sup> Toisekseen eriarvoisuusvaikutus riippuu siitä, kuinka julkisen sektorin saama jakovara käytetään. Mitä suurempi määrä jakovarasta käytetään niiden henkilöiden hoivaan, jotka eivät omista vakuutusta, sitä pienempi on hoivan eriarvoisuuden kasvu.

Vaikka verovähennykset eivät ole keskeinen tekijä yksityisen vapaaehtoisen hoivavakuutuksen menestyksen kannalta, koko hoivavakuutustuotteen verokohtelu on sitä mitä suurimmassa määrin. Hoivavakuutustuotteen kokonaisverotus ei saisi poiketa vapaaehtoisen eläkevakuutuksen verotuksesta. Hoivavakuutustuotteen tapauksessa yksinkertaisin keino saavuttaa neutraali verokohtelu olisi hoivakorvausten verovapaus.

---

<sup>31</sup> Karin (2009) malli on staattinen, jonka mukaan veroedut eivät vaikuta kuluttajien kuluks-säästämisvalintaan, vaan ainoastaan säästämisen kohdistumiseen eri säästökohteiden sekä julkisen ja yksityisen sektorin välillä.

### 3.4 Rahaa vai palveluja?

Hoivamarkkinoiden kehityksen kannalta olennainen päätös liittyy vakuutusnottajan saaman etuuden muotoon kun hoivaetus kohdistuu muuhun kun omaisen tekemän hoivatyön mahdollistamiseen. Vakuutusnottajan kannalta on olennaista, että yksityinen hoivavakuutus tarjoaa aitoa lisäarvoa julkisen hoivan lisäksi. Mikäli yksityinen hoivavakuutus tarjoaa pääosin julkisen hoivan kanssa päällekkäisiä palveluja, hoivavakuutusmarkkinat marginalisoituvat.

Yksi ratkaisumalli päällekkäisten korvaavuuksien ongelmaan on rahamääräinen korvaus vakuutustapahtuman realisoituessa. Esimerkiksi Ranskan yksityisen hoivavakuutusjärjestelmän suosion taustalla on osin nähty korvauksen maksamista rahassa. Ranskassa sopimukseen liittyy kuitenkin mahdollisuus vakuutusyhtiön osoittamaan palveluntarjontaan, vaikka itse etuus maksetaan rahassa.<sup>32</sup> Puhtaaseen rahamääräiseen kompensatioon liittyy myös kustannusriski. Olennaista vakuutusnottajan kannalta on luvutulla rahalla saatavan hoivan määrä. Vakuutusnottajan mahdollisuudet arvioida rahan ostovoimaa hoivan suhteen kauaksi tulevaisuuteen on rajallinen. Kustannusriskin kantaja rahamääräisessäkin korvauksessa pitäisi olla vakuutusnottaja.

Puhtaasti rahamääräisen korvauksen erityiseksi ongelmaksi voisi muodostua myös harmaa talous. Esimerkiksi Itävallassa käytössä olevan rahaetuuden on arvioitu kasvattaneen harmaata taloutta, sillä sen käytön kontrolloimattomuus houkuttaa väärinkäyttöksiin. Rahamääräinen tuki vaatisi tuekseen kontrollijärjestelmän, mikä puolestaan lisäisi hallinnointikuluja.

---

<sup>32</sup> Kun apu on itse hankittava markkinoilta tai järjestöiltä, on mahdollista että se jää myös kokonaan tai osin tekemättä.

### 3.5 Kertamaksu vai kuukausimaksu

Yhdysvalloissa suurin osa hoivavakuutuksista on sellaisia, jotka otetaan jo paljon ennen eläkepäiviä ja joista suoritetaan maksuja säännöllisesti tietyn ajan (esimerkiksi 20 vuotta) tai niin kauan kunnes henkilö on oikeutettu korvauksiin. Mitä nuorempana vakuutuksen ottaa, sitä pienempiä ovat maksuerät. Isossa-Britanniassa puolestaan kertamaksuiset hoivavakuutukset ovat yleisempiä ja monet hoivavakuutukset otetaan vasta sitten, kun hoivan tarve on jo alkanut.

Molemmissa maksutavoissa on omat hyvät ja huonot puolensa. Kuukausimaksuinen vakuutus pitäisi ottaa jo hyvissä ajoin, noin 40-vuotiaana tai aikaisemmin. Nuorella iällä aloitetut vakuutusmaksut ovat suuruudeltaan kohtuullisia, mutta päätös vakuutuksen hankkimisesta paljon ennen vakuutustapahtuman realisoitumista vaatii suuren määrän harkintaa. Vertailuiden ja laskelmien tekeminen on työlästä ja se vie paljon aikaa. Päätöstä hankaloittaa tilanteeseen liittyvä voimakas epävarmuus. Mikä on hoivan tarve vanhemmalla iällä, pysyvätkö vakuutusmaksut ennallaan vai nousevatko ne tulevaisuudessa? Lisäksi päätös vakuutuksen hankkimisesta pitäisi tehdä silloin, kun henkilön elämässä tapahtuu vielä paljon muuta, esimerkiksi perheen perustaminen ja asunnon hankkiminen. Ihmisten suunnitteluhorisontti on noin kahdenkymmenen vuoden pituinen. Eli suurin osa ihmisistä ei oletettuna vakuutuksenottohetkenä pysty tai halua pohtia eläkepäiviään, eikä varsinkaan aikaa, jolloin he eivät enää kykene itsenäiseen elämään.

Kertamaksuisen hoivavakuutuksen hyvä puoli on se, että sen voi hankkia vasta myöhemmällä iällä, kun henkilö pystyy jo hieman paremmin arvioimaan omaa vanhuuttaan. Toisaalta taas kertamaksuisen hoivavakuutuksen hankintahinta on korkea. Monilla eläkeläisillä ei työtulojen loputtua ole varaa hankkia hoivavakuutusta, ellei heillä ole sellaista omaisuutta, jonka he pystyvät realisoimaan vakuutuksen hankkimiseksi.

## 4. Pitkäaikaissästäminen ja hoivan rahoitus

Julkisen vallan on perusteltua varmistaa eri keinoin ihmisten riittävä varautuminen vanhuusajan toimeentuloon. Pitkäaikaissästämistä tuetaan erilaisilla verotuilla.<sup>33</sup> Pitkäaikaissästäminen tukemista voidaan perustella ihmisten lyhytnäköisyydellä. Siksi Suomessakin vanhuusajan toimentulon perusta on varmistettu pakollisella työeläkevaikutuksella. Finanssivarallisuuden kohdistuvien verotukien lisäksi pitkäaikaissästämistä tuetaan merkittävästi omistusasumisen verotuilla, joista huomattavin on oman asunnon myyntivoiton verovapaus.

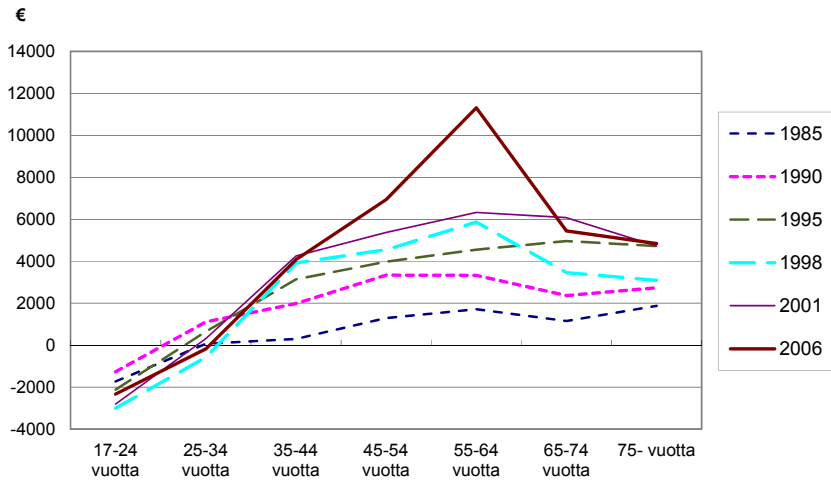
Kansainvälisen ja suomalaisen kokemuksen mukaan kotitaloudet jopa jatkavat säästämistä eläkkeellä ja heiltä jää kuollessaan jälkeen huomattavasti ennen kaikkea asuntovarallisuutta. Varallisuuden säilyttämisen ja mahdollisesti jopa sen kasvattamisen taustalla on sekä pitkän elämisen riski ja siihen mahdollisesti sisältyvät suuret hoivamenot että perinnönantotiivi.<sup>34</sup> Vaikka perinnöksi tyypillisesti halutaan jättää omaisuutta, merkittävä osa perintöjen arvosta voi olla kuitenkin tahatonta perintöä.<sup>35</sup> Varallisuuden keskimääräistä riittävyttä suurempi ongelma onkin sen hallinta ja vakuutusten käytön vähäisyys.

---

<sup>33</sup> Säästämisen määrä eivät verotuet välttämättä kasvata ainakaan merkittävästi, mutta veroedut ohjaavat purkamaan säästöjä eläkeiässä. Veroeduilla on ainakin VATTin vuoden 2005 uudistukseen kohdistuvan tutkimuksen mukaan vaikutusta säästäjien käyttäytymiseen muutenkin, vaikkakin yleisesti tutkimustulokset veroetujen vaikutuksesta säästämisen määrään vaihtelevat paljon (Harju, 2009).

<sup>34</sup> Ariizumin (2008) mukaan julkinen hoivavakuutus lisää yksityistä kulutusta.

<sup>35</sup> Katso esimerkiksi Gan ym. (2004).



**Kuva 2.** Säästäminen eri ikäkohorteissa.

Pitkäaikaissäätämisen kannalta olennaisin talusteoreettinen viitekehys on ns. elinkaarimalli. Elinkaarimallin mukaan tavoiteltavassa tilanteessa kulutuksesta saatavan hyödyn tulisi olla yhtä suuri koko elinkaarren ajan. Tämä ei tarkoita tasaista kulutusuraa läpi koko elinkaarren, koska vanhuudessa ihminen voi saavuttaa saman hyödyn paljon alhaisemmalla tasolla kuin aktiivi-iässä mm. perheeseen pienemmen vuoksi. Lisäksi lisääntynyt vapaa-aika tekee mahdolliseksi korvata markkinoilta hankittuja hyödykkeitä vapaa-ajalla.<sup>36</sup> Vanhuusajalla kulutuksesta saatavan hyödyn määrä muuttuu kuitenkin dramaattisesti silloin kun vanhuksen toimintakyky alenee. Aleneva toimintakyky lisää optimaalisen hoivakulutuksen määrää.

<sup>36</sup> Oletuksena tässä on vapaa-ajan ja kulutuksen erottamattomuus hyötöfunktiossa.

## 4.1 Pitkäaikaissäätämistuotteet ja hoivavakuutus

Suomessa eläkesäästämistä tuetaan verotuksellisesti vapaaehtoisen eläkevakuutuksen kautta. Yksilöllisessä eläkevakuutuksessa vakuutuksen ottaja maksaa vakuutusmaksuja vakuutusyhtiölle, ja yhtiö palauttaa maksut sekä niille kertyneen tuoton, kun henkilö saavuttaa tietyn iän. Periaatteessa olisi mahdollista, että kertyneitä eläkesäästöjä käytettäisiin myös hoivamenoihin.

Eläkevakuutussäästäjät aloittivat Suomessa kuitenkin yleensä vapaaehtoisten eläkkeiden nostamisen yhtä aikaa lakisääteisten eläkkeiden kanssa. Vapaaehtoisen eläkkeen nostoaika on ollut keskimäärin kahdeksan vuotta. Hoivamenot lisääntyvät vasta ihmisen elinkaaren aivan loppupäässä, joten nykyinen eläkesäästämismalli ei parhaalla mahdollisella tavalla tue varautumista hoivamenoihin.

Elinikäinen annuiteettieläke mahdollistaisi paremman varautumisen pitkäikäisyyteen ja sen aikaansaamaan hoivan tarpeen lisääntymiseen. Kuolemaan saakka maksettava elinikäinen annuiteettieläke on kuitenkin ollut yksilöllisenä eläkevakuutuksena harvinainen. Yksilöllistä vakuutuksen harvinaisuuden taustalla on osaltaan elinikäinen turvan tarjoava pakollinen eläkevakuutus. Lisäksi kertyneellä varallisuudella, tyypillisesti asuntovarallisuudella, hankitun kertamaksuisen eläkevakuutuksen perusteella nostettavat eläkkeet katsotaan kokonaisuudessaan pääomaveron alaiseksi tuloksi.<sup>37</sup>

Suomessa vapaaehtoisella eläkesäästämällä on haluttu varautua eläkejalla tapahtuviin erilaisiin menoihin. Myös elinikäinen annuiteetin avulla saatava tulo kohdistuisi merkittävästi muuhun kuin hoivan rahoitukseen. Toisaalta optimaalisinta tyypillisen kotitalouden kannalta olisi lykätä eläke-etuuden noston aloitusta, jolloin eläkkeen kuukausierästä tulisi suurempi ja se ajoittuisi paremmin hoivamenojen kattamisen kannalta.<sup>38</sup>

Elinikäisen annuiteetin yleistäminen olisi hoivan yksityisen rahoituksen kannalta askel oikeaan suuntaan. Se edellyttäisi kuitenkin (kertamaksuisen) annuiteetin avulla saatavan eläkkeen verotuksen keventämistä ja eläkevakuutustuotteiden markkinoiden kilpailullisuutta.

---

<sup>37</sup> Tältä osin verotuksen uudistyö on käynnissä.

<sup>38</sup> Määttänen ja Valkonen (2008) esittävät yleisiä laskelmia annuiteettieläkkeen optimaalisesta käytöstä.



Elinikäiseen annuiteettiin voitaisiin myös yhdistää hoivavakuutuskomponentti. Tämänkaltainen tuote yhdistäisi pitkään ikään varautuvat henkilöt korkean toimintakyvyn alenemisen riskin omaavien henkilöiden kanssa. Potentiaalisesti vastakkaiset valikoitumisen poikkeamat kumoaisivat toisiaan, mikä laskisi vakuutuksen hintaa.

Hoivan rahoituksen kannalta yksi mahdollinen ratkaisu olisi myös hoivavakuutuksen ja pitkäaikaissäästämisen yhdistäminen siten, että pitkäaikaissäästämisen veroedut kytkettäisiin ainakin osittain hoivavakuutukseen hankkimiseen.<sup>39</sup> Hoivavakuutus sinällään jo jakaisi riskejä, ja lisäisi ihmisten hyvinvointia. Pitkäaikaissäästäminen jarruttaisi silloin myös tehokkaammin julkisen sektorin kasvavia kustannuksia lisäämällä mahdollisuuksia kansalaisten itse varautua vanhuusajan menoihin.<sup>40</sup> Vaikka kattavan hoivavakuutus tuotteen hankintahinta olisi melko korkea, se olisi harvemmillä este hankkia vakuutus, jos sitä varten olisi olemassa jo varoja. Osaltaan järjestely myös laskisi hoivavakuutuksen hintaa valikoitumisharhan vähentymisen vuoksi, koska sitoutuminen hoivavakuutuksen ostoon tapahtuisi jo hyvissä ajoin ennen vakuutuksen varsinaista ostopäivää.

## 4.2 Käänteinen asuntolaina hoivan rahoituksen ratkaisuna

Suomalaisten varallisuus on sidottu pääosin asuntovarallisuuteen. Suomessa verojärjestelmä ohjaa kotitalouksia voimakkaasti kohti omistusasumista, joka tosiasiallisesti on pitkäaikaissäästämistä. Näin kertynyt varallisuus lisää merkittävästi suomalaisten mahdollisuuksia turvata vanhuusiän elintaso varsinkin kun asuntovarallisuuden hyödyntäminen vanhuusajan kulutuksessa on kehittyneiden rahoitusmarkkinoiden ansiosta helpottunut. Yhden rahoitusmallin hoivakustannusten kattamiseen tarjoaakin niin sanottu käänteinen asuntolaina. Tähän mennessä Suomessa asuntovarallisuus on kuitenkin realisoitu vanhuusiän turvaksi harvoin.

---

<sup>39</sup> Uudistus voisi koskea vain uusia sopimuksia. Vanhojen eläkevakuutus sopimusten sitominen hoivavakuutukseen olisi perustuslain takaaman omaisuuden suojan vastainen.

<sup>40</sup> Yksityisen eläkesäästämisen kannustaminen on sukupolvien oikeudenmukaisuuden näkökulmasta kannatettava ajatus, koska valtaosa eläkkeistä maksetaan jakojärjestelmänä.

Käänteisen asuntolainan ottaja käyttää asuntoaan vakuutena, jota vastaan hän saa lainan myöntäjältä yhden tai useampia käteissummia, mutta lainan ottajalla säilyy silti asumisoikeus asuntoonsa. Velkamäärä (pääoma + korot) karttuu koko ajan, ja lainan takaisin maksu koittaa vasta kun henkilö itse tai viimeinen lainanottaja (puoliso) kuolee, myy asunnon tai pysyvästi muuttaa pois asunnosta. Koska käänteinen asuntolaina lähtökohtaisesti perustuu sille ajatukselle että laina maksetaan pois realisoimalla sen vakuutena oleva asunto, lainanottajan ei lähtökohtaisesti tarvitse antaa tulo- tai varallisuustietojaan lainan saadaksesen. Asumisoikeuden lisäksi myös omistusoikeus säilyy käänteisen asuntolainan ottajalla. Henkilö on edelleen vastuussa asuntoon liittyvistä veroista, vakuutuksista ja korjauksista.

Asuntoa vastaan myönnetyn käänteisen asuntolainan määrä riippuu useista seikoista. Jos sekä lainanottaja että sen myöntäjä toimivat rationaalisesti, lainaehdot tulee markkinatasapainossa noudattaa nettonykyarvoperiaatetta. Lainasumma (pääoma, korot ja muut kulut) määritellään niin, että se ei ylitä asunnon myyntihetken odotettua arvoa. Lainasummaa siis kasvattaa asunnon odotettu myyntiarvo. Toisaalta lainasumma on sitä pienempi, mitä suurempi on odotettu korkotaso laina-aikana, sillä korkeampi korkotaso laskee enemmän lainan takaisinmaksusumman nykyarvoa kuin lainana saatua maksuvirtaa, joka ajoittuu etupainotteisemmin. Vastaavasti lainanottajan iällä on vaikutus lainan määrään ja kuukausierien suuruuteen. Mitä vanhempi lainanottaja on sitä enemmän hän voi lainaa saada, koska asunnon myynti hetken odotetaan koittavan nopeammin.

Myös asuntoa vastaan saatavan lainan maksun ajoitus vaikuttaa lainan suuruuteen, Lainan ottaja voi valita, haluaako hän könttäsommamaksun, kuukausittaisen maksun tai luottosarjan. Sille kuinka henkilö käyttää käänteisen asuntolainan tuomat rahat, ei ole lähtökohtaisesti rajoituksia. Lainan määrään vaikuttaa myös se onko lainassa kysymys tavallisesta lainasta, vai onko kysymys enemmän asuntoa vastaan saatavasta eläkevakuutuksesta. Tenure-lainat, jotka kestävät niin kauan kuin henkilö asuu asunnossaan, maksavat pienempiä kuukausieriä kuin term-lainat, jotka kestävät tietyn periodin. Tenure-lainat toimivat kuitenkin vakuutuksen tavoin, eli tarjoavat suojaa pitkäikäisyyden riskiltä kuin term-lainat, joissa on eläkevakuutuksen sijaan kysymys tavanomaisesta, asuntoon sijoitettujen säästöjen purkamisesta.

### **4.2.1 Empiirisiä havaintoja käänteisestä asuntolainasta**

Käänteisiä asuntolainoja on käytetty hoivakulujen kattamiseen esimerkiksi Yhdysvalloissa, ja niiden käytöstä saatuja kokemuksia on raportoitu melko kattavasti<sup>41</sup>.

Suurin este käänteisten asuntolainojen markkinoiden kehittymiselle on korkeat transaktiokustannukset. Varsinkin tilanteessa, jossa vartuneet henkilöt suunnittelevat muuttavansa lähitulevaisuudessa pois asunnostaan, käänteisen asuntolainan tuoma ylimääräinen tulovirta jäisi lyhytkestoiseksi, ja transaktiokustannukset lohkaisivat kohtuuttoman suuren osuuden asuntovarallisuudesta. Toisaalta on havaittu, että pitkään asunnossaan asuneet vanhukset eivät halua muuttaa enää pois omasta kodistaan.

Käänteisen asuntolainan kustannuksia nostaa myös epäsymmetrinen informaatio lainan ottajan ja sen myöntäjän välillä koskien lainanottajan kykyä ja halua huolehtia asunnon kunnossapidosta. Kysymyksessä on perinteinen moral hazard –ongelma, eli käänteisen asuntolainan ottaja ei itse kannata riskiä, joita koituu, jos lainan vakuutena olevan asunnon kunnossapitoa laiminlyödään. Käänteisen asuntolainan myöntäjä ei pysty tekemään eroa tässä suhteessa luotettavien ja vähemmän luotettavien velallisten välillä, joten riski asunnon kunnossapidon laiminlyömisestä joudutaan hinnoittelemaan yleisissä lainaehdoissa.

Epäsymmetrisen informaation ongelmia voi voimistaa valikoitumisoongelma, varsinkin jos käänteistä asuntolainaa käytetään nimenomaan hoivavakuutuksen rahoittamiseen (Davidoff ja Welke, 2004, sekä Davidoff (2008). Käänteisten asuntolainojen ottajiksi saattavat valikoitua vanhat ja vähävaraiset vanhukset, jotka asuvat asunnoissa, joita heillä ei ole varaa tai kykyä ylläpitää (Quercia, 1997). Lisäksi lainanottajat saattavat jo lainanottohetkellä kärsiä merkittävästä terveydelisistä ongelmista lainan voimassaoloaikana. Tällaiset henkilöt suuremmalla todennäköisyydellä eivät pysty hoitamaan asuntoaan parhaalla mahdollisella tavalla. Käänteisten asuntolainojen markkinoilla tällainen käytös voi jopa lisääntyä niin, että asunnon ylläpitoon on vielä vähemmän halua. (Miceli ja Sirmans, 1994)

Halu antaa perintö on myös yksi syy välttää asuntovarallisuuden likvidointia. Varsinkin Suomessa huomattava osa kansalaisten varalli-

---

<sup>41</sup> Katso esim Caplin (2000)

suudesta on kiinni omistusasunnossa, joten käänteisen asuntolainan ottaja ei useinkaan pysty jättämään kovin suurta perintöä jälkipolville.

Halukkuuteen ottaa käänteinen asuntolaina vaikuttaa myös epävarmuus tulevasta terveydentilasta. Esimerkiksi, jos talous/henkilö kuluttaa saamansa rahat aikaisessa vaiheessa, voi se terveydentilan huonontuessa olla nettomääräisesti huonommassa varallisuustilanteessa. Tai, jos henkilö päättää sairastuttuaan muuttaa hoivakotiin, voi muuttoon tarvittavien rahojen hankkiminen olla vaikeaa tai mahdotonta, koska asuntovarallisuus on jo kulutettu loppuun. Toisaalta myös pelko asunnon pakkomyynnistä voi vähentää halukkuutta ottaa käänteinen asuntolaina. Henkilö, joka vielä vakavasti sairastuttuaan haluaa asua kodissaan, saattaa laiminlyödä veromaksut ja asunnon huollon ja korjauksen. Tällaisessa tilanteessa lainanantajalla saattaa syntyä oikeus pakkomyydä asunto.<sup>42</sup>

Käänteinen asuntolaina ei voi olla edellä esitetyn valossa itsessään ratkaisu hoivan rahoituksen ongelmiin. Käänteisen asuntolainan muodot vaativat monilta osin vielä tuotekehittelyä. Se voi kuitenkin osaltaan merkittäväällä tavalla helpottaa hoivavakuutuksen rahoitukseen liittyviä ongelmia. Tällöin myös terveydentilaan liittyvät ongelmat poistuisivat käänteisen asuntolainan osalta.

---

<sup>42</sup> Tässä kappaleessa motiiveja ottaa tai jättää ottamatta käänteinen asuntolaina on käsitelty olettamalla että sekä potentiaalinen lainanottaja toimii rationaalisesti taloudellisten laskelmien pohjalta. Esimerkiksi Akerlöf ja Schiller (2009) ovat kuitenkin huomauttaneet, että säästämiseen liittyvät päätöksiä harvoin tehdään (täysin) rationaalisesti. Yksi syy, miksi ihmiset eivät välttämättä hanki käänteisiä asuntolainoja, voikin olla se, että siihen liittyy paljon huonoja mielikuvia ja muita psykologisia esteitä.

## 5. Johtopäätökset

Julkisen sektorin rooli palvelujen turvaajana on Suomessa yleisesti hyväksytty. Yksikään merkittävä puolue ei voimakkaasti kyseenalaista hyvinvointivaltiota. Kiristyvän julkisen talouden ympäristö pakottaa kuitenkin pohtimaan julkisesti rahoitettavan hoivan sisältöä. Menojen kohdentaminen edellyttää puolueilta avointa arvokeskustelua yhteiskunnan ja yksilön välisestä työnjaosta. Arvokeskustelu voi ja pitää käydä myös hyvinvointiyhteiskunnan raamien sisällä.

Hoivapalvelujen rahoittamisen kannalta yhä olennaisemmaksi tulee jatkossa kysymys siitä missä kulkee oman varautumisen ja yhteiskunnan velvollisuuksien välinen raja. Yksilöiden omaa vapautta ja vastuuta hoivasta lisäämällä voidaan myös palvelutuotantoon saada muutoksia. Eräs ratkaisu olisi, että julkinen sektori tarjoaisi perushoivapalvelut ja yksityinen sektori tarjoaisi rahoitusmuodon ja ne yksilölliset hoivapalvelut, joita ihmiset kokevat tarvitsevänsä perushoivan lisäksi.

Mikään yksityisen puolen innovaatio ei pysty ratkaisemaan hoivan yksityisen rahoituksen problematiikkaa ilman yksityisen järjestelmän toimivaa niveltymistä julkisesti rahoitetun hoivajärjestelmän kanssa. Yksi tapa yhdistää julkinen palvelu ja yksityinen varautuminen on yhteisen palvelusetelin tai palvelutilin luominen. Kunta tarjoaisi silloin julkisen hoivaetuuden sijaan palvelusetelin, jonka arvo ei merkittävästi poikkeaisi palvelusetelistä, johon hoivan tarvitsija olisi ilman yksityistä varautumista oikeutettu. Tätä voisi lisäksi täydentää yksityisellä osalla. Vaikka yksityisen osan hankkimiseen käytettäisiin esim. hoivavakuutuksessa saatavaa tuloa, tämä ei saisi merkittävästi rajoittaa julkisen kompensaation suuruutta.

Ensiarvoisen tärkeätä hoivavakuutuksen yleistymisen kannalta on myös eri kuntien erilaisen palvelutarjonnan ja erilaisten käytäntöjen yhdenmukaistuminen. Ilman yhdenmukaisempaa hoivapalvelutarjontaa vakuutustuotteen sisällön ja ehtojen standardointi on vaikeata, koska vakuutuksen ottajan palvelun tarve (vakuutuksesta saatava hyöty) vaihtelee asuinpaikan mukaan. Lisäksi vakuutuksen ottajan asuinpaik-

ka voi olla eri vakuutustapahtuman realisoituessa kuin vakuutusta otettaessa

Vaikka yksityinen hoivavakuutus on ihmisten taloudellista hyvinvointia lisäävä, sen ongelmaksi muodostuu korkea hinta. Tämän vuoksi tulisi löytää keinoja rahoittaa hoivavakuutuksen hankinta tarvittaessa jopa kertamaksuisena. Pitkäaikaissäästämisen tavoitetta tulisikin laajentaa eläkeiän tulojen täydentämisestä kohti hoivan rahoittamista. Yksi mahdollinen ratkaisu on hoivavakuutuksen ja pitkäaikaissäästämisen yhdistäminen siten, että pitkäaikaissäästämisen veroedut kytkettäisiin ainakin osittain yksilöllisten hoivatarpeiden rahoittamiseen. Pitkäaikaissäästämällä kerättyjä varoja voitaisiin sitten kanavoida hoivavakuutukseen, joka toimisi vapaaehtoisen yksityisen ja yksilöllisen hoivan rahoituksen instrumenttina.

## Lähdeluettelo

- AARP European Leadership Study (2006), European Experiences with Long-Term Care.
- AHIP (America's Health Insurance Plans) (2007), Who Buys Long-Term Care Insurance? A 15 year study of buyers and non-buyers, 1990–2005.
- Akerlöf, G. ja Shiller, J. (2009), Animal Sprits- How Human psychology Drives the Economy, and Wgy It Matters for Global Capitalism. Princeton University Press.
- Albert Michel (2004), Vakuutuksen taloudellinen ja yhteiskunnallinen tehtävä. Artikkelit teoksessa Hellsten Katri ja Helne Tuula (toim.): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kelan tutkimusosasto.
- Anttonen Anneli & Sointu Liisa (2006). Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12 Euroopan maassa. Stakes  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M232-VERKKO.pdf>
- Ariizumi, Hideki (2008), Effect of Public Long-Term Care Insurance on Consumption, Medical Care Demand, and Welfare. Journal of Health Economics, 27, s. 1423-1435.
- Armstrong, M. (2005). Competition in two-sided markets. Rand Journal of Economics.
- Brown, Jeffrey R. ja Finkelstein, Amy (2006), The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market
- Brown, Jeffrey R. ja Finkelstein, Amy (2007), Why is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?

- Brown, Jeffrey R. ja Finkelstein, Amy (2008), The Private Market for Long-Term Care Insurance in the U.S.: A Review of the Evidence
- Brown, Jeffrey R. ja Finkelstein, Amy (2009), The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence. *The Journal of Risk and Insurance*, 1, s. 5-29
- Caplin, Andrew (2000), The Reverse Mortgage Market: Problems and Prospects
- Courbage, Christophe ja Roudaut, Nolwenn (2007), Demand for Long-term Care Insurance: Empirical Evidence from France
- Courtemanche, Charles ja He, Daifeng (2009), Tax incentives and the decision to purchase long-term care insurance. *Journal of Public Economics*, 93, s. 296-310.
- Cutler, David (1993), Why doesn't the market fully insure long-term care? NBER Working Paper No.4301
- Davidoff, Thomas ja Welke, Gerd (2004), Selection and Moral Hazard in the Reverse Mortgage Market
- Davidoff, Thomas (2008), Illiquid Housing as Self-Insurance: The Case of Long-Term Care
- Dick, A., A. Garber, and T. MaCurdy (1994), Forecasting Nursing Home Utilization of Elderly Americans In David Wise (ed.) *Studies in the Economics of Aging*.
- Finkelstein, Amy ja Poterba, James (2002), Adverse Selection in Insurance Markets: Policyholder Evidence from the U.K. Annuity Market. NBER Working Paper 8045.
- Finkelstein, Amy ja McGarry, Kathleen (2003), Private information and its effect on market equilibrium: New evidence from long-term care insurance. NBER Working Paper 9957
- Finkelstein, Amy ja McGarry, Kathleen (2004), Multiple dimensions of private information: evidence from the long-term care insurance market.



- Finkelstein, Amy, McGarry, Kathleen ja Sufi, Amir (2005), Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from long-term care insurance. *American Economic Review*, 95, 224-228.
- Gan, Li & Gong, Guan & I Hurd, Michael and McFadden, Daniel (2004), Subjective Mortality Risk and Bequests. NBER Working Papers 10789, National Bureau of Economic Research.
- Glazer, J. ja T. G. McGuire (2002), "Multiple payers, commonality and free-riding in health care: Medicare and private payers", *Journal of Health Economics* 21, 1049-1069.
- Gleckman Howard (2007), The role of private insurance in financing long-term care. Center for retirement research at Boston College. September 2007. Numebr 7-13. [Viitattu 14.3.2009.] [http://crr.bc.edu/images/stories/Briefs/ib\\_7-13.pdf](http://crr.bc.edu/images/stories/Briefs/ib_7-13.pdf)
- Gleckman, Howard (2009), The Future of Long-Term Care: What Is Its Place in the Health Reform Debate?
- Goebeler, Sirkka (2009), Health and Illness at the Age of 90. *Acta Universitatis Tamperensis*
- Harju, Jarkko (2009). Voluntary pension savings: the Effects of the Finnish Tax reform on savers' behavior. VATT Working papers 7/2009
- Hellman Anni 1999: Hoivavakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan kehittämissäätiö. Helsinki.
- Hoitovakuutustyöryhmän muistio 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7. [Viitattu 12.3.2009.] <http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/julkt/julk2001/julk2001.htx>
- Howell, B. (2006), Unveiling "invisible hands": Two-sided platforms in health care markets. New Zealand Institute for the Study of Competition and Regulation Inc. Saatavilla SSRN-tietokannassa: <http://ssrn.com/abstract=913666>.
- Järvelin, J., Klavus, J., Pekurinen, M., ja Mikkola, H. (2005), Terveystili terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*; 101: 4/2005

- Järvinen Raija (2004). Yksityisvakuutus sosiaalivakuutuksen täydentäjänä. Artikkeliteoksessa
- Kari, Seppo (2009), Vapaaehtoinen varautuminen vanhuusiän menoihin – laskelmia yksityisen eläkesäästämisen julkistaloudellisesta nettovaikutuksesta. VATT Muistiot 2/2009.
- Kessler, D. (2007), The long-term care insurance market, The Geneva Papers on Risk and Insurance -Issues and Practice 33: s. 33-40.
- Kiander, Jaakko (2007), Julkisen talouden liikkumavara vuoteen 2030 mennessä. VATT-tutkimuksia 129.
- Klavus, J., Pekurinen, M. ja Mikkola, H. (2004a), Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Mikkola, H. ja Klavus, J (toim.). Terveystaloustiede 2004. Stakes Aiheita 3/2004
- Klavus, J., Mikkola, H. ja Pekurinen, M. (2004b), Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja; 100: 2/2004
- Klavus, J., Pekurinen, M., Järvelin, J. ja Mikkola, H. (2004c), Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. Kansantaloudellinen aikakauskirja; 100: 4/2004
- Klavus, J., Pekurinen, M., Järvelin, J. ja Mikkola, H.(2005), Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja; 101: 3/2005
- Kranton, R. E. (2003), Competition and the Incentive to Produce High Quality. *Economica* ,70, 385-404.
- Laine Veli, Sinko Pekka ja Vihriälä Vesa (2009). Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. [Viitattu 11.3.2009.]  
<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti/pdf/fi.pdf>
- Lafortune, Gaétan ja Balestat, Gaëlle (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People. Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Paper No. 26.

- Lassila Jukka ja Valkonen Tarmo (2003), Hoivarahasto. Kunnallisan kehittämissäätiö KAKS. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut Nro 38.
- Lassila Jukka ja Valkonen Tarmo (2008), Sosiaalilit ja moraalikato. Elinkeinoelämän tutkimus-laitos ETLA. Keskustelualoitteita No 1181. [Viitattu 20.4.2009.]
- Lundsgaard, Jens (2005), [Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?](#), [OECD Health Working Papers](#) No. 20,
- Martins, Joaquim and de la Maisonneuve, Christine (2006), The drivers of public expenditure on health and long-term care: An integrated APPROach. OECD Economic Studies No. 43, 2006/2
- Mellor, Jennifer M. (2001), Long-term care and nursing home coverage: Are adult children substitutes for insurance policies? *Journal of Health Economics*, 20, s. 527-547.
- Merlis, Mark (2005), Home equity conversion mortgages and long-term care.
- Metsämäki Niina 2006: Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa. Topsos – Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos Turun yliopisto, Toukokuu 2006. [Viitattu 23.7.2009.]  
[http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/topsos/pdf/julkaisut/Niina\\_Metsamaki.pdf](http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/topsos/pdf/julkaisut/Niina_Metsamaki.pdf)
- Miceli, Thomas J. ja Sirmans, C.F. (1994), Reverse Mortgages and Borrower Maintenance Risk. *Journal of the American Real Estate and Urban Economics Association*, 2, s. 433-450.
- Murtaugh, Christopher M., Spillman, Brenda C. ja Warshawsky, Mark J. (2001), In *Sickness and in Health: An Annuity Approach to Financing Long-Term Care and Retirement Income*.
- Muuri Anu (2008). Sosiaalipalveluja kaikille kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimizeettiin. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. [Viitattu 16.10.2009.]

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42596/sosiaali.pdf?sequence=1>

- Määttänen, Niku ja Valkonen, Tarmo (2008), Ikääntyneiden varallisuus ja sen muuntaminen kulutukseksi. ETLA keskusteluaiheita No 1141.
- Nichols, L. M., P. B. Ginsburg, R. A. Berenson, J. Christianson ja R. E. Hurley (2004), "Are Market Forces Strong Enough to Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence Is Waning", *Health Affairs* 23, 8-21.
- Olivaira Martins, J.& de la Maisonneuve, C. (2006), The Drivers of Public expenditure on health and long-term care: An integrated approach. *OECD Economic Studies* No. 43 2006/2.
- Pauly, Mark V. (1990), The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance. *The Journal of Political Economy*, 1, s. 153-168.
- Pekurinen, M. (2007), Terveysthuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. *Valtioneuvoston kanslian julkaisuja* 4/2007.
- Powell, M. (1998), In What Sense a National Health Service? *Public Policy and Administration*, 13, 56-69.
- Quercia, Roberto G. (1997), House Value Appreciation among Older Homeowners: Implications for Reverse Mortgage Programs. *Journal of Housing Research*.
- Rauch, Dietmar (2008), Central versus Local Service Regulation: Accounting for Diverging Old-age Care Developments in Sweden and Denmark, 1980-2000. *Social Policy & Administration*, 42 (3), pp. 267-287.
- Rochet, J.-C. ja Tirole, J. (2003), Platform competition in two-sided markets. *Journal of the European Economic Association*, 1, 990-1029.
- Sloan, F.A., Smith, V.K. and Taylor, D.H. (2003), *The Smoking Puzzle – Information, Risk Perception and Choice*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stakes 2006: Oikeus ja kohtuus - arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Stakes. [Viitattu 30.11.2009.]  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M227-VERKKO.pdf>

Stoil, Michael J. (2003), Will Tax Incentives Work for LTC Insurance?

Vaarama Marja (toim.) 2009, Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 3/2009. [Viitattu 11.3.2009.]  
<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantyminen-riskina-ja-mahdollisuutena/pdf/fi.pdf>

Volk Raija ja Nivalainen Henna (2009), Väestön ikääntymiseen varautuminen – alueellinen näkökulma. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 4/2009.

### **PTT julkaisuja, PTT publikationer, PTT publications**

21. Satu Nivalainen. 2010. Essays on family migration and geographical mobility in Finland
20. Terhi Latvala. 2009. Information, risk and trust in the food chain: Ex-ante valuation of consumer willingness to pay for beef quality information using the contingent valuation method.
19. Perttu Pyykkönen. 2006. Factors affecting farmland prices in Finland
18. Vesa Silaskivi. 2004. Tutkimus kilpailuoikeuden ja maatalouden sääntelyn yhteensovittamisesta.
17. Aki Kangasharju. 1998. Regional Economic Differences in Finland: Variations in Income Growth and Firm Formation.
16. Pertti Kukkonen. 1997. Rahapolitiikka ja Suomen kriisi.

### **PTT raportteja, PTT forskningsrapporter, PTT reports**

221. Anna-Kaisa Rämö – Liisa Mäkijärvi – Ritva Toivonen – Paula Horne. 2009. Suomalaisen metsänomistajan profiili vuonna 2030
220. Tie- ja liikenneinvestointien rahoitukseen lisää joustavuutta: Soveltuisivatko tie- ja liikennerahastot Suomeen? 2009. Liikenne- ja viestintäviraston julkaisuja 47/2009.
219. Kalle Laaksonen – Kyösti Arovuori. 2009 Kehityspolitiikan keinot köyhien maiden ruokaturvan edistämiseksi.
218. Ydinvoimainvestointien vaikutukset elinkeinoelämän ja kotitalouksien sähkön hintaan. 2009.
217. Perttu Pyykkönen – Sanna Tiilikainen. 2009. Töiden organisointi Suomen maataloudessa.
216. Anna-Kaisa Rämö – Ritva Toivonen. 2009. Uusien metsänomistajien asenteet, motiivit ja aikomukset metsiin ja metsänomistukseen liittyvissä asioissa.
215. Raija Volk – Henna Nivalainen. 2009. Väestön ikääntymiseen varautuminen – Alueellinen näkökulma.

### **PTT työpapereita, PTT diskussionsunderlag, PTT Working Papers**

122. Terhi Latvala – Perttu Pyykkönen. 2010. Kotieläinrakennusten kustannukset ja töiden organisointi
121. Esa Härmälä. 2010. Viljapohjaisen etanolin tuotanto Suomessa
120. Petri Mäki-Fränä – Markus Lahtinen – Hanna Karikallio. 2010. Alueellisten asuntomarkkinoiden kehitys vuoteen 2012
119. Matleena Kniivilä – Tapio Tilli. 2009. Suomen raakapuumarkkinoiden toimivuus vuosina 1986-2005.
118. Petri Mäki-Fränä. 2009. Henkilöstön työkyky ja toimipaikkojen tuottavuus.
117. Liisa Mäkijärvi. 2009. Nuorten suhtautuminen metsiin ja metsien käyttöön tulevaisuuden metsänomistajina ja päätöksentekijöinä.
116. Janne Huovari – Eero Lehto. 2009. On regional specialization of high and low tech industries.115. Tapani Yrjölä – Perttu Pyykkönen. 2008. Maatilojen pääomakanta ja rahoitustilanne vuonna 2007.